

**Estudio de deseos, defensas e ideales subyacentes en el discurso de personas  
con creencias religiosas sobre la curación de su propia enfermedad física,  
considerada grave.**

**Procesos subjetivos en la cura de una enfermedad grave y creencias religiosas**

Por Claudia Alejandra Larroca<sup>1</sup>

**Resumen**

El presente artículo expone diversos hallazgos de la investigación “Estudio de deseos, defensas e ideales subyacentes en el discurso de personas con creencias religiosas sobre la curación de su propia enfermedad física, considerada grave”. Este trabajo pretende ofrecer una aproximación valdeira sobre los procesos subjetivos que ocurren en quienes afirman que el restablecimiento de su padecimiento físico se debe a sus creencias religiosas. Estas curaciones son consideradas como remisiones espontáneas o casos místicos, por lo que no son mencionadas en las revistas científicas ni en las estadísticas. Entendemos que la cura no puede ser considerada como un acto divino sin tomar en cuenta al sujeto que ha restablecido su salud; ya que el deseo de vivir no es una abstracción teórica sino una realidad fisiológica con características terapéuticas. Maldavsky (1993) considera que la identificación con determinados credos religiosos es un problema afín al creer, a la convicción. En ella se ponen en juego nexos enigmáticos entre modalidades de subjetivación y la eficacia sutil de determinados deseos que generan en lo anímico ciertos desenlaces. Si se deja de lado la pregnancia de la idea de éxtasis vivenciado en las experiencias místicas, es posible comprender que dicha vivencia deriva de un modo de funcionamiento psíquico. Mediante el análisis del discurso hemos podido acceder al trabajo del Preconciente, detectar qué tipos de deseos subyacen y las defensas en juego, a partir de lo cual entendemos que la enfermedad representa una forma de lenguaje y una vez que aprendemos a leerla, surge como un capítulo de la biografía individual.

---

1 Dra. en Psicología UCES. E-mail: calarroca@hotmail.com

**Palabras clave**

Deseos – Defensas – Ideales - Procesos Subjetivos – Cura - Creencias Religiosas.

**Abstract**

This following article presents various research findings "Study of wishes, defenses and underlying ideals in the discourse of people with religious beliefs about the cure of their own physical illness, considered serious." This work aims to offer a valid approximation of the subjective processes that occur in those who affirm that the restoration of their physical condition is due to their religious beliefs. These cures are considered as spontaneous remissions or mystical cases, so they are not mentioned in scientific journals or statistics. We understand that cure cannot be considered as a divine act without taking into account the subject that has restored his health; since the desire to live is not a theoretical abstraction but a physiological reality with therapeutic characteristics. Maldavsky (1993) considers that identification with certain religious creeds is a problem related to believing, to conviction. Enigmatic links between modalities of subjectivation and the subtle efficacy of certain wishes that generate certain outcomes in the mood are brought into play. If the pregnancy of the idea of ecstasy experienced in mystical experiences is neglected, it is possible to understand that this experience derives from a mode of psychic functioning. Through discourse analysis we have been able to access the work of the Preconscious, detect what types of wishes underlie and the defenses at stake, from which we understand that the disease represents a form of language and once we learn to read it, it emerges as a chapter of the individual biography.

**Key words**

Wishes -Defenses – Ideals - Subjective Processes – Cure - Religious Beliefs.

**Presentación**

Este escrito constituye la culminación de seis años de pesquisa acerca de la temática de los procesos subjetivos (expresados en deseos, defensas e ideales) acaecidos en personas que

atribuyen la curación de una grave dolencia a sus creencias religiosas. A lo largo de este trayecto investigativo otros artículos han sido publicados (Larroca, 2017) y también presentados en la Jornada de Investigación de la Maestría de Problemas y Patologías del Desvalimiento de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (Abril, 2017). Cabe rescatar que en esta ocasión son publicados los resultados prevalentes, como así también la discusión acerca de los mismos en interacción con las perspectivas teóricas y finalmente el arribo a conclusiones concernientes a esta temática.

### **Introducción**

Pablo Neruda escribió alguna vez una *Oda al hígado* en la cual el intérprete lírico dialoga con éste, agradeciéndole su labor infatigable y poco reconocida. El poema es un tributo al órgano que se hace cargo del trabajo sucio filtrando los compuestos al interior del cuerpo, lo que sólo es posible cuando funciona correctamente y colabora mancomunadamente junto con los demás para alcanzar el equilibrio orgánico. Del mismo modo, una investigación no surge de una pregunta, sino que es producto de diversas condiciones emergentes. Este camino se ha iniciado a partir de la curiosidad científica y ha atravesado un derrotero compuesto por diversos contextos teóricos de formación, por el legado de la práctica profesional y por los avatares de la vida cotidiana. En el devenir de este trayecto y de mis propias condiciones de existencia, he reparado en el alto impacto traumático que genera la recepción de un diagnóstico de enfermedad, tanto para el paciente como para su grupo familiar y contexto afectivo. El diagnóstico médico, recibido como una sentencia de muerte, pone de manifiesto una colección de vivencias de desamparo.

### **Definición del problema**

Este estudio surge a partir de un interrogante observado con frecuencia: ante el diagnóstico de una enfermedad que pone en juego la continuidad de la vida, son generadas interpretaciones que pueden favorecer o no su afrontamiento. Creencias y prácticas religiosas representan un recurso cuando la salud está amenazada, proveyendo de significación a tales situaciones

críticas. Los sistemas de creencias religiosos ofrecen un cambio de perspectiva ante la fatalidad del diagnóstico, modificando la connotación de enfermedad mortal hacia la posibilidad de aprendizajes para una segunda chance de vida. Éstos generan interpretaciones diferentes además de la información médica y pueden apreciarse en las diversas maneras que las personas afrontan el diagnóstico de su enfermedad. Frecuentemente, se encuentran testimonios espontáneos de personas que sufrieron enfermedades graves y vinculan su recuperación a sistemas de creencias o ideales religiosos. En sus discursos, tales personas suelen hacer referencia a las creencias y prácticas religiosas como un soporte desde el cual afrontaron su padecimiento y pueden ser considerados como un contexto alrededor del cual se plantea el proceso salud – enfermedad.

Cabe señalar que cuando hacemos referencia a la concepción Creencias religiosas, concordamos con el planteo de Safra (2009) quien señala que la religión puede estar al servicio de la espiritualidad y viceversa, es decir, no deben estar necesariamente enfrentadas y ambas constituyen medios valiosos para facilitar la creación de un sentimiento de religiosidad. Este sentimiento implica una búsqueda de otorgar sentido a las experiencias en las cuales lo universal se impone, atravesando la experiencia singular y otorgando la posibilidad de integrar aspectos, tanto existenciales como particulares. Estos aspectos cobran relevancia ante la vivencia de situaciones límites.

Por otro lado, Sherman (2001) afirma que espiritualidad y religiosidad son constructos compuestos y multidimensionales tanto en su conceptualización como para su estudio sistemático. La revisión extensiva de ambos conceptos nos permite concluir que los términos religión y espiritualidad se sobreponen en muchos de sus constructos debido a la falta de consenso, de modo que cada autor delimita el sentido otorgado a espiritualidad y/o religiosidad de acuerdo al contenido de su trabajo investigativo. Rescatamos la definición etimológica de la palabra religión, proveniente del latín *religare*, que significa unir. En ese sentido, no aparece ligada a un dios o una teología específica, sino que se refiere a la conexión con algo abarcativo y sugiere un sentido de trascendencia, que no necesariamente implica una correlación con un determinado culto religioso. Concordamos con el planteo de que no existe

una definición simple de religión que exprese todos los aspectos que ésta incluye. Desde el abordaje de nuestro estudio, consideramos que el concepto religión abarca e incluye elementos espirituales, personales y sociales; y por tanto nos referiremos de este modo a los sistemas de creencias a los cuales los entrevistados atribuyen su curación.

Retomando el interés por nuestra investigación, se intentará ofrecer un análisis exhaustivo sobre los procesos subjetivos que ocurren en quienes afirman que el restablecimiento de su padecimiento físico se debe a sus prácticas y creencias religiosas. Señalamos que, hasta el momento, los mecanismos que subyacen a las creencias religiosas y la vivencia de haber recuperado la salud, aparentemente, no han sido esclarecidos de un modo exhaustivo.

Generalmente, quienes acceden a la curación a través de métodos no convencionales de la medicina suelen ser ignorados, ya que tales casos no se incluyen en las estadísticas difundidas por la Organización Mundial de la Salud. Siegel (1989) agrega que estas curaciones son consideradas como remisiones espontáneas o casos místicos, por lo que no son mencionadas en las revistas científicas. Aún hoy, las investigaciones del área de la salud se concentran en la categoría enfermedad, entendiéndola como un agente externo que ataca al individuo en vez de centrarse en las personas que contraen la patología. La cura no puede ser considerada como un acto divino sin tomar en cuenta al sujeto que ha restablecido su salud; ya que el deseo de vivir no es una abstracción teórica sino una realidad fisiológica con características terapéuticas.

Del mismo modo que creeríamos que la cura de una neumonía se trata de un milagro si se desconociese el efecto de la penicilina, los procesos psíquicos desarrollados en quienes afirman haberse curado mediante sus creencias no deben ser considerados meramente fortuitos. De tal forma, intentaremos develar cuales son los procesos psíquicos acaecidos en quienes atribuyen a sus creencias el restablecimiento de su salud ante una enfermedad que amenaza la continuidad de su vida. Las llamadas remisiones espontáneas o curas milagrosas, implican la existencia de procesos internos que merecen ser estudiados.

Acerca de las creencias, Maldavsky (1993) considera que la identificación con determinados credos religiosos es un problema afín al creer, a la convicción. En ésta última, se ponen en

juego nexos enigmáticos entre modalidades de subjetivación y la eficacia sutil de determinados deseos que generan en lo anímico ciertos desenlaces. Ello deriva de operaciones psíquicas a través de las cuales el sujeto se constituye por la mediación del encuentro con el otro. El autor rescata además el valor que poseen los procesos de formación de ideales (y la consecuente representación grupo) en la determinación de esta identificación con ciertas creencias religiosas. De tal modo, entendemos que la identificación religiosa da cuenta de una labor activa de apropiación.

Tal como Freud (1938) señala, si se deja de lado la pregnancia de la idea de éxtasis vivenciado en las experiencias místicas, es posible comprender que dicha vivencia deriva de un modo de funcionamiento psíquico. Así como el padre del psicoanálisis explica la experiencia mística en términos intrapsíquicos, rescatamos la posición de Maldavsky (2001) cuando afirma que los procesos subjetivos pueden ser caracterizados a partir de la pulsión, producto de combinaciones entre las disposiciones internas y el encuentro con la subjetividad ajena afín pero diferente, que culmina con el desarrollo de la conciencia originaria a partir de la cual surge el universo simbólico (huellas mnémicas, representaciones, etc.) -concepciones que desarrollaremos en profundidad más adelante-

Desde nuestro enfoque consideramos que los procesos subjetivos de quienes atribuyen la cura de una dolencia potencialmente mortal a sus convicciones y prácticas religiosas, podrán evidenciarse en el discurso que manifiesten al respecto. De lo expuesto se desprende la pregunta de investigación: *¿Cuáles son los procesos subjetivos (Deseos, Defensas e Ideales) que ocurren en personas que se curaron de una enfermedad considerada grave por la medicina y atribuyen esta curación a sus creencias religiosas?* Esta pesquisa pretende dar respuestas a este interrogante, enriqueciendo el bagaje de conocimientos del área de la salud mental y psicosocial, rescatando la importancia de los procesos subjetivos.

Cabe rescatar que el estudio que se expone pretende dar cuenta de los procesos internos de quienes acceden a la curación de sus enfermedades físicas, ya que existen vastos estudios respecto del lugar del curador, y no así de quien logra la curación. Los sistemas de creencias religiosos suelen ofrecer cambios de perspectiva ante la fatalidad de un diagnóstico,

modificando la connotación de enfermedad mortal hacia la posibilidad de nuevos aprendizajes que surgen en una fase vivenciada como una segunda chance de vida. El modo de afrontar estas situaciones resulta afectado por los sistemas de creencias, los cuales emergen como recursos utilizados en momentos de desesperación. Desde este enfoque pretendemos abordar la subjetividad de quienes relatan sus creencias y vivencias de curación; ofreciendo una mirada en la cual los procesos psíquicos puedan ser considerados desde los lenguajes del erotismo y sus destinos, que surgen como respuesta ante los fracasos orgánicos, como así también los procesos de producción de ideales.

Por otra parte, desde el punto de vista metodológico, se pondrá a prueba el valor del Algoritmo David Liberman (ADL) en el ámbito de las creencias religiosas desde el enfoque de la subjetividad. Dicho método, desarrollado por Maldavsky (1986, 1997, 1998, 1999, 2000, 2004, 2013) posibilita la comprensión de dinámicas psíquicas y los procesos subjetivos presentes en el discurso.

Maldavsky (2004) recupera la atención hacia un sector poco estudiado en la bibliografía psicoanalítica: el Preconciente, considerándolo como un mediador de los deseos y defensas, por un lado, y las manifestaciones discursivas por otro. De este modo puede afirmarse que el ADL conjuga las ventajas de la sistematicidad y la confiabilidad de su validez teórica. Esta propuesta formaliza un legado derivado de la conjunción entre la práctica clínica y la teoría psicoanalítica, ya que ha profundizado en la operacionalización de los conceptos de deseos y defensas. Mediante el análisis del discurso se torna posible acceder al trabajo del Preconciente, detectando qué tipos de deseos subyacen y las defensas en juego. La hipótesis central del ADL considera que cada lenguaje expresa un determinado deseo en combinación con una defensa predominante. La teoría freudiana de la erogeneidad constituye el fundamento para caracterizar los discursos y representa la base de este método de investigación. Nuestra expectativa sostiene que a partir de este análisis metodológico sea posible acceder a resultados que permitan incrementar el conocimiento acerca de los procesos subjetivos acaecidos en personas que atravesaron la experiencia del restablecimiento de su salud, y lo atribuyen a sus convicciones religiosas.

Desde el punto de vista social, el fenómeno de la religiosidad permanece en constante expansión, cobrando actualmente mayor notoriedad. Existen numerosas instituciones religiosas que ofrecen servicios de curación y son visitadas por millones de personas. Por otro lado, a partir de la participación en actividades religiosas grupales son generados sentimientos de pertenencia y cohesión grupal; permitiendo disminuir vivencias de soledad y una mayor conexión consigo mismo a partir de ciertos valores impartidos. Los resultados de este estudio contribuirán a proporcionar a las personas un conocimiento más profundo de los procesos internos que subyacen en quienes detentan estas creencias, generando nuevas nociones dentro del campo de la cultura general.

Esta investigación propone, desde el ámbito de la salud mental, generar un aporte a la psicología clínica al ofrecer a los terapeutas nuevos conocimientos acerca de los sistemas de creencias, específicamente sobre los procesos subjetivos que ocurren en quienes atribuyen la curación de sus dolencias a creencias y prácticas religiosas. Tal como se ha expresado, la especial relevancia que poseen las convicciones como estrategias de afrontamiento ante enfermedades que amenazan con la continuidad de la vida puede ser evidenciada en el hecho que la mayoría de la población utiliza más de una estrategia al momento de encarar el diagnóstico de una dolencia potencialmente mortal. Si bien los sistemas de creencias religiosos pueden resultar beneficiosos o perjudiciales de acuerdo a la percepción de los recursos disponibles, los mismos resultan altamente relevantes como estrategias de afrontamiento de enfermedades; permitiendo a los individuos asumir una posición más activa ante la pérdida de salud, disminuir la dependencia hacia los profesionales médicos y reducir el temor a las recidivas al atribuir el poder a otros factores (superiores o divinos) por sobre los profesionales de la salud.

Desde el ámbito de la salud mental es reconocida la importancia de explorar el valor que poseen las creencias y convicciones que detentan los pacientes, por lo general, el conocimiento acerca de los procesos psíquicos que ocurren en quienes detentan dichas creencias es pobre. Advertimos que esta falta de comprensión evidenciada en los profesionales de la salud mental podría generar errores diagnósticos; sosteniendo una visión

ingenua y descontextualizada que conduce a caracterizar a las patologías como entidades universales, atribuidas al azar y ajenas a quienes las padecen.

De este modo, estaremos contribuyendo a evitar la patologización de procesos anímicos y sistemas de creencias que resultan desconocidos para dichos profesionales debido a la falta de comprensión e información acerca de las mismas.

### **Estado del arte**

En este apartado son expuestos siete ejes temáticos diferenciados, constituidos a partir de conclusiones elaboradas por diversos enfoques teóricos y maneras de pensar cada temática. Con este modo de organización de la revisión bibliográfica se pretende mejorar el entendimiento de tales desarrollos y datos aportados, como así también complementar dichas interpretaciones. Dichos ejes son 1) *Vinculaciones entre Creencias Religiosas Paranormales, tipos de Personalidad y Sensación de Bienestar* (Goran Milas, 2010; Parra, 2010): son expuestas diversas elaboraciones que coinciden en afirmar que los sistemas de creencias paranormales cumplen funciones de autoprotección y favorecen la aceptación de vivencias de un modo adaptativo. 2) *Estudios acerca de Creencias y Prácticas religiosas como Modos de Afrontamiento ante enfermedades* (Menesses, 2010; Vran Aquino 2011; Slytz, 2011; Yoffe, 2010): señalan que éstas ofrecen un cambio de perspectiva ante la fatalidad del diagnóstico, modificando la connotación de enfermedad mortal hacia la posibilidad de aprendizajes para generar ciertos ajustes personales necesarios. 3) *Investigaciones Somato – Psíquicas* (Vidal y Benito, 2012; Kandel, 2013; Selye, 1984; Simonton, 1986; Lypton, 2005): sostienen que los sistemas de creencias, al ser vivenciados como reacciones emocionales, activan respuestas fisiológicas en el organismo y de este modo influyen la actividad genética aunque no causan modificaciones en su estructura. Por lo tanto, resulta inadecuado pensar las enfermedades como solamente somáticas o sólo psíquicas, entenderlas como psicósomáticas constituye una actitud más fructífera al buscar un significado propio y al mismo tiempo universal en las alteraciones somáticas. 4) *Estudios acerca de Recursos Mágico – Religiosos en la Búsqueda de Salud* (Castilla Vázquez, 2008; Dossey 2012): indican que las invocaciones y promesas de ex

votos emergen como recursos utilizados en momentos de desesperación. 5) *Investigaciones acerca de la Multiculturalidad y Complementariedades Terapéuticas* (Ismail, 2002; Idoyaga Molina y Korman, 2008): afirman que pacientes afectados por dolencias psíquicas y orgánicas utilizan diversas estrategias coadyuvantes de las ciencias médicas o psicológicas. Un alto porcentaje reconoce el empleo de tratamientos alternativos (curanderismo, yoga, prácticas religiosas, etc.), dando cuenta de un fenómeno de multiculturalidad. 6) *Curaciones Mágico – Chamánicas* (Mircea Eliade, 1964; Pelcastre, 1999; Levi Strauss 1976): explican el modo en el que el poder del chamán es constituido y cómo la legitimación del contexto lo erige en esta posición social, siendo ello un elemento clave para la curación. 7) *Subjetividad*: Diversos estudios exponen el paradigma desde el cual es concebida la subjetividad. Para una mejor organización, hemos establecido una subdivisión: a) *Investigaciones Acerca de los Mecanismos de Defensa que Emergen ante los Fracasos Orgánicos para la Concepción* (Plut y De Oliveira, 2011): señalan el mecanismo de la Desmentida como principal recurso utilizado para desconocer la imposibilidad de concepción y el recurso utilizado de ovodonación para lograr la gestación. B) *Estudios sobre Ideales* (Sánchez Antillón, 2013; Plut y Maldavsky, 2011): Analizan los ideales presentes en coordinadores de comunidades eclesiales, los cuales dan cuenta la pregnancia del ideal de orden y acción social. Se incluyen también comparaciones de ideales presentes en discursos religiosos papales y discursos políticos; observando que en los primeros predominan ideales de verdad amor y belleza, mientras que en los presidenciales priman aquellos de ganancia, justicia y dignidad. Dichas pesquisas resultan de utilidad para nuestro estudio, ya que éstos pueden ser entendidos como expresiones de la subjetividad.

A partir de esta revisión bibliográfica, reconocemos la vasta exploración acerca de la importancia de los sistemas de creencias como modo de afrontamiento ante la enfermedad, los cuales pueden resultar beneficiosos o perjudiciales de acuerdo a la percepción de los recursos disponibles. Ejemplos de ello representan la búsqueda de diversos recursos además de la estrategia médica ante la pérdida de salud y destacan el uso de promesas y ex votos para garantizar una postura activa ante esta situación. Se señala además el valor del proceso de legitimación social que posee el lugar del curador, aunque estos estudios no logran brindar

información suficiente acerca de quienes acceden a la cura. Estudios sistemáticos de orientación psicoanalítica indican a los mecanismos de desmentida como recurso ante la pérdida de salud, como así también reconocen el valor del proceso de formación de ideales. Reconocemos la importancia de dichas producciones, aunque consideramos que los procesos subjetivos (expresados en deseos, defensas y su estado, e ideales) presentes en quienes atribuyen su curación a prácticas y creencias religiosas no han sido abordados de modo exhaustivo.

### **Marco teórico**

Las concepciones teóricas que sustentan este estudio (de cuño psicoanalítico), pueden presentarse en tres ejes conceptuales:

- 1) Aspectos epistemológicos que dan cuenta del lugar del psicoanálisis en relación al desarrollo de las ciencias y los aportes para una teoría de la subjetividad. Acordamos con la postura de Maldavsky (1997) quien señala que las ciencias de la subjetividad poseen una disciplina de base: el psicoanálisis.
- 2) Los conceptos nodales que enmarcan la investigación y orientan hacia su comprensión conceptual pueden resumirse en: Aparato Psíquico, Sistemas de creencias religiosos y su valor para el psiquismo, Superyó, Pulsión, Pulsión de sanar, Tiempo lógicos en la construcción del psiquismo, Preconciente.
- 3) Conceptos sustantivos fundamentales: Deseo: Freud (1915) se refiere a la pulsión como un concepto fronterizo entre lo psíquico y lo corporal. En 1905 ya había propuesto un repertorio para pulsiones, cada una con podría distinguirse por su zona erógena. Maldavsky (2001), incluye en dicho inventario la Libido Intrasomática (LI): estadio pre oral ligado a la vida intrauterina y los primeros momentos de vida. Mecanismos de defensa: Freud (1915) las considera como modos de procesamientos desarrollados por el Yo para mediar ante la exigencia de tres instancias: pulsión, realidad y superyó. Sus funciones se orientan a rechazar algo conflictivo fuera del yo y mantener el equilibrio narcisista. Se caracterizan como funcionales o patógenas. Y su estado puede ser exitoso, fracasado o mixto. Procesos de

producción de ideales: Con la introyección de la instancia paterna se configuran los ideales del Yo, decantaciones sublimadas de cada erogeneidad. La figura paterna como todopoderosa surge ante el desvalimiento humano, siendo esta búsqueda de protección una raíz de la necesidad religiosa. La formación de ideales es un camino que posibilita la reelaboración de vínculos primarios. Es posible reconocer en la estructura del ideal dos componentes (forma y contenido). Para una mayor comprensión de la conceptualización teórica, véase Larroca (2017).

### **Metodología**

Una vez realizado este recorrido es posible precisar los aspectos metodológicos que guiaron la realización del estudio de campo realizado. En primera instancia, señalamos el Objetivo general de la investigación: Analizar deseos, defensas (y su estado) e ideales subyacentes en el discurso de personas con creencias religiosas acerca de la curación de la propia enfermedad, considerada grave por la medicina. Para poder llevar a cabo el objetivo general se han establecido los siguientes objetivos específicos:

A) Estudiar deseos presentes en el discurso referido a la curación de la propia enfermedad física, en los participantes de diversos movimientos religiosos.

B) Analizar modalidades defensivas y su estado, presentes en el discurso de los miembros pertenecientes a agrupaciones eclesiales, referido a su curación.

C) Estudiar los ideales, formas y contenidos expresados en el discurso de dichos entrevistados.

Recordamos que este estudio se sitúa dentro de los estudios psicoanalíticos centrados en la subjetividad, lo que supone considerar enlaces entre las condiciones de existencia y la dimensión del sujeto. Considerando que se trata de un tipo de diseño de investigación Cualitativo Exploratorio - Descriptivo, se incluirán solamente algunos supuestos hipotéticos: Suponemos que los procesos psíquicos (a través de sus deseos, defensas, e ideales prevalentes) de quienes afirman haberse sanado mediante sus convicciones y prácticas religiosas, podrán evidenciarse en el discurso que manifiesten acerca de dichas creencias.

Las unidades de análisis, por su parte, pueden definirse como: Secuencias Narrativas que manifiestan los deseos, defensas (y su estado) e ideales. Siendo las Variables los Deseos, Defensas e Ideales que se manifestarán en los relatos. El criterio de selección de casos empleado se caracteriza como intencional, no probabilístico. De este modo se intentó hallar una coherencia entre los criterios que rigen esta investigación. Recordamos que en los criterios no probabilísticos, la elección no depende de la posibilidad de que todos los elementos tengan la misma probabilidad de ser elegidos mediante una selección aleatoria; avalando así la representatividad de la muestra, resultante respecto del total de los elementos que puedan participar (universo).

Algunas especificaciones acerca de la muestra estudiada: Relatos de quince (15) personas (pertenecientes a diversas organizaciones religiosas) sobre las creencias religiosas que subyacen a su propia curación. (N=15). Cada miembro de la muestra que hemos seleccionado cumple con la condición de haber recibido la declaración del Alta Médico Enfermedad (habiendo transcurrido 5 años desde la curación, sin recidivas).

La muestra analizada está compuesta por dos miembros de la Iglesia Católica- Congregación Franciscana- (varones de 75 y 60 años), un participante de la Renovación Carismática Católica (mujer de 62 años), dos miembros de la religión Budista Tibetana (mujeres de 47 y 72 años), dos participantes de la Federación Brasileira de Espiritismo (mujeres de 30 y 55 años), un miembro de la agrupación Espiritista Laico Cientificista -vertiente Chico Xavier- (mujer de 51 años), dos participantes de la religión Evangélica Cristiana (mujeres de 27 y 66 años), un miembro de la Agrupación de Antroposofía – bases espirituales: Teosofía y Ocultismo Cristiano-(varón de 80 años), un participante de la Asociación Local del Movimiento Internacional para la Iluminación Seicho- No IE (varón de 49 años), miembro de la religión Umbanda Tradicional (mujer de 43 años), un participante de la Agrupación Religiosa Umbanda Blanca (varón de 71 años), un miembro de la religión Hare Krishna o Vaishnavismo (varón de 36 años).

Sobre los instrumentos de recolección y análisis de datos, señalamos que el primero se constituye en Entrevistas Semidirigidas, cuyos resultados serán analizados mediante el Instrumento de análisis de datos: Algoritmo David Liberman (ADL).

La entrevista representa un importante instrumento del método científico y dentro de la psicología es uno de las principales técnicas de recolección de información sistemática. Consiste en una guía de asuntos o preguntas a partir de las cuales será posible introducir otras para obtener información adicional o esclarecer alguna cuestión. Asimismo, Sampieri (2010) afirma que en las investigaciones científicas cualitativas este proceso se realiza en espiral, en etapas que interactúan entre sí de modo flexible e integral. Nuestra entrevista está orientada de acuerdo a determinados tópicos. Cada uno de ellos representa un constructo, una idea que participa en el diseño del instrumento y debe reflejar las teorías que sustentan el fenómeno a estudiar. Dichos constructos se han establecido de acuerdo a un criterio de distribución temporal, y pueden ser expresados como: Momentos previos a la enfermedad (situación personal, vincular, participación en agrupaciones religiosas, etc.); Período de recepción del diagnóstico (impacto y primeras reacciones); Período inicial de la enfermedad (implementación de las creencias religiosas); Fase de restablecimiento de la salud física y Situación actual. Consideramos que el criterio de distribución temporal resulta adecuado para nuestro estudio. Al respecto Maldavsky (2001) señala que la trama, el relato en el cual diversos acontecimientos son presentados de acuerdo a un orden causal, brinda coherencia y sentido a la narrativa. De este modo, la recolección de la información representa el comienzo de un proceso que permitirá inferir el modo en que los entrevistados construyen sus relatos; desplegando distintas escenas en las que quedan reflejados deseos, tipos de personajes, ideales y procesos defensivos.

Por otro lado, el instrumento utilizado para el Análisis de Datos ha sido el Algoritmo David Liberman (ADL). Desarrollado por David Maldavsky (1997, 1999, 2013) se erige como un método para el estudio del lenguaje que permite identificar las fijaciones pulsionales que constituyen los deseos y las defensas en diferentes niveles: un nivel macro que incluye el relato; y un nivel micro, que incluye actos del habla y redes de palabras.

El término algoritmo alude a una serie de pasos secuenciados que describen un proceso requerido para obtener determinados resultados. El ADL puede definirse como un método deductivo basado en la metapsicología freudiana que ofrece los recursos necesarios para evaluar las sutilezas de las manifestaciones del lenguaje.

El mencionado método posibilita la comprensión de dimensiones psíquicas y procesos subjetivos presentes en el relato, ya que mediante el análisis discursivo es posible acceder al trabajo del Preconciente detectando qué tipo de deseos subyacen, las defensas en juego y sus estados: exitoso (E), fracasado (F) o mixto (M). El inventario de deseos se configura de este modo: Libido Intrasmática (LI), Oral Primario (O1), Oral Secundario (O2), Anal Primario (A1), Anal Secundario (A2), Fálico Uretral (FU) y Fálico Genital (FG). El repertorio de defensas queda conformado de la siguiente manera: Defensas patógenas centrales: Desestimación del afecto (DA), Desestimación de la realidad e instancia paterna (DR) Desmentida (D) y Represión (R). Defensas Funcionales: Acorde a fines (AF), Creatividad (C) y Sublimación (S).

En términos de Kuhn (2013) el mismo puede ser considerado como una revolución del estado del arte al disminuir la brecha entre las manifestaciones y la teoría a partir del planteo de hipótesis intermedias; tornándose en un procedimiento válido y confiable para la producción de conocimiento psicoanalítico.

Maldavsky (2004) recupera la atención hacia el Preconciente, considerándolo como mediador entre las hipótesis de deseos y defensas por un lado, y las manifestaciones discursivas por otro. La hipótesis central del método considera que cada lenguaje expresa un determinado deseo, en la cual la teoría freudiana de la erogeneidad constituye el fundamento para caracterizar los discursos y representa la base del método de investigación.

### **Resultados y discusión**

En primer lugar se describen los resultados generales obtenidos. A nivel general, hallamos un predominio de LI (32%), O1 (30%), O2 (25%) y A2 (11%). Al considerar el objetivo principal de nuestro estudio es preciso señalar la importancia de discriminar distintos momentos del relato para identificar los deseos y defensas en la trama discursiva. Rescatamos la importancia de

discriminar ciertos períodos del relato para poder identificar con mayor claridad la interacción de deseos, defensas y su modificación de dichas combinatorias en el devenir de la narrativa. Recordamos que la trama, es decir, el relato en el cual diversos acontecimientos son presentados en orden causal, brinda coherencia y sentido al discurso; constituyéndose en una vía apta para la elaboración de situaciones traumáticas. De este modo, la secuencia cronológica permite otorgar a los síntomas intrusivos una representación temporal, ya que al ligar los eventos en el tiempo resulta relevante para su elaboración. Por lo cual indicamos: Momento 1 (etapas previas al padecimiento físico): O2 29,2% (O2+D F: 63,5%) presente en secuencias narrativas que exponen fases (generalmente infantiles) marcadas por carencias afectivas. Momento 2 (Recepción del diagnóstico y pronóstico): LI 79,9% (LI+DA F: 75,5%) síntomas y limitaciones físicas ante el diagnóstico de patologías graves que amenazan la continuidad de la vida). Momento 3 (Período inicial de la enfermedad): O1 51,3% (O1+AF E: 70 %) comprensiones de tipo filosóficas o religiosas que refuerzan creencias en la cura. Momento 4 (Período considerado inicio de curación): O1 38,8% (O1 + AF E: 73,3%) ampliación de comprensiones o arribo a nuevos paradigmas acerca de sí mismos y su contexto. Momento 5 (Fase de mudanzas generadas por esta experiencia): O2 44.4% (O2+AF E 83,9%) superación de sentimientos de victimismo culpa y resentimientos. Momento 6 (Fase actual): LI 34% (LI+AF E: 100%) mejoras en salud y calidad de vida, abandono de conductas tóxicas de consumo, superación de contextos de desamparo y desvalimiento. O1 48% (O1+AF E: 98,5%) prácticas espirituales, metafísicas o religiosas entendidas como estilo de vida.

Puede apreciarse un viraje en el desempeño de los sistemas defensivos que acompañan a los deseos mayoritarios LI, O2 y por otro lado O1 profundiza su incidencia en combinación con la defensa AF. En las fases previas a la manifestación de la enfermedad física y la recepción del diagnóstico médico (Momentos 1 y 2) los deseos se combinan principalmente con defensas patógenas (DA Fracasada y D Fracasada).

En el devenir del relato se aprecia una paulatina tendencia hacia la modificación de los sistemas defensivos que los acompañan (Momentos 3, 4 y 5) hasta llegar a una totalidad absoluta de defensas funcionales (AF Exitosa) en la etapa actual de la vida de los entrevistados

(Momento 6). El deseo minoritario A2 se presenta a lo largo de la trama junto a defensas funcionales (AF). Combinatoria evidenciada en secuencias que describen participación y pertenencia a diversos sistemas organizacionales, acompañado de un encuentro con nuevos propósitos y redescubrimiento de su actividad laboral o social.

En consonancia con los resultados se observa a nivel global la presencia de los siguientes ideales: Ganancia (vinculado al deseo LI) en referencia a enfermedades, violencia, carencias económicas y desamparo; Verdad (O1) acceso a un saber superior que amplía sus concepciones de la realidad y de sí mismos; Amor (O2) falta de valoración y afecto en fases iniciales vitales. Como así también el encuentro con un amor incondicional y vivencias de contención; restaurando vínculos y la relación consigo mismo; Orden (A2) referido a roles de participación activa y/o colaboración en organizaciones. De acuerdo al grado de abstracción formal puede apreciarse un predominio del Ideal Religioso (verdades absolutas encarnadas en seres superiores). Con menor incidencia se observan ideales Totémicos (limpiezas energéticas, transfusiones de sangre espiritual); Ideales Míticos, (figura de un arquetipo y consagración a una entidad santificada) y de Cosmovisiones (ideales universales de orden filosófico o espiritual).

Al respecto, nos preguntamos ¿Cuál es el valor de estos ideales descriptos en el viraje observado desde sistemas defensivos patógenos hacia otros menos costosos? Podría pensarse que los entrevistados han dispuesto de mayores recursos para transitar las defensas, hallando transacciones más acordes a la realidad, el afecto y la ley. Ello nos lleva a reflexionar acerca de los diversos factores que pudieron haber contribuido a los cambios manifestados en las combinatorias de deseos, defensas y su estado. Cabe indagar si a partir de las interacciones afectivas relatadas junto a sus referentes religiosos, o convicciones espirituales en sí mismas, los entrevistados han podido reproducir estas dinámicas.

A continuación son expuestos los principales deseos y defensas prevalentes en nuestro estudio, ordenados de acuerdo a su grado de incidencia en los resultados.

Acerca del Deseo LI presente en los procesos tóxicos y traumáticos:

Tal como se ha observado, el deseo LI con mayor pregnancia en este estudio (32% a nivel general) se presenta acompañado de diversos mecanismos de defensa en el devenir del discurso. En el caso de los Momentos 1 y 2, es decir las fases vitales anteriores al surgimiento de la enfermedad y el período de la recepción de diagnóstico y pronóstico médico, LI se acompaña en gran medida por el mecanismo defensivo Desestimación del Afecto en estado fracasado. Siendo las principales combinatorias (LI+ DA F: 71,9%) en el Momento 1 y (LI + DA F: 75,5%) en el Momento 2. Por otra parte, en los Momentos 4 y 5 referidos a la fase en la cual los entrevistados consideran que ocurrió la curación de la enfermedad, como así también los cambios realizados a partir de esta experiencia; el deseo LI se acompaña principalmente de defensas funcionales Acorde a Fines exitosas. La combinación (LI + AF E: 81,4%) en el Momento 4 y (LI + AF E: 76,1%) en el período 5 dan cuenta de fases en las cuales la implementación de creencias religiosas y principales mudanzas vitales se traducen en sensaciones de alivio o liberación del dolor. Esta tendencia se profundiza aún más en la fase actual de la vida o Momento 6, en el cual la combinatoria (LI + AF E: 100%) pone de manifiesto mejoras en la calidad de vida, superación de conductas tóxicas o de consumo, como así también la modificación de contextos de violencia y desamparo.

La descripción realizada a partir de los datos obtenidos guarda relación con los elementos expuestos en el abordaje teórico, lo cual nos permite realizar enlaces e hipótesis con la teoría que sustenta esta pesquisa. Por ello son tomados en consideración los desarrollos psicoanalíticos, la metapsicología freudiana, los avances en psicoanálisis vinculados a los procesos psicosomáticos; como también las concepciones acerca de la llamada depresión esencial. Del mismo modo, las indagaciones teóricas e investigaciones acerca de los lenguajes del erotismo nos orientan en el camino de arrojar luz a la articulación con los resultados hallados.

Señalamos trabajos previos que aluden a las características fenomenológicas expresadas cuando la combinatoria (LI+DA Fracasada) se constituye en procesos tóxicos y traumáticos. Según Marty, (1998) el Preconciente es en una vía de acceso a procesos psicosomáticos, en

éstos se describe un tipo de organización diferente a neurosis y psicosis. Describe en estos casos una degradación de libido narcisista y objetal, descualificación libidinal en el psiquismo, con liberación de fuerzas autodestructivas en el soma. La llamada Depresión esencial (sin objeto), se caracteriza por la presencia de sentimientos de desvalorización y heridas narcisistas que se orientan hacia la esfera somática. Las angustias difusas testimonian un desamparo mental y somático. El Yo Ideal, por su parte, representa la desmesura, se lo vivencia desde afuera como un sentimiento de omnipotencia del sujeto ante sí mismo. Este Yo Ideal (incompatible con el Superyó Postedípico) surge como una mala caricatura del Ideal del Yo. Autores como Marty, M'uzan y David (1967), Bion, (1968), Winnicott, (1974), Sami-Ali (1983) y Green, (2015) señalan en estos procesos la presencia de un sujeto vacío, con marcadas carencias de fantasía y singularidad. La naturaleza arcaica del vínculo materno constituye en estos casos un hecho capital. Bion (1968) afirma que el recién nacido evacúa elementos insoportables y el temor a morir de hambre en la madre; quien con su capacidad de reviere o ensoñación materna) permite que el niño proyecte estos elementos y más adelante pueda introyectarlos como algo tolerable para su psiquismo. Si esta proyección no es aceptada por la madre, el niño reintroyectará un terror sin nombre. Los elementos proyectados y luego reintroyectados constituyen el primer núcleo inconciente del psiquismo. La mencionada capacidad de reviere materna (Bion, W. ob. cit.) es análoga al concepto de "Madre lo suficientemente buena" (Winnicott, 1974) quien con su capacidad de "Holding" brinda una estructura enmarcante capaz de contener el espacio psíquico del niño. Este sostén incluye todo lo que la madre hace por el niño, inclusive retirarse cuando llega el momento. El bebé sostenido posee una creencia en la "confiabilidad" y adquirirá una confianza personal. Los bebés dejados caer, por su parte, llevan consigo angustias arcaicas, impensables, estados de agonía o desintegración, perpetuando la desunión psicósomática. El trauma (cuyo significado remite a un derrumbe de fe, según el autor) indica que el niño ha perdido o no ha desarrollado la capacidad de creer en algo.

Green A. (2015) sostiene que, si la pulsión de muerte antecede a la de vida, es el narcisismo quien se opone a las primeras acciones de la pulsión de muerte. Tras la observación de fallas

en el narcisismo en la psicósomática, describe un rasgo característico: El Complejo de la Madre Muerta. Ésta lleva la muerte en sí misma y la trasmite a su hijo. El niño no dispone del amor de quien necesita para poder vivir, ya que el agente materno no sólo atraviesa una situación traumática, sino una pérdida de vitalidad al estar invadida por la tristeza. Bollas, (1993) agrega que quienes no han recibido catexias positivas en sus procesos somáticos y la presencia corporal por parte del agente materno, vivencian sus reclamos instintivos o síntomas físicos como ajenos; llevando la actitud de la madre en su propio cuerpo. Señala además que en las curaciones por imposición de manos, por ejemplo, ocurre el encuentro con una forma de amor que faltó en el contacto con el agente materno. Ello puede reflejarse en el discurso analizado de un caso de la muestra, en el cual una entrevistada afirma que en el momento de su cirugía espiritual (llevada a cabo por un famoso referente espiritista) sintió durante la imposición de manos un calor en su pecho, indicando que el cáncer mamario reincidente que padecía había desaparecido.

Por otro lado, Sami-Alí (1983) sostiene que los procesos psicósomáticos implican la represión exitosa de la función de lo imaginario a la cual le corresponde una depresión a priori, caracterizada por la presencia de un Superyó corporal del cual el sujeto depende para orientarse en tiempo y espacio. En estos casos, las reglas adaptativas suplantando la subjetividad y lo banal reemplaza la relación con el otro. La somatización se corresponde a un cuerpo literal, no figurado ni simbólico.

Maldavsky (1994) describe que en los procesos tóxicos y traumáticos ocurre una imposibilidad de trasmudar afectos en cualidad. Esto representa el modo en que se evidencian estasis pulsionales y arrasamientos de corazas anti estímulos. Es que para poder sentir afecto, se requiere de un interlocutor empático. El ámbito familiar en estos casos se caracteriza por la no diferenciación estructural, generando un riesgo de invasión de procesos tóxicos. La ausencia de coraza anti estímulos expone a los miembros a intrusiones traumáticas de todo tipo. Ante la tendencia descomplejizante y desidentificadora propia de la pulsión de muerte, debido al mantenimiento de una voluptuosidad generalizadora, se evita el pasaje a la ternura y la consiguiente apertura al universo simbólico. Ello se observa en el relato de una entrevistada

quien describe durante sus primeros años de vida un clima de violencia doméstica, adicciones del padre y el posterior abandono por parte de su madre en un orfanato en el cual nuevamente sufrió maltratos y abuso sexual.

En tales procesos, a nivel familiar predomina un clima psicótico, un ambiente bélico o de desvalimiento externo. Ello funciona bajo el supuesto dominio de un déspota psicótico para quien la aparición de singularidad representa una condena a muerte, una abolición de la tensión vital. El delirio no alcanza un grado de convicción suficiente. De tal modo, el fragmento anímico de la convicción queda proyectado y el paciente se supone a merced de un déspota loco por quien se deja extorsionar. Para este otro, el sujeto carece de identidad, de nombre y sólo tiene el valor de un número. En dichos procesos tóxicos y traumáticos la restitución se interrumpe y el proceso proyectivo fracasa. Esto es vuelto contra él, proyectado en un personaje loco e imprevisible del cual depende y al que le entrega un fragmento vital de sí para aplacar su furia, anticipando un posterior estallido de rabia con lo cual se cerrará el ciclo. Tal es el caso en otro de los relatos estudiados, en el cual son expuestas una serie de vivencias referidas a una primera infancia marcada por escasos intercambios con ambos padres, convivencia con nueve hermanos y colecho con una hermana que padecía enuresis. Describe también un accidente que le provocó fracturas de cráneo y columna, junto a un estado de invalidez durante varios meses por carecer de acceso a algún tratamiento médico o rehabilitación. Este tipo de escenas parece reeditarse en su relación matrimonial, en vivencias de abuso, violencia, infidelidades recurrentes, dos intentos de homicidio en su contra y el incendio del hogar familiar. En este contexto, la relatora sufrió un accidente de tránsito que la dejó totalmente inmovilizada por dos años, con indicación de amputación de una pierna. Durante este lapso, al igual que en su infancia no contó con apoyo o cuidados. Permaneció postrada en su cama y sólo asistida por su hija de 10 años, ya que su marido (tras el accidente) se mudó a otra vivienda.

Otra de las características es el discurso inconsistente o sobreadaptado, distinguido por un dócil amoldamiento a un interlocutor loco e imprevisible del cual el individuo depende. En tales casos, suelen referirse a sus problemáticas como penurias inevitables y carentes de

enlace con los procesos psíquicos, una desconexión simbólica acerca de una situación doliente e incuestionable. En tal sentido, otro de los entrevistados expone en su discurso vivencias de dependencia emocional y económica hacia su ex esposa diagnosticada con trastorno bipolar, quien llegó a ahogar al bebé de ambos durante una crisis. Tras el divorcio, ésta comenzó una persecución judicial auto flagelándose golpes para acusarlo y demandando exigencias económicas que éste no podía afrontar. Posteriormente, su madre falleció de cáncer y en concomitancia el entrevistado desarrolló una fase de promiscuidad y consumo diario de estupefacientes. Durante la recepción del diagnóstico de HIV y activación de la carga viral, a pesar de dolor y su debilitamiento físico extremo, éste continuaba manifestando hábitos tóxicos de consumo hasta caer desvanecido; siendo internado compulsivamente a la espera de su deceso.

Los estallidos catárticos, propios de dichos procesos tóxicos o traumáticos surgen como consecuencia del despertar de un estado de sopor o somnolencia mediante la furia; cobrando valor de autoinmolación. Por ejemplo, una de las entrevistadas describe sus recurrentes estallidos de furia por nimiedades. Tiempo después, la narradora comprendió que dichos arranques la conectaban con el momento previo a un accidente automovilístico, en el cual su hermanito de 10 años cayó muerto en su regazo. Tras un proceso de autodescubrimiento, los recuerdos excepcionalmente nítidos de las fases previas al accidente fueron desdibujándose, a la vez que su atención al contexto actual se afianzó y las explosiones furiosas disminuyeron notablemente.

Acerca de los rasgos de carácter abúlico, cabe rescatar que Freud (1923) sostiene que cuando el Yo se ve amenazado puede dejarse morir. Este no es un proceso pasivo, sino un esfuerzo por aniquilar fragmentos vitales que se oponen a este ataque, una tendencia disolvente de la tensión vital. El carácter abúlico indica la perpetuación de este desenlace, una tristeza sin sujeto, propia de la apatía puede fortalecerse mediante prácticas promiscuas. Al respecto, uno de los relatores refiere una fase vital caracterizada por alcoholismo, ludopatía, promiscuidad y traumatofiliás recurrentes por accidentes en corridas (picadas) automovilísticas. Dicho sujeto se inició en el alcohol en su adolescencia, tal como su padre a quien despreciaba. Presentaba

además un problema óseo de rodillas, siendo operado tres veces sin éxito y años más tarde recibió el diagnóstico oncológico de Mieloma múltiple.

El llamado carácter cínico descrito por Maldavsky (1993) señala que en estos procesos se pretende nivelar lo vital con lo inerte; presentando una fachada burlona, un goce disolvente de lo vital cada vez que surge la esperanza de algo genuino. Mediante la plasmación anímica derivada del goce por dejarse morir es generada una identificación con un poder exterior que decretó su abolición subjetiva. Por ejemplo un entrevistado recuerda que tras la muerte de su padre a pocos días de su nacimiento, su madre sufrió una depresión grave. El relator quedó a cuidado de una tía, quien años más tarde fue internada en un psiquiátrico tras un brote psicótico. Así, desarrolló una actitud de descrédito hacia la vida y de desprecio hacia cualquier tipo de creencia espiritual; dando inicio a una fase de promiscuidad que evitaba cualquier tipo de enlace afectivo.

El rasgo adhesivo, puede describirse en estos casos como un apego a un interlocutor caracterizado por una docilidad lastimera; pretendiendo la compasión de este destinatario inmovible ante el dolor ajeno en su sentencia a muerte hacia él. Ello constituye una trasmutación del dolor anímico, una autocomplacencia en el lamento ante la crueldad impiadosa del interlocutor. La libido no encuentra un elemento al cual aferrarse y la búsqueda de algo significativo es una constante que siempre fracasa. Al respecto, una de las narradoras entrevistadas refiere haberse sentido el blanco de un destino inevitable, atribuyendo a la mala suerte sus pérdidas y quiebras económicas, como también el abandono sorpresivo por parte de sus parejas en sucesivas oportunidades. Situaciones ante las cuales quedó devastada emocional y económicamente. Del mismo modo, ella vivenció los pródromos de su enfermedad, como algo ajeno y desconsiderado hasta caer desmayada, ser internada y recibir el diagnóstico de cáncer de tiroides grado IV.

#### Acerca del Deseo O1:

En segunda posición con 30% de incidencia a nivel general, surge la combinatoria (O1 + AF E 70%) en secuencias narrativas acerca de creencias religiosas y convicción absoluta en la curación mediante éstas. En menor medida, la combinación (O1 + D E: 25%) se presenta en

vivencias de tipo místico, como la comunicación privilegiada con divinidades o recepción de mensajes de verdades supremas. Y, con menor incidencia la combinatoria (O1 + D F: 2,7%) se manifiesta en la convicción de haber sido tomado como objeto de experimentación médica o constituirse en el blanco de hechizos de magia negra. Cabe rescatar que la combinación (O1 + AF E) predomina en los 6 Momentos analizados. Siendo mayormente significativa en los Momentos 3 y 4, expresado en convicciones religiosas que refuerzan creencias de cura. Describe además nuevas comprensiones filosóficas o espirituales que afectan el autoconcepto y el entendimiento de su realidad contextual. Dichas comprensiones acompañan la recuperación física, o según sus discursos inciden en ella.

Al respecto, Maldivsky (1992) plantea que en el deseo O1 la economía pulsional presenta una oscilación entre el modo de procesamiento de LI (criterio de alteración interna) y de pulsiones abiertas al medio. El deseo O1 comienza apegado a dicho criterio (mamar pasivo) y a medida que se desplaza hacia afuera establece un nexo sensorial con el mundo. Así el mamar pasivo es reemplazado por el activo. Para arribar a este deseo se inviste el mundo sensorial y la motricidad permanente gobierna la percepción. La atención es la que permite que se den estas mudanzas en percepción y motricidad. Por lo tanto, pueden ocurrir dos situaciones: 1) Permanecer sumido en el goce intrasomático (LI) y considerar al medio poco interesante. 2) Dotar al mundo sensorial de interés. En tal caso, el niño supone que todo lo que percibe forma parte de él. Ello se corresponde con el llamado *Momento lógico de Ilusión* planteado por Winnicott (1971). Por su parte, Green (1994) afirma este proceso depende de que la madre haya podido ligar su propia pulsión de muerte y se desarrolle una empatía con el niño. Recordamos que Bion (2016) sostiene que la capacidad de reviere (ensoñación) materna es necesaria cuando el niño se halla confrontado con su propia pulsión de muerte, debiendo ligarla mediante la motricidad sensorial.

Por otro lado, en la combinatoria (O1 + D) la ley desafiada es la que impone que la abstracción del pensamiento debe atender a la realidad concreta y el doble que utiliza el sujeto al servicio de la defensa es el espíritu o alma inmortal. Lo expuesto puede ser relacionado con uno de los relatos expuestos en el cual en el Momento 1 (Etapas de la vida anteriores a la recepción del

diagnóstico) mediante la combinatoria expresada (O1 + D E), la entrevistada refiere la recepción de mensajes divinos vinculados al Arcángel Miguel que le anticipan futuros acontecimientos. Por su parte, en el Momento 3 (Fases iniciales de la enfermedad) en la combinación (O1 + D F) describe haber sido víctima de un trabajo de magia negra por parte de un admirado terapeuta, lo cual le generó dificultades laborales y posteriormente enfermedades (fibromialgia y cáncer de colon) En los Momentos 5 y 6 (Etapas de mudanzas realizadas a partir de la experiencia vivida y fase actual de la vida) la combinatoria de deseos y defensas (O1 + AF E) presenta un predominio absoluto en relatos que exponen convicción en la sanación, creación de nuevas técnicas de abordaje profesional (con bases en física cuántica, metafísica y bioenergética); como así también la participación en diversas actividades de formación espiritual sin suscribir a un dogma religioso, sino como filosofía de vida.

#### Sobre el Deseo O2:

Colocado en tercer orden con un porcentaje de (25%) se erige el Deseo O2. Siendo la combinatoria con mayor pregnancia (O2 + AF+ 51%), la cual surge en relatos que expresan sentimientos de amor, amparo, perdón y reconciliación con vínculos cercanos. En segundo lugar, la combinación (O2 + D F: 35%) describe sentimientos de inferioridad, victimismo o carencias afectivas. Al respecto, puede observarse en las etapas previas al desarrollo de la enfermedad (Momento 1) la combinatoria (O2 + D F 64%) al exponer etapas marcadas por carencias afectivas. A su vez, en las fases iniciales de la enfermedad (Momento 3) comienza a predominar la combinación (O2 + AF E: 71,2%) la cual en el devenir de la trama discursiva llega a alcanzar el 100%, tal es el caso del Momento 6 (fase actual de la vida) en el que se describe el abandono de sentimientos de rencor o dolor hacia vínculos íntimos. Como así también la superación de sentimientos de menosprecio hacia sí mismos, victimismo, el desarrollo del amor y perdón del corazón. Al respecto, recordamos que Maldavsky (1999) expone que la aparición de este deseo O2 introduce el conflicto entre el objeto y el Yo, dando cuenta de la dificultad para discernir entre sadismo y masoquismo, ya que el modo de hacer desaparecer el objeto odiado consiste en incorporarlo.

Por su parte, Freud (1925) afirma que el camino para tramitar la dificultad existente en establecer un nexo con el objeto de amor, suele ser el intercambio con el medio a través de la expresión de las emociones. La tramitación del conflicto mediante la devoración del objeto hostil deja un resto, debido al masoquismo consecuente por haber albergado al enemigo interno al carecer de discriminación. Y este es un modo de neutralizar la pulsión de muerte mediante la devoración. La contradicción entre el amor (objeto *bueno*) y el egoísmo (objeto *útil*) se resuelve mediante la expresión del afecto, lo cual se caracteriza por una manipulación emocional, en que la afectividad es utilizada al servicio del egoísmo y presupone que el interlocutor utilizará su motricidad aloplástica para procesar su pulsión de muerte. El padre del Psicoanálisis (1920) describe este proceso al exponer que el niño recurre al juego del carretel cuando su madre se aleja y de este modo logra vengarse de lo que ella le hace. En lugar del estallido de desesperación (O2), el niño localizará en el juguete a su propio Yo anterior pasivo; representando la desaparición materna con el movimiento que realiza con el hilo del juguete para que éste salga de su vista. Así, él se ubicará como activo al recurrir a su creciente capacidad aloplástica (A1) y proyectará el fragmento anímico de los afectos. En el grito exigente, en cambio, el niño se coloca en posición de quien mediante la expresión de su estado afectivo (O2) coerciona a otros y les demanda el uso de su propia capacidad aloplástica para neutralizar su pulsión de muerte. Recordamos el planteo de Maldavsky (2000) cuando describe que en el predominio de la combinatoria (O2 + D) la ley desafiada es la que determina que no es posible imponer a otro un estado afectivo y la representación a la que apela el Yo es la Sombra (ligada a la expresión de sentimientos).

Al respecto, podemos presentar las distintas fases del relato de una entrevistada: en el Momento 1 (fases anteriores al desarrollo de la enfermedad) el deseo O2 junto a la combinación (O2 + AF M) surge en secuencias narrativas que describen el afianzamiento de la relación afectiva paterna durante la etapa final de la vida de éste. Por su parte, la combinación (O2 + D E) se expresa en relatos acerca de su súbito enamoramiento e inmediata convivencia con alguien a quien acababa de conocer, sólo días después del fallecimiento de su padre. Seguidamente, la combinatoria (O2 + D F) da cuenta de sentimientos de inseguridad, celos y

enojo surgidos prontamente en esta relación. Este vínculo tortuoso enmascaraba su profundo dolor por la pérdida paterna. A partir del Momento 3 en adelante, la combinación (O2+ AF E) se manifiesta en secuencias narrativas que exponen el desarrollo de la confianza y el amor hacia sí misma mediante la aplicación de técnicas budistas capaces de liberar sus estados emocionales (“venenos mentales”) de miedo y frustración, como así también el establecimiento del vínculo afectivo y de amor incondicional recibido por su referente orientador (un reconocido lama).

Acerca del deseo A2:

El mismo se presenta a nivel general en cuarta posición y evidencia un índice de incidencia menor (11%). Por su parte, la combinatoria (A2 +AF E) mantiene su pregnancia a lo largo de toda la narrativa. Dicha combinación surge en descripciones acerca de la participación activa en agrupaciones religiosas o comunitarias e inclusive el surgimiento de nuevas perspectivas profesionales o redescubrimiento de la actividad laboral. Un mayor predominio de A2 puede observarse en períodos referidos a mudanzas efectuadas a partir de la enfermedad atravesada en la identificación con roles de colaboración activa en instituciones sociales o comunidades eclesiales. Tal es el caso de los relatos expuestos por un entrevistado, en quien la combinatoria (A2 + AF E) se mantiene durante la totalidad de la exposición. Presentándose con mayor pregnancia en el período referido al encuentro con el Vaishnavismo (Hare Krishna). El despertar de su interés hacia dicha agrupación se originó a raíz de su participación en actividades eclesiales. Diversas tareas realizadas en el templo decantaron en el encuentro con un nuevo propósito de vida a nivel laboral. Comenzando como lavaplatos, llegó a desempeñarse como encargado de un restaurante vegetariano a beneficio de la agrupación. Posteriormente, el estudio de pedagogías Waldorf y Montessori (abordajes coincidentes con su religión) permitió la fundación una institución educativa junto a otros devotos.

**Conclusiones**

A continuación, las conclusiones de esta investigación exponen las interacciones entre los deseos, defensas y el valor de los ideales, principalmente en relación a la modificación de

dichas combinatorias en el devenir del relato. Respecto de las modificaciones en los sistemas defensivos que se combinan con los principales deseos hallados en el estudio, recordamos que Maldavsky (2000) sostiene que el deseo aporta las escenas en los relatos, que son prototípicas. Las defensas determinan la posición del relator en las escenas que describe. La eficacia de un tratamiento clínico puede evidenciarse no tanto por la aparición de escenas propias de otros tipos de deseos, sino por cambios en la posición del relator en tales episodios. El tratamiento se orienta hacia la modificación de defensas patógenas y su sustitución por otras menos costosas. Así, el sujeto dispondrá de mejores recursos para transitar las defensas y simultáneamente hallará transacciones acordes a la realidad o la ley. La modificación de las defensas puede evidenciarse en mejoras sintomáticas y en los vínculos subjetivos, aunque ello también puede deberse a otros factores como sugestión, cambios ambientales, etc. Al respecto, recordamos que Liberman (1970) señala que en las sesiones psicoanalíticas existen momentos en los cuales el analista está en sintonía óptima y sus intervenciones tienen un efecto complementario respecto de estilos o estructura del paciente. En tales situaciones, no es que el terapeuta aporte algo que le falta al paciente, sino que brinda una forma que no ha podido desplegarse en él debido al efecto de las defensas patógenas.

Si bien nuestro estudio no se ciñe al ámbito clínico exclusivamente, cabe preguntarnos si a partir de las interacciones afectivas relacionadas junto a sus referentes religiosos, o por las convicciones espirituales en sí mismas, los entrevistados han podido reproducir estas dinámicas. Maldavsky (1992) testeó las hipótesis de complementariedades estilísticas planteadas por Liberman (ob. cit.); encontrando que el complemento ideal para la combinatoria del deseo LI junto a la defensa Desestimación del afecto fracasada (LI+DA Fracasada) es O2. Por otro lado, el complemento para la combinación del deseo O2 junto a la defensa Desmentida fracasada (O2 + D Fracasada) es A2. Dichas complementariedades resultan pertinentes ya que ambos deseos se acompañan de defensas patógenas en estados fracasados en las tramas iniciales del relato (Momentos 1 y 2). Ya en secuencias narrativas posteriores (Momentos 4, 5 y 6), ambos deseos se combinan con defensas funcionales Acorde a fines exitosas.

Al considerar la interacción de deseos y defensas podríamos inferir una elaboración de situaciones traumáticas, otorgándoles a los síntomas intrusivos una red de representaciones temporales y ligando los eventos acaecidos. Esto puede evidenciarse en el combinatoria predominante del Momento 1, que remite a las fases anteriores al desarrollo de la enfermedad: (O2 + D Fracasada). Combinatoria presente en relatos referidos a carencias afectivas y victimismo. En la Fase de pródomos y recepción del diagnóstico (Momento 2), son descriptos contextos de desamparo social y económico o enfermedades graves expresados en la combinación: (LI+ DA Fracasada).

En los períodos iniciales de la enfermedad y fases iniciales del restablecimiento (Momento 3), predomina la combinatoria (O1 + AF Exitosa) en comprensiones religiosas o metafísicas que refuerzan su convicción en la sanación, incluso antes de que se concrete el restablecimiento físico. Ello podría indicar que hubo una elaboración (O1 +AF Exitosa) y no Desmentida, la cual manifestaría solo la presencia de un hecho milagroso y no respecto de mudanzas realizadas en sus experiencias de vida, tal como se expresa en los relatos estudiados.

Por su parte, el llamado Momento 5 o período en el que acontecen las principales modificaciones efectuadas, la combinatoria (O2 + AF Exitosa) evidencia un viraje defensivo: modificaciones de sentimientos de menoscabo, surgimiento de vivencias de amparo y amor incondicional recibidas por parte de referentes religiosos. Las mudanzas expuestas y el arribo a nuevos paradigmas son traducidos en sensaciones de alivio físico, abandono de conductas adictivas, disminución de niveles de estrés. Acerca del restablecimiento de carencias económicas y superación de contextos de desvalimiento (indicadores de mejoras en la calidad de vida) descriptos en el Momento 6 o fase actual de la vida, pueden ser evidenciados en la combinatoria (LI+ AF E).

A partir de los datos obtenidos rescatamos la importancia de la construcción de una fantasía, ya que en las afecciones tóxicas y traumáticas se evidencia la eficacia de una fijación a un dolor que no alcanza el estatus de vivencia, de algo incuificable. En este vacío anímico la violencia, tristeza y terror se aúnan en un goce inercial. Puede observarse en los discursos estudiados que en estas situaciones el valor de la empatía resulta máximo, ya que permite retornar algo

de su propia vitalidad. El sentimiento de convicción, según Maldavsky (2000) es un desarrollo del afecto enlazado a procesos pulsionales y que sólo posteriormente se enlaza con la sensorialidad. Inicialmente, las percepciones son solo creídas. En procesos tóxicos y traumáticos la convicción se presenta como el enmascaramiento dócil de un descrédito. Podríamos suponer que el nexo establecido entre los entrevistados y el arribo a nuevos paradigmas o cosmovisiones y prácticas religiosas (O1), así como la constitución de lazos de amor incondicional (O2) y el ejercicio de labores desempeñadas en las agrupaciones eclesiales (A2) haya contribuido, en parte a la posibilidad de acceder a la intimidad vacía de estos sujetos. Mediante el sostén de un vínculo empático, podría haberse constituido un sentimiento de convicción.

Al recordar nuestra pregunta de investigación ¿Cuáles son los procesos psíquicos que ocurren en quienes se curaron de una enfermedad física grave y atribuyen su restablecimiento a sus creencias religiosas?; resulta oportuno exponer los planteamientos acerca de la constitución de la subjetividad y sus fallas ocurridas en los procesos tóxicos y traumáticos. Al respecto, Freud (1920) afirma que los principios económicos que regulan el psiquismo tratan de conservarse lo más libre posible de estímulos y dominancias manteniendo un nivel constante de energía. En los primeros momentos de la vida se impone el principio de constancia, que implica la posibilidad de una limitación a la tendencia a la descarga inmediata; manteniendo un mínimo de tensión. Para ello, es preciso la colaboración de componentes de Eros aún no diferenciados. Mediante esta necesidad del psiquismo de mantenerse lo más libre posible de estímulos, se evita quedar obturado por éstos. Por tanto, una experiencia traumática no deriva tanto de la intensidad de los estímulos acaecidos, sino del grado de organización del Yo. Inicialmente, la modelación de trauma es llevada a cabo por un agente externo en función maternante; actuando como un tamiz. El surgimiento de la Conciencia inicial, por su parte, deriva de un movimiento libidinal de investidura que va acompañado de la convicción acerca de su propia existencia y, sólo posteriormente, de impresiones sensoriales. El sentimiento de sí depende de que se haya constituido el matiz afectivo dado por quien está a cargo del niño.

Sólo el matiz afectivo como contenido de Conciencia abre camino a una fractura en el Ello y a la separación inicial entre éste y el Yo.

En el establecimiento del vínculo empático con el medio, cobra especial relevancia la Proyección. Freud (1950) sostiene que existe una primera proyección que permite el reencuentro de los estados pulsionales en la sensorialidad, que inicialmente son pura cantidad y sensorialidad. El enlace entre sensorialidad y cantidad permite tanto el acceso a la Conciencia como la organización de las representaciones. Esta Proyección, llamada *No Defensiva* crea una exterioridad a la que dota de forma; aunque los contenidos son aportados por el contexto. Éste mecanismo exige del asistente materno una captación empática. El desarrollo de la capacidad de sentir los propios sentimientos es solventado por los procesos libidinales. Por lo cual, la conciencia inicial es la expresión de una tramitación libidinal que se combina con una respuesta empática ante una proyección no defensiva de estilo interrogativo. Estos desarrollos dependen de la articulación entre las pulsiones de autoconservación y las sexuales en una armonía llamada homeorresis; cuya función principal es la protección ante los estímulos mecánicos, los cuales derivan de la introyección de la empatía materna. Por otro lado, el grado de regresión yoica que debe alcanzar una madre para establecer un vínculo con el recién nacido parece ser un requisito para que se logre este tipo de comunicación, capaz de trascender las palabras. La madre debe contar con recursos yoicos suficientes como para que la regresión sea funcional y no dé lugar a una identificación masiva con el grado de inermidad del niño, a lo que seguiría una angustia automática.

En nuestro estudio puede apreciarse que en los relatos pertenecientes a fases vitales previas al surgimiento de la enfermedad (Momentos 1 y 2) se presenta un amplio predominio (mayor al 70%) de la combinatoria (LI + DA Fracasada) referidas las mencionadas vivencias de desamparo, violencia, vulnerabilidad social y económica; como también accidentes o enfermedades graves. Ante esta gran incidencia, nos preguntamos: **¿Cómo se produce la claudicación yoica en los procesos tóxicos y traumáticos?** En ellos se mantiene una retracción narcisista que se torna tóxica, proyectándola en el mundo externo el proceso restitutivo en el cual el discurso delirante de la psicosis es sustituido por un discurso operatorio, alexitímico y

sobreadaptado. La inermidad ante el fragmento paranoico proyectado se expresa bajo la forma de sometimiento a un personaje poderoso, insaciable despótico y delirante. Tal es el caso de uno de los entrevistados, quien refiere que durante sus fases infantiles, adolescentes e inclusive durante la recepción del diagnóstico (Displasia Poliostótica) vivenció un contexto familiar de violencia. Los cambios de humor drásticos paternos hacían imposible prever en qué momento le propenderían nuevos ataques. A partir de la fragilidad ósea ocasionada por la patología, en la que sus huesos se hinchaban y quebraban, se sintió a salvo por primera vez de la violencia.

Por otro lado, recordamos que en estos trastornos ha habido un fracaso de la proyección no defensiva constituyente del mundo externo (Sami-Ali, 1983). Una falla en la constitución de lo siniestro (Spitz, 1951). A los procesos tóxicos y traumáticos hay que agregarle otro fracaso: el no surgimiento de la zona erógena por proyección (Maldavsky, 1991). En los mencionados casos ocurre un proceso inverso, en el cual desde la erogeneidad periférica los órganos internos son alterados. Estas teorizaciones armonizan con las observaciones acerca del vínculo con una madre ausente o hiperpresente y un niño con afecciones psicósomáticas. Ambas madres carecen de la capacidad de reviere (Bion, 1968) y esto pone de manifiesto la imposibilidad de creación de un contexto indiferente. Ante esta falla, el yo permanece inerme ante un exceso sensual tóxico. El cuerpo del niño hace de contexto a las exigencias pulsionales ajenas. El otro, constituido como un yo real primitivo exterior hostil se adueña del órgano del niño y éste entrega esa parte de su cuerpo para que el yo real primitivo ajeno se purifique de sus toxinas. Inclusive, intentará identificarse con dicho sujeto proyectado. En el relato de uno de los entrevistados se hace referencia a sus recurrentes experiencias próximas a la muerte, acaecidas desde su alumbramiento (hipoxia perinatal), parálisis infantil desde los 6 meses a los 3 años y malformaciones cerebrales a causa de una meningitis contraída durante dicha fase, hasta el cáncer de esófago y estómago en su adultez.

A partir de esta descripción surge la pregunta acerca de **¿Cuáles son los procesos psíquicos aquí acaecidos?**: Las personas con procesos tóxicos y traumáticos suelen presentarse como víctimas de una compasión autocomplaciente al suponerse un deyecto de otro, alguien dueño

del poder. Esto deja al sujeto paralizado respecto del desarrollo de proyectos generados a partir de la complejización anímica (Maldavsky, 1993). Ciertos individuos pueden tener una fachada no creíble carente de intimidación, mientras que otros pueden desarrollar una convicción revestida como misticismo. El pasaje de deyecto a proyecto implica un restablecimiento de los nexos con los orígenes y la pacificación del vínculo con estos seres de quienes el sujeto se supone desalojado.

Acerca de las *experiencias místicas*, podemos afirmar que el concepto de mística trasciende la esfera de lo religioso. Freud usó este término en sentido crítico hasta 1920, cuando expone la nueva teoría de la pulsión. El autor señala que la mística representa una tentativa de acceso del Yo a su núcleo: el Ello (1933). El pensar místico pretende trasmudar la nada en una lógica y así dotar de significatividad a un fundamento inercial mortífero mediante lo cual se ubica en el terreno de lo paradójico. Lo que permite este avance a los fundamentos es la realidad creada por proyección. Funciona con la modalidad de la neurosis traumática, aunque en vez de una descarga alucinatoria repetitiva de la percepción traumática genera una nueva aptitud perceptiva. Es un estado psíquico particular que transforma el mundo de la pérdida en un sentimiento de unión y plenitud. De este modo, un trauma no representable es evitado mediante el beneficio de un estado alucinatorio de felicidad. Por lo tanto, si no caemos en la fascinación por la pregnancia del éxtasis podría comprenderse que la mística es consecuencia de un modo de funcionamiento psíquico. El pensar místico opta por la solución radical del vuelco alucinatorio ante el terror del desamparo. Esto puede compararse con el Momento 2 o Fase de recepción del diagnóstico, la cual representa la culminación de una colección de vivencias de violencia, desvalimiento y enfermedad. Freud (1936) en vez de considerar el pensamiento místico como la unión con dios, prefiere explicarlo en términos intrapsíquicos: una ausencia de investiduras objetales y narcisistas, un estado sin unión con la percepción. La mística es una oscura percepción de sí del reino del Ello. Este enlace del Yo con el Ello acerca los inicios con los finales de la vida. De tal modo, no sorprende que a partir de la fase de afrontamiento de un diagnóstico de muerte segura se desencadene en el llamado pensar místico (Momento 3 en adelante).

En la mística se resalta la relación con lo Uno, en la cual el Yo se subsume, se abandona a una experiencia indecible; dando cuenta de una vivencia extática precedida por el horror. Esta entrega al Uno coincide con la Nada, el cual parece ser el punto nodal del pensar místico. Ello resulta de un intento de extraer de la no vida (presente en el fundamento de cada ser) una racionalidad paradójica. Al respecto, puede señalarse que en las experiencias místicas operan todas las contradicciones, a saber: *Contradicciones Lógicas*: en las curaciones milagrosas esta experiencia se opone a las afirmaciones consensuales o genéricas desde el punto de vista lógico. *Contradicciones Orgánicas*: en la cuales un estado de dolor o agonía se acompaña de un acto que potencia la exigencia corporal en lugar de la fuga o modificación de la realidad. En las *Contradicciones Semánticas* el amor es entendido como abolición del ser, tales como los sentimientos de autodisolución descritos por los entrevistados. *Las Contradicciones de tipo Pragmáticas* se caracterizan por suponer que la inmovilidad puede ser más efectiva que la actividad autotransformadora del contexto.

En todo este esfuerzo paradójico la mística extrae una lógica de la pulsión, que da cuenta de la pulsión de muerte, el más radical de los procesos del Ello. En el origen todo es Ello, sólo posteriormente éste se enlazará con la percepción mediante la proyección. Por otro lado, Freud concibe en 1936 (en "*Moisés y la religión monoteísta*") por primera vez la noción de trauma negativo, al dar cuenta de las experiencias traumáticas irrepresentables. Al respecto, Botella (2001) denomina figurabilidad a la capacidad de tornar representable algo para el psiquismo. Ésta posee un valor anti traumático, ya que es un medio que podría posibilitar el acceso al aspecto negativo del trauma, común a la representación y a la percepción. Por tanto, la experiencia mística representa uno de los modos de acceder a los aspectos no figurables o al llamado punto 0 de Bion. Punto en el cual la pulsión de muerte se enlaza con Eros y a partir de esto surge un esfuerzo por trasmudar en argumentación paradójica aquello que nunca llegó a articularse por percepción. Para acceder a este enlace entre el Yo y su núcleo (Ello) es necesario que esté disponible el amparo del Superyó Protector, como así también la existencia de un vínculo empático con el contexto. Luego de este enlace Yo-Ello, los enlaces con el medio serán procesados mediante la lógica del sentimiento oceánico. Este sentimiento se vincula con

el deseo O1, fase que el niño supone que todo lo que percibe fue creado por él. Winnicott (1977), por su parte, señala que en este momento de ilusión la madre favorece esta percepción en el niño. Este deseo (O1) se presenta con notable incidencia en las fases de puesta en práctica de creencias religiosas y el restablecimiento de la salud (Momentos 3 y 4). Recordamos el planteo de Maldavsky (1993), quien afirma que ante la oposición entre fe y falta de fe no nos hallamos dentro de un marco religioso o ideológico, sino en un contexto ligado a la subjetivación; lo cual implica situarse ante la posibilidad de creer o no creer en las palabras ajenas. Desde el punto de vista metapsicológico, recordamos que en la mística el Yo real definitivo se vuelve hacia el Yo real inicial con el amparo del Superyó. Opera como un proceso anímico acompañado de un alto voltaje pulsional derivado hacia la elevación espiritual que lo resguarda del desenfreno pulsional. Mediante la identificación con un ideal abstracto hacia el cual el Yo del místico tiende, se decreta un destino para un deseo determinado. Lo planteado coincide con los ideales de mayor pregnancia en nuestro estudio: Verdad (O1), Amor (O2) y Orden (A2). A partir de lo cual puede desplegarse una fase de superación de la fijación al goce intrasomático.

Tras lo expuesto, podemos plantear la hipótesis de que cierta unicidad libidinal por investidura de los órganos tomados como fuente de necesidades ineludibles es expresada en la Conciencia como un estado de placer. Por lo cual, la mudanza de la libido (por proyección) hacia una zona periférica (donde adquiere cierta autonomía respecto del estado libidinal previo) introduce una alteración: Transforma el goce en elevación, en un tipo de lógica. Por lo tanto, encontramos ciertas prácticas místicas que procuran un dominio sobre los estados orgánicos o necesidades elementales (vinculado al deseo LI). Hallamos también prácticas que procuran el acceso a un goce contemplativo de las esencias, a una Verdad capaz de modificar concepciones paradigmáticas previas y crear sentimientos de convicción (deseo O1). Otras prácticas místicas apuntan a alcanzar la beatitud a través del Amor, como por ejemplo, sentimientos de amor incondicional proyectados hacia sus referentes (vinculado a O2). Encontramos, por último, prácticas que intentan modificar la realidad mediante la participación dentro de estructuras organizacionales (en relación al deseo A2).

A modo de cierre, sostenemos que presentar conclusiones finales sobre este asunto resulta casi paradójico, aunque a modo de oxímoron podemos plantear que en este recorrido hemos intentado dar una aproximación a interrogantes ligados a la producción de subjetividad, a partir de la pregunta que guió nuestra pesquisa ¿Cuáles son los procesos psíquicos acaecidos en quienes afirman haber revertido el curso de una enfermedad física grave mediante sus creencias religiosas? Hemos arribado a algunas precisiones y abierto nuevos interrogantes en un interjuego de encuentro y complementariedad. En el camino nos deparamos con la importancia del Preconciente para poder dar cuenta de los procesos analizados. Descartes en el siglo XVII supuso que la glándula pineal era la parte del cuerpo en la que el alma ejercía sus funciones. Tres siglos más tarde Marty encontró una vía de acceso para responder a este interrogante: La psicósomática. Luego de que Freud hubiera resaltado el valor de inconciente, Marty ubicó como piedra angular de la psicósomática al Preconciente (lugar en el que las representaciones se alojan y establecen sus ligaduras). Señalamos que mediante el análisis del discurso hemos podido acceder al trabajo del Preconciente, detectar qué tipos de deseos subyacen y las defensas en juego. Maldavsky, mediante sus producciones, ha contribuido a disminuir la grieta existente entre la clínica y las bases teóricas mediante el planteo de hipótesis intermedias. El método ADL profundizó en la operacionalización de deseos y defensas, tornándose en un procedimiento válido y confiable para la producción de conocimiento psicoanalítico.

Coincidimos con Chiozza (2016) quien afirma que la enfermedad orgánica representa una forma de lenguaje y, una vez que aprendemos a leerla, surge como un capítulo de la biografía individual. De este modo, puede dejar de ser entendida como un padecimiento ajeno y aleatorio que irrumpe desde afuera de la propia vida, para constituirse en una trama más compleja y rica que pertenece a la persona entero. Asimismo, la curación no representa la creación de algo nuevo y tampoco es algo que alguien haga por otro, sino que consiste en la reparación de una colección de vivencias e interpretaciones que formaron parte del contexto del enfermar. Hemos inferido que dichos restablecimientos físicos implican la existencia de

procesos psíquicos que aluden a la producción de subjetividad y por lo cual merecen ser estudiados.

La investigación de tales interrogantes ha pretendido enriquecer el bagaje de conocimientos en el área de la salud mental y psicosocial. A su vez hemos realizado un aporte original ligado a la metapsicología en torno a los sistemas de creencias; ofreciendo una aproximación acerca de los ideales y creencias presentes en la población a la que se asiste. Ello puede resultar de utilidad para una concepción más amplia y evitar posibles patologizaciones por desconocimiento o falta de información.

#### **Bibliografía**

- Ansermet, F. y Magistretti, P. (2006). *A cada cual con su cerebro. Plasticidad Neuronal e Inconciente*. Bs. As./Madrid: Katz Editores.
- Bion, W. (1968). *Volviendo a Pensar*. Buenos Aires: Hormé.
- Bleger, J. (1985). *Temas de Psicología* (Entrevista y Grupos). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bollas, C. (1993). *Las Fuerzas del Destino*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Botella, C. y S. (2001). *La figurabilidad psíquica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Castilla Vázquez, C. (2011). "Rezar para sanar: El recurso mágico-religioso en la búsqueda de la salud". Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2795562.pdf>
- Chiozza, L. (2016). *¿Por qué enfermamos?* Buenos Aires. Paidós.
- Freud, S. (1912-3). *Tótem y Tabú*. AE. Vol. 13, Bs As.
- \_\_\_\_\_ (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión*. AE. Vol. 14, Bs. As.
- \_\_\_\_\_ (1919). *Pegan a un niño. Contribuciones al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales*. AE. Vol. 17, Bs. As.
- \_\_\_\_\_ (1920). *Más Allá del Principio de Placer*. AE. Vol. 18, Bs. As.
- \_\_\_\_\_ (1923). *El Yo y el Ello*. AE. Vol.19, Bs. As.
- \_\_\_\_\_ (1925). *Nota Sobre la Pizarra Mágica*. AE. Vol. 19, Bs. As.
- \_\_\_\_\_ (1933). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. AE, Vol. 22, Bs. As.
- \_\_\_\_\_ (1939). *Moisés y la Religión Monoteísta*. AE. Vol. 23, Bs. As.

- \_\_\_\_\_ (1940). *Esquema del psicoanálisis*. AE. Vol. 23, Bs. As.
- \_\_\_\_\_ (1950). *Proyecto de Psicología*. AE. Vol. 1, Bs. As.
- Green, A. (2015). *Del pensamiento clínico al paradigma contemporáneo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hernández Sampieri, R. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Grow-Hill.
- Ismail, H. (2002). "Religious beliefs about causes and treatment of epilepsy". Recuperado de: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/neuroweb383.htm>
- Kandel, E. (2013). *En Busca de la Memoria. El nacimiento de una nueva ciencia de la mente*. Bs. As. /Madrid: Katz Editores.
- Klimovsky, G. (1994). *Las desventuras del conocimiento científico*. Buenos Aires: AZ Editores.
- Korman, G. (2008). "La complementariedad terapéutica en pacientes con depresión. Una mirada desde la antropología médica y la psicoterapia cognitiva". Tesis Doctoral. UCES. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18424417011>
- Korman., G y Molina, A. (2008). *Cultura y Depresión*. Buenos Aires: Akadia.
- Kuhn, T. (2013). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: FCE.
- Larroca, C (2017). "Estudio de deseos, defensas e ideales presentes en relatos de quienes atribuyen la cura a sus creencias religiosas". Presentación en XVI Jornada Taller el Desvalimiento en la clínica. Recuperado de: [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/3787/IAEPCIS\\_Actividades\\_2017-21-01.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/3787/IAEPCIS_Actividades_2017-21-01.pdf?sequence=1)
- \_\_\_\_\_ (2017). "Estudio de deseos, defensas e ideales subyacentes en el discurso de personas con creencias religiosas acerca de la curación de su propia enfermedad física, considerada grave". Recuperado de: <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/desvapsico/article/view/317>
- Leshan y Simonton (1977). *Usted puede luchar por su vida*. México: Los libros del comienzo.
- Lieberman, D. (1970). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Letra Viva
- Lypton, B (2005). *The biology of belief*. SP: Butterfly.

- Maldavsky, D. (1991). *Procesos y estructuras vinculares*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- \_\_\_\_\_ (1992). *Teoría y Clínica de los Procesos Tóxicos*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- \_\_\_\_\_ (1993). *Judeidad y Modalidades Subjetivas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- \_\_\_\_\_ (1994). *Pesadillas en Vigilia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- \_\_\_\_\_ (1996). *Linajes Abúlicos. Procesos Tóxicos en Estructuras Vinculares*. Buenos Aires: Paidós.
- \_\_\_\_\_ (1997). *Sobre las Ciencias de la Subjetividad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- \_\_\_\_\_ (1999). *Lenguajes, Pulsiones y defensas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- \_\_\_\_\_ (2013). *ADL: Un Instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*. Buenos Aires: Paidós.
- Maldavsky, D. y Plut, S. (2015). "Similarities and differences between papal discourses and presidential speeches: wishes, values, scenarios, spaces and agents". Recuperado de: <http://cirworld.org/journals/index.php/jal/article/view/4254>
- Marty, P (1992). *La psicopatología del adulto*, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Marty, M'uzan y David (1967). *La investigación psicopatológica*. Buenos Aires: Ed. Luis Miracle.
- Milas, G. (2012). "Paranormal beliefs and personality traits in Croatia". Recuperado de: [file:///C:/Users/Juan%20Jose/Downloads/CEEOL%20Article%20\(1\).PDF](file:///C:/Users/Juan%20Jose/Downloads/CEEOL%20Article%20(1).PDF) on [www.ceeol.com](http://www.ceeol.com)
- M'uzan, J (1995). *La boca del inconciente*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Parra, A. (2012). "Experiencias paranormales y su relación con el sentido de la vida". Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272013000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272013000200011&script=sci_arttext)
- Pelcastre Villafuerte, B. (1999). "La cura chamánica: una interpretación psicosocial." Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v41n3/41n3a10.pdf>
- Sami-Ali, M. (1983). *EL cuerpo y el espacio*, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Sánchez Antillón, A. (2013). "Análisis de los relatos de cinco coordinadores de comunidades eclesiales de base en miras de localizar los ideales que los movilizaban en la década del 80 bajo

el método del algoritmo David Liberman (ADL) en su modalidad relatos”. Recuperado de:  
<http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2402/>

Sherman, A. (2001). *Faith and Health*. N.Y., Guilford Press.

Sholuer, K. (2010). *The everything world's religion book*. U.S.A, Ed. Adams Media.

Siegel, B. (1989). *Amor, medicina milagrosa*. Barcelona: Espasa libros.

Spitz, R. (1954). *El Primer año de vida del niño*. México, F.C.E.

Waddington, C. H. (1957). *The Strategy of the Genes*. Londres, Allen and Unwin.

Winnicott, D. (1974). *El proceso madurativo del niño*. Barcelona, Lara.

*Fecha de recepción: 3 de noviembre de 2019*

*Fecha de aceptación: 22 de diciembre de 2019*