

# INVESTIGACIÓN DE LOS APORTES POSITIVOS Y NEGATIVOS DE PACIENTE Y TERAPEUTA A LA ALIANZA TERAPÉUTICA. UN ESTUDIO CON EL ALGORITMO DAVID LIBERMAN (ADL)

## *RESEARCH ON THE POSITIVE AND NEGATIVE CONTRIBUTIONS OF PATIENT AND THERAPIST TO THE THERAPEUTIC ALLIANCE. A STUDY USING THE DAVID LIBERMAN ALGORITHM (DLA)*

David Maldavsky\*, Delia Scilletta\*\*, Silvina Perez Zambón\*\*\*, Liliana H. Álvarez\*\*\*\* y Susana Sneiderman\*\*\*\*\*

### Resumen

Los autores se proponen estudiar los aportes de paciente y terapeuta a la alianza terapéutica. Para ello, tras exponer una sesión (muestra), analizan los deseos y las defensas (y su estado) en los relatos de una paciente y en los actos del habla de paciente y terapeuta. Entonces, constatan que no existen coincidencias entre los resultados de los estudios de los relatos centrales y los de los actos del habla de paciente y terapeuta, pero que existen coincidencias entre los resultados de los estudios de los deseos y las defensas en los actos del habla de paciente y terapeuta. Ambas poseen la misma combinación de deseos y de defensas funcionales y patógenas. Los autores infieren que entre paciente y terapeuta se da un cierto grado de trabajo de colaboración positiva desde la perspectiva clínica pero también un cierto grado de alianza resistencial, que obstaculiza la tarea terapéutica.

**Palabras clave:** relatos, actos del habla, deseos, defensas, alianza terapéutica.

---

\* Director del Doctorado en Psicología y de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento UCES. Dirección: República Árabe Siria 3319, Piso 5° B (C1425EYQ), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: dmaldavsky@elsitio.net

\*\* Licenciada en Psicología Clínica UCES. Dirección: Av. Rómulo S. Naón 3201 "C" (C1430EQK), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: descilletta@yahoo.com.ar / dscilletta@hotmail.com

\*\*\* Licenciada en Psicología Clínica UCES. Dirección: Saavedra 339 (B1662CSG), Muñoz, Argentina. E-mail: silvi411@hotmail.com

\*\*\*\* Magíster en Problemas y Patologías del Desvalimiento UCES. Dirección: José Bonifacio 1716, Piso 5° (C1406GXN), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: alvarezlipsi@hotmail.com

\*\*\*\*\* Licenciada en Psicología UCES. Dirección: Austria 1998, Piso 1° "13" (C1425EGF), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: suanasneiderman@hotmail.com

### Summary

The authors undertake the study of the contributions of patient and therapist to the therapeutic alliance. For this purpose, after presenting a session (sample), they analyze the wishes and the defenses (as well as their state) in the narrations of a patient and in the speech acts of patient and therapist. Subsequently they remark that there are no coincidences between the results of the studies of the main narrations and those of the speech acts of patient and therapist, but that there are coincidences between the results of the studies of the wishes and the defenses of the speech acts of patient and therapist. Both bear the same combination of wishes as well as of functional and pathogenic defenses. The authors infer that both patient and therapist are engaged, to some extent, in positive collaborative work from a clinical perspective but also, to some extent, in a resistential alliance that blocks the therapeutic task.

**Key words:** narrations, speech acts, wishes, defenses, therapeutic alliance.

### I. Presentación del problema

En un trabajo realizado simultáneamente con este un equipo de tres investigadores (Maldavsky, Scilletta, Perez Zambón, 2010) se propuso estudiar la pertinencia clínica de las intervenciones de una terapeuta durante una sesión. Un estudio de este tipo resulta necesariamente complejo, ya que presupone una investigación previa de aquellos aspectos del material de la paciente sobre los cuales recaen dichas intervenciones, ya que solo entonces podrá determinarse si las intervenciones clínicas han sido pertinentes o no. Como la terapeuta tomó en cuenta las anécdotas de la vida cotidiana de la paciente, el equipo de investigación recurrió a algunos instrumentos del algoritmo David Liberman (ADL) para el estudio de los deseos y las defensas (y su estado) en los relatos de la paciente. Luego los investigadores pasaron a estudiar los temas que la terapeuta seleccionó para enfocar en la sesión y los conceptos a los que la terapeuta recurrió para explicar dichos temas. Este nuevo sector de aquel estudio se centra ya en los actos del habla en el discurso de la terapeuta para detectar qué temas seleccionó y sobre todo a qué conceptos recurrió para explicarlos. Por fin, el equipo de investigadores procuró establecer nexos entre los resultados de los análisis de los deseos y las defensas (y su estado) en los relatos de la paciente y los resultados de los estudios de los temas seleccionados por la terapeuta y del enfoque que les dio.

El presente estudio tiene un objetivo parcialmente diferente y complementario del objetivo de la investigación recién mencionada, ya que se centra en los aportes (tanto positivos como negativos) de paciente y terapeuta a la alianza terapéutica en esta misma sesión, para lo cual apelaremos a instrumentos parcialmente similares a los del trabajo previo. En esta oportunidad combinaremos los instrumentos del ADL para el análisis de los deseos y las defensas (y su estado) en los relatos (como en la investigación precedente) y los instrumentos del ADL para el análisis de estos mismos conceptos en los actos del habla (a diferencia de la investigación precedente). Cabe

aclarar que tanto el análisis de los relatos como el análisis de los actos del habla desarrollados por un paciente durante la sesión permiten investigar episodios o escenas, las cuales pueden ser o bien relatadas o bien desplegadas durante la sesión al hablar. El análisis correspondiente a este segundo nivel (el de los actos del habla) también puede ser aplicado a las intervenciones del terapeuta (Maldavsky, 2003 y Maldavsky et al. 2005, 2006).

En esta introducción es conveniente agregar aún algunas precisiones sobre las combinaciones posibles de los resultados de los estudios de las escenas relatadas y de las escenas desplegadas aplicando los instrumentos del ADL. El estudio de los deseos y las defensas (y su estado) en los relatos de los pacientes puede orientar respecto de los problemas centrales de un paciente en su vida fuera del consultorio y de cuáles son los puntos prioritarios para un trabajo clínico durante las sesiones. A su vez, el estudio de los deseos y las defensas (y su estado) en los actos del habla de los pacientes y sus terapeutas permite inferir qué escenas ha desplegado cada interlocutor en las sesiones y qué escenas han construido entre ambos. Estas combinaciones entre los resultados de los análisis de los deseos y las defensas (y su estado) en los relatos y en los actos del habla pueden entrañar una mayor o menor exigencia de trabajo para el investigador. Al menos se presentan estas alternativas:

1) A veces los resultados de los estudios de los deseos y las defensas (y su estado) en los actos del habla son coincidentes con los resultados de los análisis de los deseos y las defensas (y su estado) en los relatos centrales que el paciente realiza. En tal caso puede afirmarse que el paciente despliega en sesión las mismas escenas que forman parte de los episodios centrales de sus relatos. 2) Pero en ocasiones la comparación entre ambos resultados de los análisis conduce a concluir que existen coincidencias en cuanto a los deseos y las defensas detectados al analizar los relatos centrales y al estudiar las escenas desplegadas en sesión, y que existen diferencias entre ambos resultados en cuanto al estado de las defensas patógenas, que pueden haber fracasado en el nivel de los relatos pero que pueden ser exitosas en el nivel de los actos del habla. Ello suele indicar que el paciente intenta restablecer ante el terapeuta, de manera resistencial, un sistema defensivo patógeno que en su vida cotidiana ha fracasado (Maldavsky et al., 2006). También puede ocurrir que una defensa funcional, exitosa en el nivel del relato, se vuelve patógena en el nivel de los actos del habla, lo cual indica una mayor perturbación psíquica del paciente durante la sesión. Existen, por supuesto, otras alternativas derivadas de los cambios en los estados de una misma defensa. 3) A veces las discordancias entre los resultados de ambos estudios (escenas centrales relatadas y escenas desplegadas) abarca no solo el estado de una defensa sino a la defensa misma, que puede ser patógena en el nivel de los relatos centrales, y funcional en el nivel de los actos del habla. Ello indica que el paciente está realizando una evolución clínica positiva durante las sesiones. Por supuesto, puede ocurrir la inversa, por ejemplo que un mismo deseo se combine con la desmentida en el nivel de los relatos centrales y

con la desestimación de la realidad y la instancia paterna en el nivel de los actos del habla, hecho que indicaría que el paciente ha tenido un agravamiento clínico durante la sesión (Maldavsky et al., 2006). 4) Otro tipo de discordancia entre los resultados de los estudios de los deseos y las defensas y su estado en uno y otro nivel de análisis (escenas centrales relatadas y desplegadas, respectivamente) tiene un carácter algo más complejo. En este caso las diferencias abarcan no solo al estado de la defensa o a la defensa misma, sino también al deseo. Cuando ocurre que los resultados de los estudios de los deseos y defensas (y su estado) que corresponden a los núcleos más problemáticos de un paciente en el nivel de los relatos centrales no coinciden con los resultados de los estudios de los deseos y las defensas (y su estado) en el nivel de las escenas desplegadas, es necesario encontrar un camino para volver congruentes ambos estudios. Este camino suele consistir en hallar, entre los relatos del paciente, algunos otros episodios, que no son los centrales y cuyo estudio arroje resultados que coincidan con los resultados del estudio de las escenas desplegadas (Maldavsky et al., 2006). A veces es posible concluir, entonces, que las escenas desplegadas por el paciente tienen rasgos en común (en cuanto a deseo, defensa y estado) con algún episodio lateral que el paciente ha relatado. Un panorama de estas cuatro alternativas puede apreciarse en la Tabla I.

**Tabla I. Combinaciones entre los resultados de los análisis de los relatos y los actos del habla**

	<b>Deseo</b>	<b>Defensa</b>	<b>Estado</b>	<b>Inferencia</b>
I	Coincidencia	Coincidencia	Coincidencia	Repetición de la misma escena en actos del habla y en relatos centrales
II	Coincidencia Relatos centrales- escenas desplegadas	Coincidencia	Divergencia	El paciente tiene una variación en sesión respecto del equilibrio narcisista (patológico o funcional) fuera de sesión
III	Coincidencia Relatos centrales- escenas desplegadas	Divergencia	Coincidencia	El paciente ha logrado un cambio positivo o un cambio negativo en sesión
IV	Divergencia Relatos centrales- escenas desplegadas	Coincidencia	Coincidencia	El paciente despliega en sesión una escena con el mismo deseo que el de relato lateral

Además de que estos estudios de las coincidencias y divergencias entre los resultados de los análisis es un aporte a los estudios de validez y de confiabilidad, otra de las utilidades de la detección de coincidencias entre estos resultados reside en que es posible atribuir a las escenas desplegadas en sesión el mismo valor que poseen los relatos con los que tienen coincidencias. A todas estas comparaciones entre los resultados de los estudios de los relatos y las escenas desplegadas por el paciente puede agregarse el estudio de las escenas desplegadas por el terapeuta en la sesión, así como el estudio de la escena construida entre este y el paciente.

En consecuencia, la comparación entre los resultados de los estudios de los deseos y las defensas y su estado en las escenas relatadas y en las desplegadas puede contribuir a arrojar mayor claridad a los procesos psíquicos de un paciente en la sesión y a los intercambios entre paciente y terapeuta y por lo tanto puede culminar en una inferencia acerca de la alianza terapéutica y su perturbación en las sesiones.

## II. Método

### II.1. Muestra: síntesis de una sesión desgrabada

Marisa (18 años) es una paciente que se atiende en el servicio de adolescencia, en consultorios externos de un hospital público. Consulta por cortes auto-infligidos en la piel. La terapeuta manifiesta tener una orientación psicoanalítica. En los casos que se le asignaban procura tratar los problemas clínicos que el paciente en cuestión presenta.

La paciente comienza la sesión diciendo que ese día fue el primero que se sintió bien, aunque se había despertado más o menos. Relata que su novio (Tomás) había estado de viaje y el día que volvió se fue a un recital, ella pensó que al otro día sí iría a verla a la tarde pero solo fue a la noche. Marisa empezó a pensar que no la quería ver y cuando apareció Tomás ella lo notaba raro, estaba empezando con la crisis, y entonces intentó distraerse aunque no lo pudo sostener por mucho tiempo. La terapeuta pregunta cómo es eso de la crisis y Marisa explica que se pone nerviosa, quiere llorar, no sabe a dónde irse y que no quería que le pasara justo en ese momento, ya que hacía mucho tiempo que no veía a su novio. Entonces agrega que le contó a Tomás que había intentado cortarse con una Gillette y este comenzó a retarla. Marisa le manifestó su disgusto con esta respuesta, porque ella pensaba que no le correspondía a él hacer eso (era más una tarea de su psicólogo o sus padres) sino que esperaba que él la consolara y que no se hablara de ese tema. La terapeuta señala que el tema lo había mencionado ella y la paciente dice que no, que ella se lo había contado por chat cuando él estaba de viaje; Tomás le recriminó que se lo había dicho cuando estaba lejos y no podía ayudarla y ella respondió que no podía ocultarle nada. Agrega que su novio le dijo que lo de la Gillette lo hacía para mostrarle a su madre que ella era una nena buena, ella rechaza lo que él opina y dice que ese día se hubiera matado. La terapeuta señala que más que un reencuentro fue un desencuentro y Marisa dice que

ella esperaba que cuando llegara la abrazara y besara, que de hecho lo hizo, pero no le gustó que Tomás dijera que por su actitud parecía que no se habían visto por años. Eso le dio bronca y empezó a sentir que no lo soportaba más y que quería que se fuera. La terapeuta le preguntó por qué debía soportarlo y ella respondió que porque pensó que era ella la que estaba mal. La terapeuta señala entonces que ella puede estar mal pero también puede enojarse con Tomás y puede extrañarlo. Marisa dice que suele “comerse” el enojo y que, además, su novio luego le dijo que también la había extrañado y que, aunque le pareció contradictorio, empezó a sentirse bien y disfrutar de estar con él. Agrega que estuvo todo el sábado llorando y el domingo se sintió mejor, más tranquila, comió sola pero pasó la tarde con su hermana. Estuvo tan tranquila que aunque Tomás tardó en llegar más de lo común ella no se preocupó y estuvo bien con él. La paciente no recuerda lo acontecido el viernes, y la terapeuta le dice que estuvo con ella y luego comienza a relatar sobre ese día. Cuenta que al volver a su casa se empezó a entristecer. Comenzó a llorar, a gritar y a rasguñarse. Primero llegó su padre y luego su hermana y su madre. Ante la pregunta de la terapeuta cuenta que tuvo que pedirle a su padre que le agarre las manos y que este le estaba contando que había visto una bruja y le había llevado ropa suya. La bruja le había dicho que una amiga suya y la mamá le habían hecho un mal, y que ella había absorbido la enfermedad de su ex novio. Este comentario del padre le causó gracia pero a la vez la hizo poner peor. Comenzó a llorar y a rasguñarse los brazos, a sentirse mareada y a pedir a su padre que le sujetase las manos. Entonces llegó su madre, echó a su padre (diciendo que siempre que le hablaba ella se ponía peor) y le propuso llevarla a la guardia de un hospital pero Marisa se negó. Luego volvió su hermana del colegio y se acostó en la cama con ella; Marisa le pidió que la ayudase y su hermana la abrazó y le preguntó por qué estaba tan mal, pero ella no le pudo contar porque su padre le había pedido que no hablara con nadie sobre ese tema. La terapeuta señala que hay muchas que no puede decir, y retoma el tema del enojo con su novio. Marisa responde que siempre termina echándose la culpa y que le cuesta decir las cosas. La terapeuta agrega que siempre se guarda cosas y que eso es lo que la termina dañando. La paciente dice que no se puede defender y, ante la pregunta de la terapeuta, dice que cuando Tomás la estaba retando ella sentía que la atacaba, y entonces se alejaba pero sin poder decirle que estaba enojada, y hacía como si no pasara nada. La terapeuta dramatiza la manera en que Marisa podría decirle a Tomás que algunas cosas que hace la enojan y señala que de hecho él sí pudo decirle que le había molestado que le cuente lo de la Gillette cuando él estaba lejos y no podía ayudarla. La paciente entonces explica, mediante dramatizaciones, que se lo contó porque le hace bien hablar con él y porque confía en él, ya que es parte de su vida; agrega que es como un psicólogo para ella y que prefiere contarle a él más que a su madre. La terapeuta señala que son tres lugares diferentes, el del psicólogo, el del novio, el de la madre, y la paciente dice que él la hace sentir bien, pero que ese día la estaba molestando y solo se lo podía manifestar con sus caras. Entonces la terapeuta señala que con su enojo no va a matar al novio y que a veces puede decir “basta”. Marisa agrega que logró decirle a Tomás que parecía su papá y

que no le gustaba cómo le estaba hablando, y luego propone que se cambie de tema. La terapeuta pregunta luego a qué se refería Marisa cuando dijo que ese día se había levantado más o menos, y la paciente responde que suele sentir algo en el pecho, como miedo, que le dice si va a estar bien o mal. Ese día sintió que iba a estar mal y entonces se puso a programar sus actividades, para evitar el estado que podía tener. Siente que cada vez logra controlarlo más y tiene esperanzas de mejorar. La terapeuta valida ese sentimiento y propone dar por terminada la sesión. Por su parte, Marisa continúa con un nuevo relato: aunque le dio vergüenza, ese mismo día de la sesión le comentó a su psiquiatra el tema de que de noche veía gente deambulando por su cuarto, y que estaba segura que el psiquiatra iba a tomar este relato como alucinaciones y le iba a dar una pastilla más. De hecho el psiquiatra le dio una pastilla, pero para dormir. La terapeuta le dice que ahora entiende lo que le había pasado a la mañana: ella debía de estar angustiada porque dudaba entre contarle y no contarle al psiquiatra este episodio. Coordinan la próxima entrevista y finaliza la sesión.

## *II.2. Instrumentos*

### *II.2.1. Conceptos*

Los principales conceptos psicoanalíticos que hacen de fundamento del ADL son deseo y defensa (y su estado). Respecto del deseo, cabe señalar que Freud (1915c) prestó fundamental atención a este estímulo interno, derivado de la pulsión, como motor básico de los diferentes procesos psíquicos. Como estos deseos son a su vez derivaciones de las pulsiones, sobre todo las libidinales, los deseos pueden categorizarse tomando en cuenta las correspondientes mociones eróticas. Estas pueden consistir a alguna de estas siete alternativas: 1) libido intrasomática (LI), 2) oral primaria (O1), 3) sádico-oral secundaria (O2), 4) sádico-anal primaria (A1), 5) sádico-anal secundaria (A2), 6) fálico-uretral (FU) y 7) fálico-genital (FG). Respecto de las defensas, cabe señalar que Freud (1915c) sostuvo que pueden ser consideradas como destinos o vicisitudes de las pulsiones (y consiguientemente de los deseos) en la vida psíquica. Estos destinos o vicisitudes son modos de procesamiento desarrollados por el yo para encarar los conflictos que participan los deseos, sea al contraponerse a la realidad, sea al contraponerse al superyó. Estos modos de procesamiento yoico pueden ser funcionales o patógenos. Algunas de estas defensas son centrales, en el sentido de resultar definitorias de las bases de una organización psíquica. Otras defensas son complementarias, en el sentido de contribuir al trabajo de la defensa central a la cual le imprime un sello más específico. Además, las defensas (tanto funcionales como patógenas) pueden terciar en el conflicto psíquico al colocarse o bien del lado del deseo contra la realidad y el superyó, o bien del lado del superyó y la realidad contra el deseo, o bien en una transacción en que los diferentes sectores en pugna encuentran una conciliación menos drástica. En consecuencia, las defensas pueden categorizarse tomando en cuenta diferentes parámetros. Uno de ellos implica diferenciar entre defensas funcionales y patógenas. Las defensas son tanto más patógenas cuanto mayor es el costo psíquico del yo para mantenerlas, en el sentido de conducir a estados de

creciente indiferenciación y descomplejización. Un segundo parámetro consiste en diferenciar mecanismos centrales y mecanismos complementarios. Un tercer parámetro consiste en diferenciar defensas opuestas al deseo, defensas opuestas a la realidad y el superyó y defensas que concilian los sectores en pugna.

Entre las defensas centrales, es posible diferenciar entre las funcionales (que implican grados menores o mayores de conciliación entre los sectores en pugna) y las defensas patógenas (que implican soluciones más drásticas entre los sectores en pugna). Entre las defensas funcionales, por orden decreciente en cuanto al grado de conciliación entre los sectores en pugna, es posible distinguir tres alternativas centrales: 1) acorde a fines, 2) creatividad, 3) sublimación. Entre las defensas patógenas, por orden decreciente en cuanto al grado de conciliación de los sectores en pugna, es posible distinguir cinco alternativas centrales: 1) represión, 2) represión con rasgos caracterológicos, 3) desmentida, 4) desestimación de la realidad y la instancia paterna, 5) desestimación del afecto. Las defensas centrales pueden diferenciarse por aquello que el yo pretende desalojar y por aquello a lo cual el yo recurre para colocar en lugar de lo rechazado.

Respecto del estado de la defensa, cabe destacar que Freud (1915c) sostuvo que las manifestaciones clínicas por las cuales un paciente padece derivan del fracaso de la defensa, y no del momento en que esta tiene éxito. Las defensas tienen dos funciones: 1) mantener el equilibrio narcisista, el sentimiento de sí, 2) rechazar algo conflictivo fuera del yo. El éxito del rechazo es condición para mantener el equilibrio narcisista, que es el objetivo básico. Si una defensa es exitosa, el yo ha logrado rechazar algo conflictivo y mantiene el sentimiento de sí. Si la defensa fracasa, ese algo conflictivo retorna al yo y emerge la angustia. Pero también puede ocurrir un desenlace mixto, en el cual no retorna lo conflictivo pero el yo no mantiene el sentimiento de sí, sino una condición más bien neutra. Por lo tanto, es posible categorizar el estado de la defensa como: 1) exitoso, 2) fracasado, 3) mixto.

II.2.2. Instrumentos para la investigación de los deseos y las defensas en los relatos  
Instrumentos para el estudio de los deseos en los relatos. La grilla que permite investigar las secuencias narrativas tiene doble entrada. Parte del supuesto de que en un relato ideal es posible diferenciar cinco momentos. Entre ellos, dos son estados (inicial y final) y tres son transformaciones (despertar del deseo, tentativa de consumarlo, consecuencias de ello). Este relato ideal no necesariamente se presenta en las manifestaciones de manera completa, sino más bien fragmentada, ya que puede aparecer solo el estado inicial, o el momento del surgimiento del deseo combinado con la tentativa de consumación. Sea como fuere, resulta posible proponer una grilla de doble entrada, en que por un lado se consigna el deseo específico y por el otro los cinco momentos antes mencionados (estado inicial, despertar del deseo, tentativa de consumarlo, consecuencias de dicha tentativa, estado final). Los casilleros correspondientes a cada



momento de las narraciones y a cada deseo contienen los rasgos específicos inherentes a los relatos (Tabla II).

**Tabla II: Deseos y relatos**

DESEO ESCENA	FÁLICO GENTAL	FÁLICO URETRAL	SÁDICO ANAL SECUNDARIO	SÁDICO ANAL PRIMARIO	SÁDICO ORAL SECUNDARIO	ORAL PRIMARIO	LIBIDO INTRA-SOMÁTICA
Estado inicial	Armonía estética	Rutina	Orden jerárquico	Equilibrio jurídico Natural	Paraíso	Paz cognitiva	Equilibrio de tensiones
Primera transformación: despertar del deseo	Deseo de completad estética	Deseo ambicioso	Deseo de dominar a un objeto en el marco de un juramento público	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	Expulsión del Paraíso Perdón y reconocimiento amoroso	Reconocimiento de la genialidad Pérdida de lucidez 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	Valle de lágrimas Recuperación del Paraíso	Goce en la revelación Pérdida de la esencia	Equilibrio de tensiones sin pérdida de energía Tensión o astenia Duradera

Instrumentos para la investigación de la defensa en los relatos. La investigación de la defensa parte de la detección del deseo dominante en un relato. Una vez alcanzada la decisión respecto del deseo dominante en cada relato, es conveniente dar pasos sucesivos consistentes en responder a determinados interrogantes, que se presentan como dos alternativas opuestas entre las cuales el investigador debe decidir. Ya mencionamos que cada deseo se combina solo con un grupo restringido de mecanismos, entre los cuales algunos son de la gama de la defensa acorde a fines, la creatividad y la sublimación y otras son de la gama de la represión, la represión + rasgos caracterológicos, la desmentida y la desestimación. Presentamos a continuación esta combinación entre deseos y defensas

específicas en un cuadro de conjunto (Tabla III), y luego exponemos los pasos para la detección de la defensa (Tablas IV y V).

**Tabla III: Combinaciones entre deseos y defensas**

Deseos	Defensas	Estado
LI	Desestimación del afecto	Exitoso
O1 O2 A1	Desmentida	
	Desestimación de la realidad y la instancia paterna	
A2 FU FG	Represión más rasgos caracterológicos Represión	Fracasado
LI O1 O2 A1 A2 FU FG	Acorde a fines	Exitoso/Fracasado
	Creatividad	
	Sublimación	

**Tabla IV: Pasos para el análisis de las defensas ante el deseo**

Problema	Procedimiento
1. Decidir si predomina la represión, la creatividad, la sublimación.	Detectar si el deseo es A2, FU o FG.
2. Decidir si la defensa es o bien la represión o bien la creatividad o la sublimación.	Detectar si el deseo es o no armónico con el contexto en que se despliega la acción relatada.
3. Decidir si la represión es funcional o patógena.	Detectar si se da o no una hipertrofia de un deseo respecto de los restantes.
4. Decidir si la represión patógena es exitosa o ha fracasado.	Detectar si el relator se ubica o bien como sujeto que logra consumir un propósito o bien como sujeto de un deseo frenado o como rival derrotado.
5. Decidir si existen o no desmentidas secundarias a la represión.	Detectar si el relator consume un deseo a costa del resto o es usado para que otro lo haga, sin obtener a cambio reconocimiento alguno.
6. Decidir si esta desmentida secundaria es exitosa o no.	Detectar si o bien el relator ha consumado su deseo a costa de otros o bien otro ha consumado su deseo a costa del narrador.

**Tabla V: Pasos para el análisis de las defensas ante la realidad y la instancia paterna**

Problema	Procedimiento
1. Decidir si predominan las defensas ante la realidad y los juicios.	Detectar si el deseo es LI, O1, O2 o A1.
2. Decidir si la defensa es: o bien la desmentida o la desestimación, o bien la creatividad o la sublimación.	Detectar si el deseo es o no armónico con el contexto en el que se despliega la acción relatada.
3. Decidir si la defensa (desmentida, desestimación) es funcional o patógena.	a) Si LI, O1, O2 o A1 están al servicio de A2, FU o FG, y en estos últimos opera una defensa funcional, la defensa es funcional. b) Si LI, O1, O2 o A1 están al servicio de A2, FU o FG, y en estos últimos opera una defensa patógena, la <i>defensa es patógena</i> . c) Si A2, FU o FG quedan subordinados y doblegados al servicio de LI, O1, O2 o A1, la defensa es patógena.
4. Decidir si la defensa patógena es la desmentida o la desestimación.	Detectar de dónde extrae el paciente su ilusión de omnipotencia o el carácter omnipotente de aquel que lo toma como objeto o instrumento.
5. Decidir si la defensa patógena es exitosa, fracasada, o ambas cosas.	Detectar la posición en que se ubica el relator y la prevalencia de acciones o de estados.

Como se advierte, los instrumentos del análisis de las defensas consisten en una combinación de grillas clasificatorias y grillas que contienen instrucciones.

### II.2.3. Instrumentos para el estudio de los actos del habla

El estudio de los deseos y las defensas en los relatos del paciente hace posible investigar con el ADL la vida psíquica del paciente fuera de las sesiones, pero el método permite también estudiar los procesos psíquicos y vinculares desarrollados durante la sesión misma. Para ello el ADL cuenta con diferentes instrumentos para investigar los actos del habla de los interlocutores. El estudio de los actos del habla durante la sesión puede atenerse a diferentes criterios y recurrir a diferentes instrumentos del método. Uno de los criterios consiste en fragmentar el discurso del hablante en unidades de análisis mínimas, consistentes en vocalizaciones (Maldavsky et al., 2010), y en detectar el deseo en cada vocalización (Tabla VI).

**Tabla VI: Deseos y actos del habla**

LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
Estado de cosas	Deducción abstracta	Lamentos	Ofensa, blasfemia o imprecación	Proverbios, sentencias y máximas	Refranes	Alabanza
Referencias a estados y procesos corporales	Pensamiento místico o metafísico	Reproches y autorreproches	Maldición	Invocaciones ritualizadas y religiosas	Premoniciones	Felicitaciones
Banalidad	Paradoja lógica	Condoléncia y pésame	Detracción o difamación	Citas	Consejos	Celebración
Onomatopéyas de sonidos de objetos inanimados	Metalinguaje	Pedidos de disculpa y perdón	Amenazas	Referencia a un saber consensual	Advertencias	Dedicatoria
Adulación	Ambigüedad y falta de definición	Ruego e Imploración	Incitación	Imperativos condicionales	Preguntas o afirmaciones referidas a la orientación temporoespacial	Agradecimiento
Forzamiento en el discurso del otro	Vocalización en clave	Exigencia	Burla triunfalista	Contratos	Vocalizaciones de desorientación	Promesa
Cuentas	Negación que crea una contradicción lógica ante la afirmación ajena	Demanda de amor, reconocimiento y aprobación	Exhibición de poder	Órdenes e indicaciones acordes con la ley	Recuperación o mantenimiento de la orientación	Juramento privado
Catarsis	Referencias a estados corporales perturbados	Manipulación afectiva	Rendirse o declararse por vencido	Juramento público e imposición de obligaciones	Interrupciones del discurso ajeno o el propio	Brindis

LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
Ecolalia		Sentimiento de la inutilidad propia o ajena	Interrupción intrusiva	Críticas valorativas acordes con la moral, la limpieza, la cultura y el orden	Acompañamiento del discurso ajeno	convocatoria al oyente
		Sometimiento apaciguador	Tergiversación	Justificación de acciones, palabras e ideas	Saludos y otras formas de contacto	Invitación
		Comprensión empática	Provocaciones	Deducción, conjetura o inferencia concreta	Acercamiento y alejamiento cautelosos	Manifestar un deseo
		Exaltación del sacrificio	Órdenes abusivas de hacer algo contrario con la ley o los preceptos morales	Generalización concreta	Acercamiento excesivo	Exageración y énfasis
		Referencia a estados afectivos	Denuncias y acusaciones	Anticipación de hechos concretos Pueden ser propios o ajenos	Vocalizaciones de desconfianza	Dramatización
		Referencia al estado climático, el paso del tiempo o los objetos	Delaciones	Enlace causal	Muletillas	Ejemplos
		Referencias a estar realizando una acción	Confesión de acciones contrarias con la ley o los preceptos morales	Clasificación	Apócopes	Onomatopeya de sonidos de objetos animados

LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
		Quejas	Justificación de transgresiones de la ley	Definición	Vocalizaciones en suspenso	Interjección
				Control del recuerdo, el pensamiento y/o la atención propios y/o ajenos	Minimizadores	Redundancia sintáctica
				Información de hechos concretos	Chismes y rumores	Juegos de palabras y chistes
				Descripción de situaciones concretas	Evitación	Completamiento de la vocalización ajena
				Preguntas y otras formas de solicitar información	Expresión de potencia-impotencia	Comparación entre cualidades
				Preguntas tendientes a establecer las causas	Desafío competitivo	Comparación metafórica
				Contraste entre las creencias y los hechos	Referencias a acciones rutinarias	Relación causal en que el factor determinante es la intensidad de una cualidad
				Pedido de permiso	Referencias a la casualidad o la suerte	Ecuación entre las cantidades de las cualidades

LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
				Consultas	Pedido de ayuda	Vocalizaciones de rareza o incredulidad
				Argumento distributivo		Pregunta por la forma
				Ordenamiento		Referencia a estados corporales desagradables
				Presentación de alternativas		Referencia a una realidad desagradable
				Aclaración		Devaneo embellecedor
				Rectificación sintáctica		Exclamaciones
				Abreviaturas y siglas		Mostración
				Duda		Repetición de la vocalización ajena
				Objeciones		
				Vocalizaciones opositivas o negaciones de una exageración		
				Comparación entre rasgos objetivos o jerárquicos		

LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
				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		
				Puntualizaciones y señalamientos		
				Síntesis		
				Introducción o cierre de un tema		
				Detallar		
				Autocrítica		
				Toma de decisión		

La grilla tuvo diferentes versiones (sobre todo Maldavsky, 2003 y Maldavsky et al., 2005). Es conveniente aclarar el valor de algunos de las denominaciones que hemos dado a los actos del habla, en particular los correspondientes a A2 y FG. Las dramatizaciones, correspondientes a FG, consisten en supuestas referencias textuales a los dichos del propio o de otro hablante, y suelen figurar entre comillas. Las exageraciones suelen expresarse con términos aumentativos. En cuanto a los actos del habla A2, la



información de hechos concretos suele consistir en relatos o descripciones de acciones realizadas o recibidas por el hablante. Los argumentos distributivos consisten en expresiones en que el hablante ordena la exposición de varias situaciones, acciones o estados simultáneos, como “por un lado”, “por otro lado”, etc.

Cabe destacar que hemos propuesto un índice de ponderación o calibración de los resultados que adjudica mayor valor a los elementos de una columna con menos elementos y menor valor a aquella en que dichos elementos son más numerosos. Tal propuesta es válida para la aplicación de la grilla en su versión más detallada. He aquí nuestra nueva propuesta de ponderación para el análisis de los actos del habla (Tabla VII).

**Tabla VII: Ponderación de los actos del habla para cada deseo**

		<b>Calib.</b>
LI	9	4,78
O1	8	5,37
O2	16	2,69
A1	16	2,69
A2	43	1
FU	24	1,79
FG	31	1,39

Además, el ADL propone una categorización de las intervenciones del terapeuta desde la perspectiva de la función. Con este criterio, el ADL distingue entre tres funciones de las intervenciones clínicas: 1) intervenciones introductorias (saludos, recabar información), 2) intervenciones centrales (sobre todo de dos tipos: las que apuntan a lograr la sintonía con los estados corporales o afectivos del paciente y las que apuntan a establecer nexos causales, de semejanza, etc., entre aspectos que el paciente presenta en sus manifestaciones), y 3) intervenciones complementarias (ejemplificaciones, síntesis, aclaraciones).

### *II.3. Procedimientos*

En primer lugar se estudiaron los relatos de la paciente para detectar los deseos y las defensas y su estado en las secuencias narrativas, así como los problemas extra-transfereenciales que requieren un enfoque prioritario durante las sesiones. En segundo lugar se estudiaron estos mismos conceptos (los deseos y las defensas y su estado) en los actos del habla de paciente y terapeuta para intentar inferir qué escena despliega cada una en la sesión y qué escena construyen entre ambas. En tercer lugar se compararon los resultados de una y otra investigación para establecer la congruencia entre ambos y realizar inferencias respecto de la alianza entre paciente y terapeuta.

### III. Análisis de los relatos de Marisa

#### III.1. Objetivos, procedimientos, equipo

Nos propusimos exponer un estudio de los deseos y las defensas y su estado en los relatos de Marisa con el ADL. El procedimiento consistió en: 1) establecer las secuencias narrativas a partir de la sesión desgrabada de Marisa con su terapeuta, 2) ordenar dichas secuencias con un criterio cronológico-causal, 3) clasificarlas temáticamente, 4) analizar los deseos, las defensas y su estado en cada una, 5) determinar cuál es el deseo, la defensa y su estado dominantes en cada uno de los temas que la paciente expone, 6) decidir cuáles son los temas de la vida extratransferencial que resultan prioritarios durante la sesión.

Un equipo compuesto por dos evaluadoras (con una formación intermedia en el empleo de los instrumentos del ADL) y un coordinador (con una formación extensa en el empleo de dichas herramientas) se dedicó a establecer el conjunto de secuencias narrativas para luego realizar el análisis de los deseos, las defensas y su estado. Cada evaluadora realizaba primero su propuesta independiente, en segundo lugar recibía el estudio efectuado por la otra evaluadora y realizaba las modificaciones en su estudio que considerara conveniente y por fin ambas intercambiaban sobre los puntos en que hubiera diferencias. El coordinador solo intervino ocasionalmente para proponer rectificaciones en cuanto al armado de las secuencias narrativas y en cuanto a la interpretación de dichas secuencias. En cuanto al establecimiento de las secuencias narrativas, hubo un acuerdo total en las 28 unidades de análisis (100% de acuerdo). En cuanto al análisis de los deseos, de las defensas y de su estado, para todos los casos, el valor de Kappa es 1.00.

#### III.2. Análisis

##### III.2.1. Fragmentación en unidades de análisis

I. 1. El novio viajó al exterior 2. Él le preguntó por <i>chat</i> cómo estaba 3. Ella le contó que se sintió mal y quiso cortarse	XV. 1. Lo notaba raro 2. Comenzó a sentir angustia 3. Trató de distraerse
II. 1. El viernes salió contenta de la sesión 2. Se quedó dormida en el colectivo 3. Se despertó y se empezó a bajonear	XVI. 1. Ella no lo soportaba 2. Quería que se fuera 3. No le pudo decir nada
III. 1. Llegó a la casa sintiéndose mal 2. Comió, durmió, se bañó para animarse 3. Se tiró en la cama y fue peor	XVII. 1. No quería ponerse mal 2. Él empezó a hablar del intento de corte en su ausencia 3. Ella le pidió perdón

<p>IV.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Irrumpiendo su padre le contó que una bruja dijo que le hicieron un daño</li> <li>2. Pidió que no se lo cuente a nadie</li> <li>3. Ella no tenía idea de lo que él estaba hablando</li> </ol>	<p>XVIII.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Él empezó a retarla</li> <li>2. Ella sintió que la estaba atacando</li> <li>3. No le gustó que la retara así</li> </ol>
<p>V.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aunque le causó gracia, luego recordó y se puso peor</li> <li>2. Se le llenaron los ojos de lágrimas,</li> <li>3. Sintió deseos de rasguñarse</li> </ol>	<p>XIX.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Él le dijo que lo hizo para mostrarse frente a su madre como una nena</li> <li>2. Ella objetó sus dichos</li> </ol>
<p>VI.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le dijo “basta”</li> <li>2. Le pidió que le agarre las manos</li> <li>3. Comenzó a respirar profundo y exhalar</li> </ol>	<p>XX.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le contó al novio que ese día quiso matarse</li> <li>2. Él no la entendía y siguió enojado</li> <li>3. Ella puso fin a la conversación</li> </ol>
<p>VII.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Empezó a marearse</li> <li>2. Lo miró a los ojos y vio a un nene</li> <li>3. Su deseo de rasguñarse se acrecentó</li> </ol>	<p>XXI.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Marisa cambió la cara</li> <li>2. Él le preguntó si se había enojado</li> <li>3. Ella le dijo que no, que estaba todo bien</li> </ol>
<p>VIII.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Llegó su madre y echó al papá</li> <li>2. Vino su hermana del colegio</li> <li>3. Marisa le pidió ayuda</li> </ol>	<p>XXII.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se sentía nerviosa</li> <li>2. No le podía decir que se vaya</li> <li>3. Se lo comió</li> </ol>
<p>IX.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La hermana no entendía que le pasaba y le preguntó</li> <li>2. Ella sabía que era por los dichos de su padre</li> <li>3. Siguiendo la orden paterna de guardar el secreto, no le contó</li> </ol>	<p>XXIII.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Él le dijo que la extrañó un montón</li> <li>2. Ella interpretó que contradecía la actitud de su llegada</li> <li>3. Volvió a hacerse la cabeza y se angustió</li> </ol>
<p>X.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se resistía a ser llevada a la guardia</li> <li>2. Su mamá no se daba cuenta que se estaba lastimando</li> <li>3. Gritaba del dolor, se retorció y rasguñaba</li> </ol>	<p>XXIV.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Después la pasó bien,</li> <li>2. Se cagarón de risa</li> </ol>
<p>XI.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ella siguió dañándose hasta que se dieron cuenta</li> <li>2. Le agarraron las manos</li> <li>3. Se sintió culpable de lo ocurrido</li> </ol>	<p>XXV.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El domingo se levantó al mediodía</li> <li>2. Estuvo tranquila, callada, introvertida todo el día</li> <li>3. Lloró un montón</li> </ol>

<p>XII.                  1. Ese día viernes llegó el novio del exterior                  2. Se fue a la noche a un recital                  3. Pensó que la visitaría el sábado a la tarde</p>	<p>XXVI.                  1. El lunes se levantó más o menos                  2. Tenía miedo a cómo iba a pasar el resto del día                  3. Decidió entretenerse para no sentirse peor</p>
<p>XIII.                  1. El novio fue el sábado a la noche                  2. Ella pensó que no la quería ver                  3. Empezó a hacerse la cabeza</p>	<p>XXVII.                  1. Le contó al psiquiatra que veía personas deambulando por la casa                  2. A ella le dio vergüenza pero igual se lo dijo</p>
<p>XIV.                  1. Él le dijo al saludarla que tenía cara de haberlo extrañado demasiado                  2. Ella empezó con bronca</p>	<p>XXVIII.                  1. Temía ser tomada por loca y que la medicaran por estar alucinando y delirando                  2. El psiquiatra le agregó solo una pastilla para dormir,                  3. Ella se tranquilizó</p>

### III.2.2. Resultados

Una visión de conjunto de los resultados puede apreciarse en la Tabla VIII.

**Tabla VIII: Panorama de los deseos, defensas y su estado en los relatos de Marisa**

Nº	Deseo	Defensa	Estado
I	LI	Desestimación del afecto	Mixta
II	LI	Desestimación del afecto	Fracasada
III	LI	Desestimación del afecto	Fracasada
IV	O1	Desmentida	Fracasada
V	LI	Desestimación del afecto	Fracasada
VI	LI	Desestimación del afecto	Mixta
VII	LI	Desestimación del afecto	Fracasada
VIII	LI	Acorde a fines	Exitosa
IX	A1	Desmentida	Fracasada
X	LI	Desestimación del afecto	Exitosa
XI	O2	Desmentida	Fracasada
XII	O1	Desmentida	Exitosa
XIII	O1	Desmentida	Mixta
XIV	O2	Desmentida	Fracasada
XV	FU	Represión + rasgos caracterológicos	Mixta
XVI	FU	Represión + rasgos caracterológicos	Fracasada
XVII	O2	Desmentida	Fracasada
XVIII	FG	Represión + rasgos caracterológicos	Fracasada

N°	Deseo	Defensa	Estado
XIX	A2	Represión + rasgos caracterológicos	Exitosa
XX	A2	Acorde a fines	Exitosa
XXI	O1	Desmentida	Exitosa
XXII	A1	Desmentida	Fracasada
XXIII	O1	Desmentida	Fracasada
XXIV	A1	Desmentida	Exitosa
XXV	LI	Desestimación del afecto	Fracasada
XXVI	FU	Represión + rasgos caracterológicos	Mixta
XXVII	A2	Acorde a fines	Exitosa
XXVIII	LI	Acorde a fines	Exitosa

Deseo	Porcentaje
LI	35,7
O1	17,8
O2	10,7
A1	10,7
A2	10,7
FU	10,7
FG	3,5

Defensa	Porcentaje Total	Estado exitoso	Estado fracasado	Estado mixto
Desestimación del afecto	28,5	12,5	62,5	25
Desmentida	39,2	27,2	63,6	9
Represión + rasgos caracterológicos	17,8	20	40	40
Acorde a fines	14,2	100		

*III.3. Comentarios*

La paciente desarrolló 28 secuencias narrativas, las cuales corresponden básicamente a siete temas: 1) relación con el novio, 2) relación con el propio cuerpo, 3) relación con el padre, 4) relación con la hermana, 5) relación con la familia, 6) relación con el tiempo libre, 7) relación con el psiquiatra. La Tabla IX, que muestra la distribución de secuencias narrativas por tema, pone en evidencia que el 50% de dichas secuencias narrativas corresponde al tema de la relación con el novio, y casi un 20% a la relación con el propio cuerpo.

**Tabla IX: Distribución de los relatos en temas**

Novio	Cuerpo	Padre	Hermana	Familia	Tiempo libre	Psiquiatra
I	II	IV	VIII	XI	XXV	XXVII

Novio	Cuerpo	Padre	Hermana	Familia	Tiempo libre	Psiquiatra
XII	III	VII	IX		XXVI	XXVIII
XIII	V					
XIV	VI					
XV	X					
XVI						
XVII						
XVIII						
XIX						
XX						
XXI						
XXII						
XXIII						
XXIV						

En cuanto a los deseos y las defensas dominantes (que se infieren por el cierre del relato con que termina cada tema), difieren según los temas que la paciente encara: 1) en la relación con el novio, predominaron A1 y la desmentida exitosa (secuencia narrativa XXIV), 2) en la relación con el padre, LI y la desestimación fracasada del afecto (secuencia narrativa VII), 3) en la relación con la hermana, A1 y la desmentida fracasada (secuencia narrativa IX), 4) en la relación con la familia, O2 y la desmentida fracasada, 5) en la relación con el psiquiatra, LI y la defensa acorde a fines exitosa (secuencia narrativa XXVIII), 6) en la relación con el propio cuerpo, LI y la desestimación exitosa del afecto (secuencia narrativa X), 7) en la relación con el tiempo libre, FU y represión + rasgos caracterológicos exitoso-fracasados (secuencia narrativa XXVI).

Solo en los temas relacionados con el vínculo con el padre, con la hermana y con la familia los desenlaces de cierre fueron disfóricos. Entre estos tres temas, la relación con la hermana y la relación con la familia parecían subordinadas a la relación con el padre. Además, los relatos que culminaron en los desenlaces disfóricos correspondientes a la relación con el padre abren el camino hacia la narración de anécdotas sobre la alteración del propio cuerpo, motivo este por el cual había ingresado en psicoterapia.

Como una secuencia narrativa subordinada, pero de cierta importancia, merece ser mencionada la correspondiente a los episodios que combinan A2 y la defensa exitosa acorde a fines, como ocurrió en la secuencia narrativa XX en relación con el novio y en la secuencia narrativa XXVII en relación con el psiquiatra.

#### **IV. Investigación de los deseos y las defensas en los actos del habla de la paciente y de la terapeuta**

##### *IV.1. Objetivo, procedimientos*

El objetivo de este segundo sector de la investigación consiste en realizar un estudio general de los deseos y las defensas de paciente y terapeuta en los actos del habla y

uno más específico de los deseos y las defensas en los tipos de actos del habla correspondientes a los dos resultados dominantes en cada interlocutora. Para cumplimentar estos objetivos daremos los siguientes pasos 1) fragmentar el discurso de ambas interlocutoras en actos del habla, 2) categorizar las vocalizaciones de cada hablante según el deseo dominante, 3) luego de obtenidos los resultados estadísticos, categorizar los tipos de actos del habla prevalentes en cada hablante en los *clusters* correspondientes a los dos deseos dominantes.

#### IV.2. Actos del habla de paciente y terapeuta

Un primer objetivo de nuestro trabajo consistió en concentrarnos en la detección de los deseos y las defensas (y su estado) en los actos del habla de paciente y terapeuta. De la paciente tomamos en cuenta el discurso a lo largo de toda la sesión, y de la terapeuta estudiamos sus intervenciones centrales.

El mismo equipo (dos evaluadoras entrenadas y un coordinador) que estudió los relatos de la paciente realizó la fragmentación del discurso de la paciente en actos de habla, la selección y la fragmentación de las intervenciones centrales de la terapeuta en actos del habla y el correspondiente análisis de los deseos y las defensas. Las dos evaluadoras fragmentaron y analizaron la muestra con independencia, luego recibieron cada una el trabajo efectuado por la otra y realizaron las rectificaciones que consideraran necesarias en su propio estudio, para finalmente intercambiar entre ambas. La Tabla X muestra el grado de concordancia entre las evaluadoras.

**Tabla X: Grado de concordancia de las evaluadoras en el análisis del deseo**

		S					Total LI
		LI	O2	A2	FU	FG	
D	LI	1	0	0	0	0	1
	O2	0	5	0	0	0	5
	A2	0	0	244	1	2	247
	FU	0	0	0	23	0	23
	FG	1	0	1	2	164	168
Total		2	5	245	26	166	444

**Kappa = ,971** (grado de acuerdo casi perfecto según la escala de valoración propuesta por Landis y Koch).

**Sig. < ,001**

Hubo acuerdo en 437 fragmentos sobre 444 (98,42%)

Una vez calibrados los resultados con el índice de ponderación de los actos del habla llegamos a la conclusión de que en la paciente predominaba FG (45,77%), mientras

que A2 ocupaba una segunda posición (41,95%). A su vez, en las intervenciones centrales de la terapeuta se daba la misma combinación en cuanto a los actos del habla prevalentes, es decir FG (46,02%) y A2 (41,03%).

Resulta notoria la similitud en cuanto a los porcentajes de los deseos en los actos del habla en el discurso de la paciente y en las intervenciones centrales de la terapeuta. En consecuencia, es posible dar un nuevo paso, e intentar hallar diferencias entre ambas tomando en cuenta los tipos específicos de actos del habla A2 y FG.

#### *IV.3. Tipos de actos del habla de los dos lenguajes dominantes en paciente y terapeuta*

Un segundo objetivo de nuestro trabajo consistió en detectar los deseos y las defensas (y su estado) en los tipos de actos del habla en los deseos dominantes en paciente y terapeuta (es decir, FG y A2). De la paciente tomamos en cuenta el discurso a lo largo de toda la sesión, y de la terapeuta estudiamos sus intervenciones centrales.

El equipo estuvo compuesto en esta oportunidad por cuatro evaluadoras entrenadas y un coordinador con amplia experiencia en el empleo del ADL. Cada evaluadora analizó la muestra separadamente, luego recibió los análisis realizados por las otras evaluadoras y realizó las rectificaciones que considerase pertinentes y por fin todas intercambiaron unas con otras. La confiabilidad inter-evaluadoras para el análisis de los actos del habla A2 fue desde un ,983 (entre los evaluadores 1 y 4) hasta un ,932 (entre los evaluadores 2 y 4) y para el análisis de los actos del habla FG fue desde un ,929 (entre los evaluadores 2 y 3) hasta un ,879 (entre los evaluadores 1 y 3).

El resultado de esta investigación estableció que en la paciente los actos del habla FG de la paciente se distribuían entre estos grupos (Tabla XI).

**Tabla XI: Distribución de los tipos de habla FG en la paciente**

	%
Dramatización	64,35
Manifestación de deseo	10,43
Exageración	6,95
Redundancia sintáctica	5,22
Énfasis	3,48
Convocatoria al interlocutor	3,48
Verbo gustar	1,74
Comparación	1,74
Frase de rareza	0,87
Ejemplificación	0,87
Intensificación de una cualidad	0,87
	100



En cuanto a los actos del habla A2 de la paciente, se distribuían así (Tabla XII).

**Tabla XII: Distribución de los actos del habla A2 en la paciente**

	%
Información de hechos concretos	26,67
Argumentos distributivos	20
Confirmación (o rectificación) de la opinión ajena o pedido de confirmación de la propia	12,38
Justificación de acciones, palabras e ideas	7,62
Objeciones	6,67
Aclaración	6,19
Duda	5,71
Deducción	2,86
Ordenamiento	2,38
Control del recuerdo, el pensamiento y/o la atención propios y/o ajenos	1,9
Corrección de las vocalizaciones propias o ajenas	1,43
Anticipación de hechos concretos	1,43
Presentación de alternativas	0,95
Comparación entre rasgos objetivos o jerárquicos	0,48
Cierre	0,48
Vocalizaciones opositivas	0,48
Descripción de situaciones concretas	0,48
Puntualizaciones y señalamientos	0,48
Enlace causal	0,48
Síntesis	0,48
Imperativos condicionales	0,48
	100

En cuanto a la terapeuta, he aquí el resultado del análisis de los deseos en los actos del habla correspondientes a las intervenciones centrales (Tabla XIII).

**Tabla XIII: Distribución de los actos del habla A2 y FG en la terapeuta**

Deseo	Acto del habla	%
A2	Definición	7,69
	Justificación	15,38
	Aclaración	30,77
	Generalización	15,38
	Imperativo condicional	7,69
	Enlace causal	23,08
	TOTAL	100
FG	Dramatización	100
	TOTAL	100

#### *IV.4. Comentarios sobre los deseos de paciente y terapeuta*

En la paciente el porcentaje de los tipos de actos del habla FG tiene una distribución notoriamente desproporcionada: la dramatización predomina de manera notable sobre el resto. En cambio, el porcentaje de los tipos de actos del habla A2 tiene una distribución más equilibrada, ya que, si bien predomina la información de hechos concretos, otros actos del habla tienen una presencia igualmente rica e insistente.

En cuanto a la terapeuta, es posible observar este mismo fenómeno: fuerte prevalencia de las dramatizaciones entre los actos del habla FG y una distribución porcentual más equilibrada de los actos del habla A2.

#### *IV.5. Defensas funcionales y patológicas en paciente y terapeuta*

Liberman (1970) propuso un criterio para decidir si en el habla de un paciente durante la sesión predominan las defensas funcionales o patógenas. Dicho criterio consiste en tomar en cuenta la hipertrofia de las expresiones de determinado deseo en relación con las expresiones de los deseos restantes. Esta propuesta general requiere que le agreguemos ciertas precisiones, ya que en ocasiones el énfasis de las expresiones de determinado deseo resultan acordes con el tema que el hablante desarrolla o con el contexto. Solo si se descarta que un énfasis en las expresiones de alguno de los deseos armonice con el tema o con el contexto es posible aceptar la propuesta de Liberman.

Habiendo descartado las dos alternativas ya mencionadas, es conveniente diferenciar entre dos tipos posibles de hipertrofia. Una alternativa consiste en que la hipertrofia se dé entre los actos del habla de diferentes deseos, como por ejemplo ocurriría si los actos del habla FG u O2 tuviesen un peso estadísticamente excesivo. Para decidir respecto de si se trata o no de un exceso, es conveniente tomar en cuenta la distribución de frecuencias en los estudios de los actos del habla de otros pacientes. Pero existe una segunda alternativa: que la hipertrofia se dé entre los tipos de actos del habla de un mismo deseo, como por ejemplo las objeciones en los actos del habla A2. Para decidir respecto de si se trata o no de un exceso de esta segunda clase es conveniente tomar en cuenta los resultados estadísticos de los estudios de los tipos de actos del habla correspondientes a un mismo deseo en el discurso del paciente. Este estudio permite inferir si existe variedad o monotonía al respecto. La primera comparación (entre el resultado de los análisis y la distribución de frecuencias en otros casos) permite decidir si la defensa del paciente es o no patógena, mientras que la segunda comparación (entre los tipos de actos del habla correspondientes a un mismo deseo) permite decidir si el paciente ha desarrollado o no rasgos caracterológicos patológicos. También es posible decidir acerca del estado de la defensa. Cuando la defensa fracasa, los actos del habla de determinado deseo aparecen auto-interrumpidos, y cuando es exitosa, tales actos aparecen desarrollados de manera completa.

Respecto de la sesión de Marisa y su terapeuta, es conveniente comenzar con la comparación entre las distribuciones de frecuencias en otros pacientes y los resultados de los análisis de deseos dominantes en una y otra interlocutora. Concluimos que en el caso de los actos del habla de la paciente la hipertrofia entre los actos del habla correspondientes a los deseos se da en cuanto a FG. En efecto, el porcentaje para FG en cuanto al valor medio esperable de la distribución de frecuencias en el discurso ronda el 15%.

En consecuencia, es posible inferir que, respecto de FG, la defensa es patógena. Claro que por este camino no podemos decidir si dicha defensa es solo la represión o si esta se halla acompañada de rasgos caracterológicos. Como, además, en FG existe una hipertrofia en cuanto al empleo de las dramatizaciones, es posible inferir que a la represión se le agregan los rasgos caracterológicos histriónicos.

En cambio, respecto de A2, la comparación entre los resultados de los análisis en el discurso de Marisa y el valor medio esperable, en cuanto a la distribución de frecuencias (alrededor del 40%), conduce a inferir que predomina una defensa funcional, acorde a fines. Además, como existe una fuerte variedad en cuanto a los tipos de actos del habla A2, queda descartado que la paciente haya desarrollado rasgos caracterológicos opositoristas o de otro tipo.

En consecuencia, podemos inferir que en la paciente predomina la defensa acorde a fines (para A2) y la represión acompañada por rasgos caracterológicos, de tipo histriónico, para FG. Respecto del estado de las defensas, es conveniente tomar en cuenta la existencia de actos del habla auto-interrumpidos. El resultado del estudio de tales actos del habla, habitualmente correspondientes a FU, indica una baja incidencia, del 8,13%, por debajo del valor medio esperable en cuanto a la distribución de frecuencias en el discurso. Por lo tanto, es posible inferir que las defensas acompañantes de A2 y FG tienen un carácter exitoso.

En cuanto a la terapeuta, A2 se combina con defensas acorde a fines y FG con la represión + rasgos caracterológicos, mientras que el estado de ambas defensas es exitoso. En suma, paciente y terapeuta coinciden en cuanto a los deseos y defensas dominantes.

#### *IV.6. Discusión*

Al comparar los resultados generales de los análisis de los deseos y las defensas en una y otra interlocutora puede inferirse que se da entre ambas un refuerzo en cuanto a A2 y FG y las defensas (y los estados) acompañantes. El resultado más específico de análisis de los tipos de actos del habla A2 o FG en paciente y terapeuta contribuye a estudiar con mayor precisión las características de dicho refuerzo entre ambas.

Respecto de los actos del habla FG de la paciente, llama la atención la fuerte prevalencia de las dramatizaciones, lo cual pone de relieve el peso de las tendencias histriónicas. En

segundo lugar, predominan las manifestaciones de deseos, lo cual suele ser expresión de la relevancia de las fantasías como intento de desfiguración embellecedora de la realidad. Las exageraciones, ubicadas en tercer lugar, suelen reforzar estas tendencias a la desfiguración embellecedora de los hechos. Las manifestaciones de deseos y las exageraciones parecen al servicio del incremento de los rasgos histriónicos de Marisa. Pero a todo ello se agrega que la terapeuta también recurre a las dramatizaciones, con lo cual refuerza los recursos a los que apela la paciente. Entre ambas se da por lo tanto una potenciación de los rasgos histriónicos con poca riqueza de matices complementarios.

En cambio, los resultados de los análisis de los actos del habla A2 de la paciente y de la terapeuta ponen en evidencia que una y otra poseen una mayor variedad de recursos expresivos. La paciente da relevancia a la información de hechos concretos, los argumentos distributivos, la confirmación o rectificación de la opinión ajena o el pedido de ratificación de la propia, la justificación de acciones, palabras e ideas, las objeciones, la aclaración y la duda. A su vez, la terapeuta exhibe recursos A2 como la aclaración, el enlace causal, la justificación y la generalización. En consecuencia, respecto de A2 se da entre paciente y terapeuta una combinación de recursos variados con un refuerzo de la tendencia a la focalización de la atención en hechos concretos y en el pensar acerca de ellos en el intercambio.

Esta coincidencia total en cuanto a los deseos y las defensas y su estado dominantes en los actos del habla de paciente y terapeuta es poco frecuente. Sobre todo no se da dicha coincidencia si un terapeuta logra alcanzar una complementariedad en cuanto a su estilo con el estilo del habla del paciente. Liberman (1970) sostenía que dicha complementariedad estilística era prácticamente un requisito para que el terapeuta realizara intervenciones clínicamente pertinentes. Por lo tanto, la coincidencia entre los estilos del discurso de paciente y terapeuta parece sugerir que esta última no se ubicó totalmente en una posición clínicamente pertinente para encarar los problemas de la paciente.

Además, no es de buen augurio para una terapia si un paciente, como en este caso, logra mantener el carácter exitoso de sus defensas caracterológicas, como ocurre con las que se combinan con FG. Parece ser un requisito para lograr algún cambio clínico mediante un tratamiento psicoterapéutico que en el paciente fracasen las defensas patógenas, lo cual permite que surja la angustia señal y por lo tanto demande el auxilio de las intervenciones del terapeuta. Sin embargo, este panorama negativo queda morigerado por el hecho de que A2 esté acompañado de defensas funcionales exitosas.

## **V. Congruencia entre los relatos de la paciente y las escenas desplegadas durante la sesión por cada hablante y entre ambas**

Hemos establecido ya que entre paciente y terapeuta se da un refuerzo recíproco entre los respectivos deseos FG y A2 y las defensas acompañantes. Nos proponemos establecer ahora correlaciones entre los resultados de los análisis de los relatos y los de los

análisis de las escenas desplegadas. Como indicamos en la introducción de este trabajo, a veces se dan coincidencias entre ambos resultados y a veces ello no ocurre y por lo tanto es necesario realizar una tarea adicional para encontrar tales correlaciones.

En esta oportunidad, se dan fuertes diferencias entre los principales resultados de los estudios de los relatos y los correspondientes a los actos del habla. Por consiguiente, se hace necesario realizar un trabajo adicional para poder inferir con qué resultado del análisis de una escena relatada es posible homologar los resultados de los estudios de las escenas desplegadas por la paciente en la sesión. Si bien no parece haber coincidencias entre dichos resultados y los correspondientes a los análisis de los deseos y las defensas (y su estado) dominantes en alguno de los cinco temas que la paciente expuso, es posible hallar afinidades entre los resultados de los análisis de las escenas desplegadas por la paciente y los correspondientes al análisis de algunas secuencias narrativas que tienen un carácter subordinado. Así ocurre tanto si queremos establecer nexos entre el resultado de los estudios de los relatos y, por un lado, los resultados de los estudios de las escenas desplegadas a A2 y las defensas correspondientes y, por otro lado, los resultados de los estudios de las escenas desplegadas FG con sus correspondientes defensas.

Comencemos con los resultados de los estudios de los actos del habla de la paciente, correspondientes a A2. Este parece ser el camino más expedito, ya que A2 combinado con la defensa acorde a fines exitosa es un resultado que aparece tanto en el nivel de los análisis de los actos del habla como en el nivel de algunas secuencias narrativas no centrales, laterales, correspondientes a la relación con el novio o con el psiquiatra.

Resulta algo más complejo el proceso para establecer nexos entre los resultados de los análisis de los relatos y los resultados correspondientes a las escenas desplegadas FG combinadas con defensas caracterológicas histriónicas exitosas en la paciente. Entre los resultados de los estudios de los relatos encontramos una única secuencia narrativa, con un valor no central sino lateral, en que prevalecen FG y la represión + rasgos caracterológicos, pero el estado de la defensa en dicha secuencia es fracasado. Por lo tanto, se hace necesario combinar dos de las recomendaciones mencionadas al comienzo del trabajo para armonizar los resultados de los análisis de los relatos y de los actos del habla. Por un lado, como ya lo hemos hecho, comparar los resultados de los análisis de los actos del habla no con los resultados del análisis de las secuencias narrativas centrales sino con alguna secuencia narrativa lateral, con un valor secundario y, por otro lado, sostener que, cuando el estado de la defensa patógena es fracasado en el nivel del relato pero es exitoso en el nivel de los actos del habla, ello indica que el paciente intenta restablecer durante la sesión, con el terapeuta, un equilibrio narcisista patológico que en la situación extra-sesión se ha quebrado.

En suma, mientras que los actos del habla A2 combinados con la defensa acorde a fines armonizan con los relatos en que predominan este mismo deseo y la defensa

correspondiente, los actos del habla FG combinados con la represión + rasgos caracterológicos histriónicos exitosos armonizan con los relatos FG y las defensas caracterológicas histriónicas fracasadas.

Una y otra combinación deseo-defensa tiene un valor diferente en relación con la alianza terapéutica: A2 y la defensa acorde a fines exitosa puede aportar contribuciones positivas a dicha alianza, mientras que FG y las defensas caracterológicas exitosas representan el componente resistencial.

En cuanto a la terapeuta, va acompañando una y otra de estas dos grandes orientaciones de la paciente. Las escenas A2 desplegadas por la terapeuta parecen coincidir con y reforzar las que la paciente desarrolla con un valor de contribución al tratamiento, mientras que las escenas FG desplegadas en las intervenciones de la terapeuta durante la sesión parecen tener una función complementaria de las escenas desplegadas por la paciente, es decir, constituyen un refuerzo de la tendencia a restablecer el equilibrio narcisista correspondiente a sus defensas patógenas exitosas.

En consecuencia, en cuanto a A2 en las escenas desplegadas durante la sesión predominó un vínculo paciente-terapeuta de carácter colaborativo y en cuanto a FG en las escenas desplegadas durante la sesión predominó un vínculo entre paciente y terapeuta que era expresión de una alianza resistencial. Tanto en las tendencias histriónicas como en las de colaboración, la terapeuta tendió a reforzar las respectivas orientaciones de la paciente.

## **VI. Conclusiones**

Metodológicamente hablando, hemos intentado establecer nexos entre, por un lado, las escenas desplegadas por la paciente y entre paciente y terapeuta en la sesión y, por el otro, las escenas relatadas por la paciente y que corresponden a su vida fuera de la sesión. Nos guiaba el supuesto de que es posible dar una más clara significación a las escenas desplegadas durante la sesión por su enlace con las escenas relatadas de la paciente. Al avanzar en la investigación, se nos hizo necesario recurrir a dos enfoques de los mencionados en la introducción de este trabajo (IV y II, respectivamente de la Tabla I). Para armonizar los resultados de los análisis de los relatos con los resultados de los actos del habla correspondientes a A2, recurrimos al enfoque IV, mientras que para armonizar los resultados de los análisis de los relatos FG con los resultados de los análisis de los actos del habla FG recurrimos al enfoque IV combinado con el enfoque II. Esta combinación de recursos nos permitió establecer nexos más precisos entre escenas desplegadas y relatadas.

En cuanto a los resultados de la investigación, esta secuencia de pasos nos permitió finalmente alcanzar dos tipos de conclusiones, unas referidas a la paciente y ora referida al vínculo paciente-terapeuta.

Respecto de la paciente, fue posible diferenciar entre dos tipos de escenas desplegadas por la paciente, una de ellas resistencial, en que predominaba el empleo de defensas caracterológicas patógenas exitosas, y la otra de colaboración en la alianza terapéutica, en que predominaba el uso de defensas acorde a fines.

Respecto del vínculo paciente-terapeuta pudimos establecer que la terapeuta tendía a reforzar tanto la tendencia colaborativa como la tendencia resistencial de la paciente, al coincidir en una y otra situación con las escenas que la paciente desplegaba en la sesión.

### **Bibliografía**

Freud, S. (1915c). Pulsiones y destinos de pulsión. En *Obras completas* (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu.

Liberman, D. (1970). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Galerna-Nueva Visión, 1971-72.

Maldavsky, D. (2003). *La investigación psicoanalítica del lenguaje: algoritmo David Liberman*. Buenos Aires: Lugar. 2004.

Maldavsky, D. et al. (2006). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL)*. Buenos Aires: Editorial Lugar. 2007.

Maldavsky, D.; Scilletta, D.; Perez Zambón, S. (2010). Investigación de la pertinencia clínica de las intervenciones del terapeuta. Un estudio con el algoritmo David Liberman, inédito.

Maldavsky, D.; Aguirre, A.; Álvarez, L.; Bodni, O.; Britti, A.M.; Buceta, C.; Bustamante, B.; Cantis, J.; Cusien, I.; de Durán, R.; Follmann, A.; García Grigera, H.; Garzoli, E.; Goldberg, J.; Iusim, M.; Kazez, R.; Legaspi, L.; Manson, M.; Miceli, G.; Neves, N.; Rembado, J.M.; Rodríguez Calo, M.; Roitman, C.R.; Romano, E.; Tarrab, E.; Tate de Stanley, C. y Widder, F. (2005). *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA)*. Buenos Aires: UCES.

Maldavsky, D. et al. (2010). *Manualización y pruebas de confiabilidad y validez de los instrumentos del ADL para el estudio del discurso verbal*, inédito.

*Fecha de recepción: 28/12/10*

*Fecha de aceptación: 29/01/11*