

TRES CASOS DE AFASIA: INVESTIGACION DE LAS EROGENEIDADES, LAS DEFENSAS Y SU ESTADO CON EL ALGORITMO DAVID LIBERMAN (ADL)*

David Maldavsky, Jorge Cantis,
Rita de Durán y Horacio García Grigera**

Resumen

En este trabajo los autores se proponen estudiar sistemáticamente las fijaciones pulsionales, las defensas y su estado en la primera entrevista de tres pacientes afásicos, con su terapeuta. Para ello aplican el algoritmo David Liberman (ADL). Los autores destacan las similitudes entre los trastornos afásicos y los de las neurosis posttraumáticas, prestan atención a los modos en que se evidencia el retorno de la situación traumática, así como las formas en que el paciente intenta recuperarse. Los autores también prestan atención a las intervenciones del terapeuta, que ponen en evidencia tanto las dificultades para establecer la sintonía afectiva cuanto algunos atrapamientos clínicos transitorios, hasta la recuperación del rumbo clínico.

Palabras claves: *defensas, erogeneidades, afasia, narración, acto del habla.*

Summary

In this paper the authors propose to study in a systematic way the drive motion's fixations, the defenses and their state in the first interview of three aphasic patients with their therapist. For that purpose they apply the David Liberman algorithm (DLA). The authors emphasize the similarities between the aphasic disorders and the ones of the posttraumatic neurosis. They also pay attention to the ways in which the return of the traumatic situation evidences, as well as the ways of how the patient tries to recover him/herself. The authors also pay attention to the therapist's interventions, which put in evidence the difficulties for establishing the affective attunement as well as some clinical traps in which the therapist can fall, but to recover his/her clinical way later on.

Key words: *defenses, eroteogenicities, aphasia, narration, speech act.*

* Esta investigación se realiza por un convenio con la Fundación Argentina de Afasia "Charlotte Schwarz".

** Director del Doctorado de Psicología y de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento UCES.

Pese al interés pionero de Freud (1973) por el estudio de las afasias, existen pocas investigaciones psicoanalíticas recientes sobre el tema, en buena medida desarrolladas por neuro-psicoanalistas (Kaplan-Solms, K. y Solms, M. 2000). En este trabajo nos interesa estudiar la primera entrevista de tres pacientes afásicos (uno leve, otro de gravedad moderada y otro severo) para detectar la combinación entre fijaciones pulsionales y defensas (y su estado) expresada en el discurso de cada uno. Aplicaremos en nuestro estudio el algoritmo David Liberman (ADL), un método que permite detectar las fijaciones pulsionales y las defensas (y su estado) en el discurso, tanto en las relaciones extratransferenciales cuanto intrasesión. También prestaremos atención a las intervenciones del terapeuta con cada paciente. En la discusión final del trabajo, compararemos los resultados de cada uno de los estudios específicos. Podemos considerar a este trabajo un primer paso, de por sí complejo y refinado, hacia enfoques aún más sofisticados y ambiciosos que involucran también la perspectiva neurológica y la discusión reciente sobre las neurosis traumáticas, así como sobre las formas de abordaje clínico y su eficacia.

El método empleado para realizar esta investigación, el algoritmo David Liberman (ADL), está diseñado para detectar fijaciones pulsionales y defensas en el discurso. El ADL toma en cuenta tres niveles de análisis: 1) relato, 2) actos del habla (frases y componentes paraverbales), 3) palabras. Tanto en el relato como en los actos del habla es posible detectar escenas. Las primeras son narradas, y las segundas se despliegan al hablar. El análisis de los relatos permite estudiar los conflictos extratransferenciales del paciente. El estudio de los actos del habla y las palabras permite investigar la relación transferencial. El inventario de las fijaciones pulsionales que el ADL detecta incluye*: libido intrasomática (LI); oral primaria (O1); sádico oral secundaria (O2); sádico anal primaria (A1); sádico anal secundaria (A2); fállico uretral (FU) y fállico genital (FG). Como se advierte, a las fijaciones pulsionales descriptas por Freud, le agregamos la libido intrasomática, que el creador del psicoanálisis menciona al aludir a que, inmediatamente después del nacimiento, ciertos órganos (corazón, pulmones) reciben una extraordinaria investidura narcisista (Freud, 1926d).

En cuanto a las defensas, es posible diferenciar entre las centrales y las complementarias. Las centrales pueden ser: 1) sublimación/creatividad/acorde a fines, 2) represión, 3) desmentida, 4) desestimación de la realidad y de la instancia paterna, 5) desestimación del afecto. Estas defensas pueden ser exitosas, fracasar, o ambas cosas. Solo las últimas cuatro son defensas patógenas. La represión predomina en las neurosis de transferencia. La desmentida, en los rasgos patológicos de carácter, sobre

* De aquí en adelante se mantendrán para las erogeneidades las abreviaturas que se consigan a continuación.

todo los de tipo narcisista, la desestimación de la realidad y de la instancia paterna, en las psicosis, y la desestimación del afecto (Maldavsky, 1992, 1995; Mc. Dougall, 1989), en las patologías psicósomáticas y adictivas, en las traumatofilias y en las neurosis postraumáticas. Es posible inferir una fijación pulsional por el análisis de las escenas relatadas o desplegadas en sesión como actos del habla. Es posible inferir la defensa investigando la posición del hablante en las escenas que narra o que despliega al hablar. Para el análisis de las erogeneidades, el ADL dispone de varios instrumentos. El estudio de los relatos y los actos del habla (componentes verbales y paraverbales) se realiza apelando a grillas específicas, y el estudio de las palabras, recurriendo a un programa computarizado. El análisis de las defensas se realiza recurriendo a un conjunto de instrucciones que tienen una secuencia definida. Algunas instrucciones permiten investigar la defensa en el nivel del relato y otras permiten su estudio en el nivel de los actos del habla (Maldavsky, 2003, Maldavsky et al. 2005).

El ADL arroja resultados multivariados: pueden coexistir varias erogeneidades y defensas eficaces, con el predominio transitorio o estable de alguna de ellas. Respecto de las defensas, el ADL permite además detectar su estado (exitoso, fracasado, etc.). Con los instrumentos del ADL (grillas, programa computarizado, secuencia de indicaciones) es posible analizar el discurso del paciente. Para estudiar el discurso del terapeuta, y sobre todo su eficacia sobre el paciente, es necesario agregar otro instrumento. Este consiste en diferenciar las intervenciones del terapeuta por su función. Estas pueden ser 1) introductoria, 2) central, 3) complementaria. Es posible además investigar las secuencias de intervenciones del terapeuta para detectar si sus cambios son acordes con las modificaciones del discurso del paciente, y por lo tanto se mantiene la misma estrategia, o si, por el contrario, implican una rectificación, una modificación en la orientación clínica.

A continuación expondremos y analizaremos tres casos de afasia. En cada ocasión la estructura del estudio es esta: 1) muestra, 2) análisis del discurso del paciente (en primer lugar, los relatos, en segundo lugar, los actos del habla, y en tercer lugar, una comparación entre las escenas narradas y las desplegadas en sesión), 3) análisis del discurso del terapeuta, y 4) análisis de las perturbaciones lingüísticas y sus determinantes.

A. Roberto: un caso de afasia leve

I. Muestra

Roberto recibía atención en una institución de rehabilitación con talleres para pacientes afásicos. Debido a su tendencia a poner en evidencia que contaba con mayor riqueza verbal e intelectual que los restantes pacientes, solía despertar irritación entre los integrantes del grupo del taller al que concurría (no participaba de las actividades de rehabilitación). La entrevista tenía el objetivo de determinar algunas de las razones por las

cuales surgían los problemas y, eventualmente, si era conveniente proponer un tratamiento psicoterapéutico a Roberto.

1. En febrero de 2007 el entrevistador le pide a Roberto (53 años) que le cuente qué le fue pasando este tiempo. Roberto cuenta que tuvo un accidente en agosto de 2006. Se cayó de espaldas, se rompió “esta parte de la cabeza” (señala su espalda), las costillas y las clavículas. Luego le dieron de “comer por acá” (señala su boca). A fines del 2006 le dieron el alta y fue llevado a un hospital de recuperación. Allí aprendió a caminar. Como supusieron que además tenía afasia, lo enviaron a una institución especializada para tratarse. Relata dramatizando que de los estudios resultó que prácticamente no tenía perturbaciones, salvo que en un comienzo no recordaba números telefónicos, etc. Agrega que cree que las neuronas auxiliares están remplazando a las que murieron, y comenta al entrevistador, tuteándolo, que en verdad no sabe mucho de medicina. Ante preguntas del entrevistador cuenta que el accidente ocurrió porque estaba trabajando en un teatro. El le estaba haciendo juicio a una empresa que le debía el pago de su trabajo desde hacía más de tres meses. Dramatizando, narra que no le pagaban pese a que él le aportó beneficios con sus tareas administrativas. El entrevistador le pregunta qué tarea hacía en el momento del accidente. Roberto aclara (dramatizando) que estaba colocando una pantalla elevada y un amigo le pidió que no subiera, porque había estado tomando champagne. Eran las 16hs y él había desayunado a las 9. Le habían convidado champagne en una fiesta de inauguración de un local. Pese a que su amigo le dijo que no subiera, él lo hizo. Desoyó también el consejo de que no pisase en determinado lugar y cayó de espaldas. Estuvo 50 días internado en coma en el hospital. En respuesta a las preguntas del terapeuta cuenta que en el hospital lo trasladaron varias veces de cuarto, y que al recuperar la conciencia vio a su madre, a su hermana y a amigos. El los reconocía y los nombraba. Aclara que tuvo un traumatismo y que una chica que conoció en el instituto de rehabilitación y con la cual salió un tiempo le dijo (dramatizando a ambos intervinientes) que él no tenía neuronas. Agrega que la chica es paciente, y que la relación entre ellos es un secreto.

2. El entrevistador le recomienda que escuche las opiniones de los profesionales, y agrega que las de otras personas pueden confundirlo. Roberto responde que la chica le decía muchas cosas para lastimarlo. Salió con ella cuatro meses, no más. El está en el instituto hace seis meses. Ella también le dijo (dramatizando) que en el instituto todos lo odiaban porque no sabía hacer nada. El le respondió que todos lo trataban bien, y ella le dijo que lo hacían porque no tenían más remedio. Entonces él le preguntó cómo se llevaba ella con él y la chica respondió que se llevaba muy bien porque él la ayudaba en sus tareas. En el verano se fueron unos días a la playa y la pasaron bien, y poco después volvieron otra vez allí. El primer día tuvieron una relación sexual, pero luego ella se negó. Dramatizando, relata que intentó hablar con la chica

pero ella no aceptó. Roberto se quedó dormido y la chica notó que le salía espuma por la boca. La chica lo llevó al neurólogo y propuso que le dieran “fenobarbital”. Le pidió a la hermana del paciente que lo fuera a buscar y ella se quedó en un departamento en un balneario, en una zona fea. La hermana llevó a Roberto a Buenos Aires pero en el hospital no lo atendieron porque era fin de semana. Dramatizando relata que por la noche la chica lo llamó diciendo que lo extrañaba y él respondió que iría a acompañarla desde el día siguiente. Narra dramatizando que cuando se iba la madre le objetó que lo hiciera. Al encontrarse con la chica esta le dijo que, como estaba tomando fenobarbital, no iban a tener relaciones sexuales, y esa noche tuvo otro ataque, que descubrió a la mañana siguiente.

3. El terapeuta le dice que parece que el ataque le surge cuando le dicen que no. Roberto dice que no sabe si es algo psicológico y, dramatizando, aclara que los ataques de ella eran constantes, que le criticaba lo que hacía o lo que decía. Ante las preguntas del terapeuta aclara que, salvo estas convulsiones, no tuvo otras, y describe la medicación que toma. Luego, también respondiendo a las preguntas del entrevistador, dice que vive con su madre octogenaria, y que además tiene una hermana cuatro años menor. Antes del accidente vivía con la madre, hacía las compras para que ella no tuviera que salir. Durante doce años estuvo viviendo en pareja con una mujer. A esta mujer la quería como una amiga. Dramatizando, relata que salían al cine, a bailar, pero que no tenían relaciones sexuales porque ella no le interesaba. Después, salió con chicas 20 años más jóvenes que él, y con todas ellas tuvo una vida sexual activa, todo dependía de si a él la mujer le gustaba o no. Con la chica del instituto la primera noche él no la sintió. Dramatizando, relata que ella le impedía hacer muchas cosas. Solo la cuarta noche se lo permitió, y él se liberó un poco, y ella le dijo que él había mejorado. El cree que puede ser un problema de ella, porque también toma fenobarbital y una droga para enviar sangre al cerebro. Ella tiene 49 años y tuvo “lo de las neuronas”. Sufrió dos ataques cardíacos.

4. Ante preguntas del entrevistador sobre cómo se siente ahora, Roberto responde que está deprimido porque ve cotidianamente a la chica y se siente mal. Ella lo saluda con un beso y nada más. Dramatiza que solo intercambia unas pocas palabras con ella, ligadas al trabajo. El entrevistador le pregunta cómo se siente fuera de la institución y Roberto responde que en su casa no tiene hambre, no almuerza ni toma merienda. Solo desayuna. Bajó 15 kg. de peso en estos últimos meses. Aclara que esta depresión no está ligada con el accidente y dramatiza las opiniones de otros sobre su estado y los diálogos anteriores al problema con la chica. El entrevistador le pregunta si antes le ocurrió alguna vez una situación similar. Roberto en principio dice que nunca le pasó algo similar, pero agrega que en otra época se peleó con una mujer, consultó a un terapeuta y (dramatizando) que le indicaron tomar flores de Bach. Cuando se

sintió mejor dejó de asistir, “porque me estoy bien”. El entrevistador le comenta que en la institución lo van a ayudar a pensar lo que le pasa y a enfrentar el duelo. Roberto responde que él ya enfrentó a la chica actual: el día anterior le envió un mensaje (dramatizando) para que hablaran y la llamó por teléfono. Ella lo insultó, le pidió que le sacase turnos en el hospital, que le consiguiera recetas. Al final de la conversación la chica le dijo que ella misma se ocuparía de las recetas.

5. El entrevistador comenta que él sigue manteniendo una relación con la chica. Roberto acepta el comentario y cuenta que dos días atrás la había acompañado al banco y que, estando allí (y al aludir a la escena dramatiza), otro amigo la llamó por teléfono y ella le mintió, según le aclaró a Roberto, porque estaba con él. El entrevistador le pregunta si ha realizado otros tratamientos. Roberto responde (dramatizando) que el neurólogo le dio solo una medicación por la convulsión. El entrevistador le pregunta si no ha pensado en tener ayuda psicológica. Roberto dice que no, porque se sentía bien, que luego del accidente le costaba hablar, pero que después se acostumbró. El entrevistador insiste: en la depresión de Roberto se deben de mezclar la relación que perdió y lo que vivió en el accidente. El paciente acepta el comentario y se refiere a una chica de Brasil que conoció hace dos años y cuatro meses. Dramatizando, cuenta que interrumpió la relación con ella al establecer el vínculo con la chica del instituto, pero cuando empezó a palpar lo que ocurría con esta volvió a contactarla. Le dijo que había pedido ayuda al cielo sin obtener nada, y que se sentía desencajado de todos. La chica de Brasil le dijo que lo amaba, y que un portugués la había invitado a ir a Portugal y ella lo rechazó porque seguía enamorada de él. Se conocen solo por fotos y por Internet.

6. El entrevistador pregunta si Roberto sabe cómo llegó a la consulta y este responde que tal vez haya sido su hermana, porque lo vio caído, se acostaba sin cenar. Ante nuevas preguntas del entrevistador agrega que quiere saber si tiene una salida, porque le dicen que la convulsión fue por algo psicológico. El entrevistador le dice que quizá el traumatismo le dejó una lesión que puede facilitar la convulsión. Roberto aclara que tuvo el accidente un año y cuatro meses atrás. El entrevistador responde que pueden reunirse la lesión y factores emocionales, porque él pasó por situaciones muy duras. Roberto acepta y agrega que situaciones así no las había pasado antes, ni cuando lo echaron del colegio, ni cuando perdió el trabajo. Ante la pregunta del entrevistador, relata, dramatizando, que a los 14 años lo echaron de un colegio religioso donde estaba pupilo, porque no quería ser cura y hablaba cuando no estaba permitido. Entonces se dijo “Dios se murió”. Dramatizando, relata que empezó a mezclarse con otra gente, a consumir marihuana. Empezó a tomar alcohol a los 35 años. Luego de cumplir los 40 años pasó a tener un trabajo redituable y empezó a consumir cocaína. Cuando un amigo que también lo hacía estuvo al borde de la muerte,

dejó de consumir. Siguió con el alcohol. Dramatizando cuenta que cuando salió con la chica del instituto la llevó a comer y tomaron algo de alcohol. Al despedirse, ella lo besó en la boca y comenzaron a salir.

7. El entrevistador comienza a referirse a que, luego del traumatismo... Roberto interrumpe diciendo que ahora no toma, y el entrevistador le recuerda que acaba de decir que estuvo tomando. Le pide a Roberto que consulte con el neurólogo. Roberto aduce que estuvo tomando antes de necesitar las drogas por las convulsiones, y el entrevistador le dice que Roberto "ya había tenido el ataque". Roberto aclara que el ataque fue posterior, en febrero, y el entrevistador se rectifica: Roberto tomó alcohol luego del accidente. Roberto argumenta que había pasado un año y cuatro meses. El entrevistador insiste: Roberto tiene una lesión, y el alcohol implica un riesgo, está contraindicado. Vuelve a decirle que hable con el neurólogo. Roberto dice que ahora toma gaseosa. El entrevistador dice que el alcohol es un factor más. Roberto responde dramatizando que él toma gaseosa y que no toma alcohol en las salidas con sus amigos. Como cierre, el entrevistador insiste en indicarle que haga psicoterapia y el paciente acuerda con él y dice que le va a servir.

II. Análisis

II.1. Análisis del discurso de Roberto

II.1.1. Análisis del relato

I.1. A los 14 años lo echaron de un colegio religioso (donde estaba pupilo) porque no se decidía a ser cura y no respetaba normas,

2. Roberto dijo entonces que Dios se murió.

II.1. Comenzó a consumir marihuana, luego (de adulto) alcohol y por fin cocaína,

2. Un amigo que también consumía cocaína casi murió,

3. Roberto suspendió el consumo de cocaína, no el de alcohol.

III.1. Vivió en pareja 12 años,

2. Salían juntos pero no tenían relaciones sexuales,

3. Ella no le interesaba, la quería como una amiga.

IV.1. Después mejoró su situación económica,

2. Salió con chicas 20 años más jóvenes,

3. Si le gustaba la mujer tenía una vida sexual activa.

V.1. Años atrás se peleó con una mujer y se deprimió,



2. Consultó a un terapeuta y le recetaron flores de Bach,
3. Mejoró enseguida y abandonó la terapia.

- VI.1. Vivía con su madre octogenaria,
2. Hacía las compras para ambos.

- VII.1. Antes del accidente, un empleador le debía dinero,
2. Roberto le hizo juicio.

- VIII.1. Antes de instalar una pantalla elevada, Roberto estaba en ayunas y tomó champagne,
2. Desoyendo los consejos de un amigo, subió a un andamio y se cayó,
 3. Se golpeó la espalda y la cabeza.

- IX.1. Estuvo en coma 50 días,
2. En el hospital lo trasladaron varias veces de cuarto,
 3. Cuando recuperó la conciencia, reconocía y nombraba a sus familiares presentes.

- X.1. Cuando le dieron de alta, recuperó la motricidad,
2. Seis meses atrás fue enviado a un instituto de rehabilitación,
 3. Le diagnosticaron que prácticamente no tenía alteraciones neurológicas.

- XI.1. Con una chica, paciente del instituto de rehabilitación, salió a comer y tomó cerveza,
2. Cuando volvieron a la casa de ella, esta lo besó en la boca,
 3. Entonces comenzaron a salir.

- XII.1. La chica del instituto primero le impidió tener iniciativa en la sexualidad,
2. El primer encuentro él no la sintió,
 3. Luego ella le permitió tener iniciativa y él se liberó,
 4. Ella le dijo que él había mejorado.

- XIII.1. En el verano se fueron juntos de vacaciones,
2. Ella se negaba a tener relaciones sexuales e incluso a hablar,
 3. El tuvo una convulsión dormido.

- XIV.1. Luego de esta convulsión, la hermana de Roberto lo llevó a Buenos Aires para que lo medicasen,
2. La chica lo llamó desde la playa porque lo extrañaba,



3. El volvió con ella.

XV.1. De vuelta en la ciudad balnearia, la chica le dijo que no podían tener relaciones sexuales porque él estaba medicado,

2. El tuvo otra convulsión dormido.

XVI.1. La chica tenía dificultades sexuales,

2. Sufrió dos ataques cardíacos y problemas neurológicos,

3. Tomaba el mismo medicamento que él y una droga para enviar sangre al cerebro.

XVII.1. La chica le dijo que él no tenía neuronas,

2. Lo hacía para lastimarlo.

XVIII.1. La chica decía que en el instituto los compañeros lo odiaban porque él no sabía hacer nada,

2. El la rectificó.

XIX.1 Dos días antes acompañó a la chica al banco,

2. Un hombre la llamó por teléfono,

3. Ella le mintió porque estaba con él.

XX.1. El día anterior la chica lo insultó por teléfono y le reclamó que hiciera diligencias por ella,

2. Finalmente dijo que se ocuparía ella misma de hacerlas.

XXI.1. Por Internet conoció a una brasileña hacía más de dos años,

2. Cuando empezó la relación con la chica del instituto, suspendió el intercambio con la brasileña,

3. Ahora lo retomó.

XXII.1. La brasileña rechazó la invitación de un portugués a viajar a Portugal,

2. Dijo que lo amaba a él.

XXIII.1. Estaba triste porque veía a la chica cotidianamente y casi no hablaban,

2. En su casa casi no comía,

3. Adelgazó 15 kg.

XXIV.1. Cuando sale con sus amigos en la actualidad no toma alcohol,

2. Solo toma gaseosa.

Los relatos I-VII corresponden al período previo al accidente, desde el comienzo de la adolescencia (relato I) hasta las dificultades laborales recientes (relato VII). El relato VIII hace de bisagra: la primera parte alude a su estado previo al accidente, y la segunda, al accidente mismo. En el relato I prevalecen el estado de tristeza (O2 y desmentida fracasada) y la vivencia de desamparo (LI y desestimación fracasada del afecto). Prevalece LI. En el relato II predomina la referencia al consumo de alcohol y drogas (LI y desestimación exitosa del afecto). En el relato III prevalecen 1) la falta de interés sexual (LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto) y 2) la referencia a la amistad (FU y represión + rasgos caracterológicos). Prevalece LI. En el relato IV predominan la referencia a la mejoría económica (LI y defensa exitosa acorde a fines) y a la actividad sexual y la alusión al gusto (FG y represión + rasgos caracterológicos exitosos). FG es dominante. Es probable que entre este momento y el relatado en la secuencia narrativa V hubiera empeorado la situación económica del paciente (LI y defensa fracasada acorde a fines). En el relato V predominan 1) el ser medicado (LI y desestimación exitosa del afecto), 2) el estado de tristeza (O2 y desmentida fracasada) y 3) la tendencia evitativa (FU y represión + rasgos patológicos de carácter exitosos). Predomina FU. En el relato VI se advierten: 1) la convivencia con una anciana (LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto), 2) el hacer compañía (FU y represión + rasgos patológicos evitativos exitosos), que es dominante. El relato VII expresa: 1) la deuda que tienen con él (LI y desestimación fracasada del afecto), 2) el haber creído en un mentiroso (O1 y desmentida fracasada), y 3) el hacer un juicio (A1 y desmentida exitosa), que es dominante.

Los relatos VIII-X aluden al accidente y la recuperación ulterior. El relato VIII alude a 1) su estado corporal previo y el golpe (LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto), 2) el desoír consejos ajenos (FU y represión + defensas caracterológicas exitosas). Predomina LI. El relato IX alude a 1) su recuperación (LI y defensa exitosa acorde a fines) y 2) una inserción institucional (A2 y defensa exitosa acorde a fines). Predomina LI. Algo similar notamos en el relato X.

Los relatos XI-XXII aluden a sus relaciones recientes con mujeres: la chica del instituto (relatos XI-XX) y la brasileña (relatos XXI-XXII). Los relatos referidos a la relación con la chica del instituto, los más abundantes, se subdividen: 1) situación inicial gratificante (relatos XI y XII), 2) el período del conflicto (relatos XIII-XVIII) y 3) la situación actual (relatos XIX-XX). El relato XI (iniciación de la relación como promesa amorosa) expresa básicamente FG y la defensa exitosa acorde a fines. El relato XII expresa: 1) el pasaje del impedimento a la liberación (A1 y defensa exitosa acorde a fines) y 2) el logro sexual (FG y defensa exitosa acorde a fines), con la prevalencia de FG. El relato XIII muestra: 1) la descarga orgánica convulsiva (LI y desestimación fracasada del afecto), 2) el sentimiento de enojo e injusticia (A1 y desmentida fracasada),

3) la alusión al desencuentro sexual (FG y represión + defensas caracterológicas fracasadas), con la prevalencia de LI. El relato XIV contiene: 1) el ser medicado (LI y defensa exitosa acorde a fines) y 2) el reclamo amoroso (O2 y desmentida exitosa), que resulta prevalente. El relato XV expresa 1) la nueva convulsión (LI y desestimación fracasada del afecto) y 2) la frustración sexual (FG y represión + defensas caracterológicas fracasadas). Prevalece LI. El relato XVI contiene escenas referidas a 1) desequilibrios somáticos (LI y desestimación fracasada del afecto) y 2) dificultades en la sexualidad (FG y represión + defensa caracterológica fracasada). Predomina LI. La escena XVII contiene 1) referencias a una perturbación neurológica (LI y desestimación fracasada del afecto) y 2) ser objeto de maltrato (A1 y desmentida fracasada). Predomina A1. La escena XVIII contiene 1) el ser objeto de maltrato (A1 y desmentida fracasada) y 2) una tentativa de puesta de límites (A2 y defensa acorde a fines). A2 resulta dominante. El relato XIX contiene una referencia a las mentiras de la chica (O1 y desmentida fracasada). El relato XX contiene una referencia a ser primero objeto de la descarga de la chica y luego ser expulsado de la relación (LI y desestimación fracasada del afecto). El relato XXI describe una relación por Internet con una brasileña (O1 y desmentida exitosa). El relato XXII alude a 1) una relación por Internet (O1 y desmentida exitosa), 2) ser objeto de amor (O2 y desmentida exitosa). Predomina O1. El relato XXIII muestra 1) una escena de alteración somática desvitalizante (LI y desestimación fracasada del afecto) y 2) un estado de tristeza (O2 y desmentida fracasada). Predomina LI. Finalmente, el relato XXIV describe su abstinencia alcohólica actual (LI y defensa exitosa acorde a fines).

Los relatos I-V referidos a su vida previa al período del accidente muestran la prevalencia de LI y la desestimación del afecto y FU y la represión acompañada de rasgos caracterológicos evitativos. Dos lenguajes tienen un valor complementario: O2 y la desmentida fracasada y FG y la represión + rasgos patológicos de carácter, que por momentos fueron exitosos pero que terminaron fracasando. Entre LI y FU se da también una relación: los rasgos evitativos (FU) complementan a la tendencia a la alteración interna (LI). Los relatos VI y VII, referidos al período inmediatamente anterior al accidente, muestran que, respecto de la relación con la madre, se mantiene la combinación LI/FU, mientras que, en el terreno laboral, se agregan además O1 y A1, ambos combinados con la desmentida fracasada. En el conjunto resulta ilustrativo el primer momento del relato VIII, que hace de bisagra con la narración sobre el accidente y sintetiza su estado en aquel momento: el paciente había tomado alcohol sin comer desde hacía varias horas (LI y desestimación exitosa del afecto) y desoyó consejos ajenos (FU y represión + defensa caracterológica exitosa), con un predominio de LI.

Los relatos VIII (parte final)-X corresponden al accidente y la recuperación ulterior de Roberto, en la cual prevalece LI (combinado al principio con la desestimación fracasada

del afecto y luego con la defensa exitosa acorde a fines), junto con la importancia del ingreso en un espacio institucionalizado (A2 y defensa exitosa acorde a fines).

Los relatos XI-XXII expresan las relaciones recientes con mujeres. En ellas coexisten cinco lenguajes con las correspondientes defensas: 1) LI y desestimación fracasada del afecto, 2) O1 y desmentida fracasada, 3) O2 y desmentida fracasada, 4) A1 y desmentida fracasada y 5) FG y represión + rasgos caracterológicos primero exitosos y luego fracasados. Los componentes FG hacen de fachada, del mismo modo que los componentes A1 y O2. Resulta nuclear, en cambio, O1 y la desmentida exitosa, que se expresa en las relaciones con la brasileña.

Por fin los relatos XXIII y XXIV aluden a su situación actual. Ambos son contradictorios: mientras el XXIII hace referencia a su tendencia a una alteración somática preocupante, el XXIV corresponde a la tentativa de cuidar su equilibrio somático (LI y la defensa acorde a fines). Quizá este esfuerzo se combine con el hecho de que Roberto logró ser incluido en un instituto de rehabilitación, con lo cual recuperó algo del colegio religioso donde estaba de pupilo, y vivía de la caridad, sin tener que conectarse con una realidad que le exigía atención (LI y desestimación exitosa del afecto).

Es especialmente interesante el relato XXIII que, como el relato VIII, hace de bisagra. El relato XXIII reúne la relación con la chica del instituto en su situación actual (en la primera parte) y la referencia a su alteración somática (en la segunda parte). La primera parte pone en evidencia O1 y desmentida fracasada (decepción de la tendencia a crear una ficción de vínculo amoroso) y O2 y desmentida fracasada (vivencia de desamor). La segunda parte expresa la alteración somática desvitalizante (LI y desestimación exitosa/fracasada del afecto), que resulta dominante. El estado actual central del paciente está expuesto precisamente en este relato XXIII.

II.1.2. Análisis de los actos del habla

En el fragmento 1 (20%) en el nivel de los actos del habla de Roberto predominan 1) referencias a estados corporales (LI y la desestimación exitosa del afecto), 2) denuncia porque no le pagan (A1 y desmentida exitosa), 3) relatos de hechos concretos (A2 y represión exitosa), 4) pérdida de la orientación: comienza a relatar la escena del accidente y se desvía el tema de una empresa a la que le hizo juicio porque no le pagan (FU y represión + defensa caracterológica fracasada), y 5) dramatizaciones (FG y represión + defensa caracterológica exitosa), que es dominante en el conjunto. El fragmento 2 (14%) contiene los mismos componentes, pero predominan LI y la desestimación exitosa del afecto. Algo similar ocurre en el fragmento 3 (14%). En el fragmento 4 (14%) predominan A2 y la represión exitosa. En el fragmento 5 (13%) se agrega al conjunto la referencia a frases no creíbles (O1 y desmentida exitosa), que

es dominante. En el fragmento 6 (13%) predominan A2 y la represión exitosa. En el fragmento 7 (12%) los dos argumentos que Roberto da están ligados con el consumo de alcohol: 1) pasaron un año y cuatro meses desde el accidente y 2) luego del ataque solo bebe agua cuando sale con sus amigos. Ambos son poco creíbles: han pasado un poco más de seis meses desde que tuvo el accidente, y sigue saliendo con los mismos amigos con quienes antes consumía alcohol. En consecuencia, prevalece O1 y la desmentida exitosa (Tabla I).

Tabla I: Principales erogeneidades, defensas y estados en los actos del habla de Roberto

Fragmento 1 (20%)

Erogenicidad	Defensa	Estado	Función
LI	Desestimación del afecto	Exitoso	Complementaria
A1	Desmentida	Exitoso	Complementaria
A2	Represión	Exitoso	Complementaria
FU	Represión + desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Fracasado	Complementaria
FG	Represión + desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Central

Fragmento 2 (14%)

LI	Desestimación del afecto	Exitoso	Central
A1	Desmentida	Exitoso	Complementaria
A2	Represión	Exitoso	Complementaria
FU	Represión + desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementaria
FG	Represión + desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementaria

Fragmento 3 (14%)

LI	Desestimación del afecto	Exitoso	Central
A1	Desmentida	Exitoso	Complementaria
A2	Represión	Exitoso	Complementaria
FU	Represión + desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementaria
FG	Represión + desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementaria

Fragmento 4 (14%)

LI	Desestimación del afecto	Fracasado	Complementaria
A1	Desmentida	Exitoso	Complementaria
A2	Represión	Exitoso	Central
FU	Represión + desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementaria
FG	Represión + desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementaria

Fragmento 5 (13%)

LI	Desestimación del afecto	Exitoso	Complementaria
O1	Desmentida	Exitoso	Central
A1	Desmentida	Exitoso	Complementaria
A2	Represión	Fracasado	Complementaria
FU	Represión + desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementaria
FG	Represión + desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementaria

Fragmento 6 (13%)

LI	Desestimación del afecto	Exitoso	Complementaria
AI	Desmentida	Exitoso	Complementaria
A2	Represión	Exitoso	Central
FU	Represión + desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementaria
FG	Represión + desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementaria

Fragmento 7 (12%)

LI	Desestimación del afecto	Exitoso	Complementaria
O1	Desmentida	Exitoso	Central
AI	Desmentida	Exitoso	Complementaria
A2	Represión	Fracasado	Complementaria
FU	Represión + desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementaria
FG	Represión + desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementaria

Algunos otros rasgos de las manifestaciones de Roberto merecen un comentario. Uno de ellos, del primer fragmento, es la referencia a la localización espacial (esta parte de la cabeza) que es contradictoria con el ademán de señalarse la espalda. La contradicción contiene algo de la oposición entre palabra y cosa (O1 y desmentida fracasada) y algo de la desorientación (FU y represión + defensa caracterológica), con una prevalencia de O1.

También se advierte que Roberto retoma palabras del entrevistador a las que les da otro valor. En el fragmento 3, el entrevistador aludió al “ataque” para referirse a la convulsión, y Roberto respondió diciendo que los ataques de la chica del instituto eran frecuentes. En el fragmento 4 el entrevistador aludió a enfrentar el duelo y Roberto respondió refiriéndose a enfrentar a la chica. En ambos casos, el entrevistador aludió a procesos internos (le da un ataque, enfrentar el duelo) y Roberto se refirió a procesos vinculares hostiles. Roberto parecía quedarse no con el sentido intrapsíquico de la palabra en su contexto sino con su valor vincular, y luego se advierte además que lo que ha dicho es falso (O1 y desmentida exitosa): el paciente seguía

fuertemente apegado a la chica. En los fragmentos 6 y 7 Roberto sostuvo que el accidente ocurrió un año y cuatro meses atrás, cuando habían pasado solo algo más de seis meses. Como en el “acá” del fragmento 1, se advierte O1 (y la desmentida exitosa) y FU (y la represión + rasgos caracterológicos fracasados), con el predominio de O1.

El fragmento 6 es esclarecedor respecto de las posibilidades del paciente de relatar hechos concretos (A2 y defensa acorde a fines). 1) Roberto responde inicialmente a la pregunta del entrevistador referida al motivo por el cual está teniendo la entrevista. Dice que desea saber si su convulsión fue algo psicológico y, como el entrevistador insiste en que pueden haber además motivos orgánicos (lesión), Roberto retruca: hace un año y cuatro meses que tuvo el accidente. El entrevistador insiste: pueden haber factores emocionales y orgánicos determinando su lesión. 2) Entonces Roberto evoca su historia, que va desde la expulsión del colegio religioso hasta el consumo de drogas y alcohol. 3) Luego hace un brusco salto a una situación reciente: el comienzo de la relación con la chica del instituto. En la primera parte del fragmento, Roberto pone en evidencia que su objetivo en la consulta es convencerse de que sus convulsiones tuvieron solo un origen psicológico (O1 y desmentida exitosa). Pero como no logra su objetivo evoca situaciones de alteración somática mediante la ingesta (LI y desestimación exitosa del afecto) y falta de fe (O1 y desmentida fracasada), que son consonantes con su situación actual. Pero luego se precipita bruscamente en el relato del origen de la relación amorosa con la chica del instituto, que tiene un valor embellecedor defensivo, en el cual FG y la represión + defensas caracterológicas exitosas están al servicio de O1 y la desmentida exitosa. Con ello reaparece, al final del fragmento, la tendencia del comienzo de este mismo fragmento, en que los relatos (A2 y defensa acorde a fines) están al servicio del embellecimiento defensivo (FG) y el desconocimiento de los hechos (O1). El análisis de los actos del habla del fragmento 7 permite inferir que esta tendencia al desconocimiento de los hechos tiene como objetivo final habilitarlo a seguir consumiendo alcohol (LI y desestimación exitosa del afecto).

II.1.3. Escenas relatadas y desplegadas en sesión

Los relatos FU (hacer compañía a la madre, desoír consejos y advertencias ajenas) se combinan con escenas desplegadas FU (señalar la espalda al nombrar la cabeza). Los relatos FG respecto de las relaciones con la chica del instituto se combinan con las dramatizaciones de la entrevista. Los relatos O1 se combinan con las frases no creíbles y la tendencia a desconocer los hechos. Los relatos LI se combinan con las referencias a la alteración somática. Los relatos referidos al vínculo amoroso-sacrificial (O2) con la chica del instituto se combinan con las alusiones a su estado de tristeza durante la sesión. Entre estos componentes, FU y FG tienen un carácter más superficial. En cambio, resultan nucleares O1 y LI, esta última dominante en el nivel del

relato (sobre todo por las referencias de Roberto a su adelgazamiento reciente). Sin embargo, en el nivel de los actos del habla Roberto intenta mantener el desconocimiento de los hechos (O1 y desmentida exitosa) apelando a las referencias al ser amado (O2 y desmentida exitosa) y a la promesa (FG y represión + rasgos caracterológicos exitosos). Precisamente el dejar de comer (que aparece en ambos relatos “bisagra”: VIII y XXIII) parece corresponder a los momentos en que fracasa este conjunto de defensas centradas en el desconocimiento. Advertimos pues que si bien consulta por el fracaso de esa tentativa defensiva, en la entrevista pretende hallar argumentos para volver a reinstalar los mismos mecanismos en una versión exitosa. En cuanto a la estructura del paciente, prevalece una combinación entre O1 y la desmentida exitosa y LI y la desestimación exitosa del afecto, con componentes histriónicos y evitativos de fachada y un recurso al argumento al amor (O2 y desmentida fracasada) al servicio del núcleo patógeno. En cuanto a dicho núcleo patógeno (combinación de LI y O1), no resulta claro el valor de la lesión, tanto en sus convulsiones cuanto en sus dificultades con los números. Como suele ocurrir, se da una conjunción entre los recursos defensivos y una alteración neuronal en que cada sector aporta algo al resultado final. De todos modos, se advierte que Roberto pretende obtener beneficios secundarios de su enfermedad, en el sentido de inspirar lástima al mismo tiempo que recurre al desconocimiento de los hechos y al embellecimiento de superficie. En el conjunto, lo central es la tendencia a convocar la lástima del interlocutor (LI y desestimación exitosa del afecto). Igualmente, se advierte que el modo conflictivo de vínculo de Roberto con otros miembros de la institución (incluida su ex pareja), que condujo a que se realizara la entrevista con el terapeuta, ponía en evidencia su tendencia a repetir la escena en que era expulsado y perdía el amparo del ambiente al que estaba apegado, lo cual corresponde a una versión fracasada de sus defensas patógenas.

II.2. Análisis del discurso del entrevistador

En el fragmento 1 el entrevistador recaba información (A2 y defensa acorde a fines). En el fragmento 2 el entrevistador da un consejo a Roberto: que escuche las opiniones de los profesionales, para no confundirse (FU y defensa acorde a fines). En el fragmento 3 establece un primer nexo causal: la convulsión aparece en Roberto cuando le dicen que no (A2 y defensa acorde a fines). En el fragmento 4 el entrevistador intenta establecer un vínculo empático al enfatizar el sentir (O2 y defensa acorde a fines). En el fragmento 5 el entrevistador cuestiona la opinión de Roberto de que ha terminado con la chica (A2 y defensa acorde a fines). En el fragmento 6 el entrevistador le pregunta a Roberto cómo llegó a la consulta y luego cuestiona su opinión acerca de que sus convulsiones tienen un origen puramente psicológico (A2 y defensa acorde a fines). En el fragmento 7 el entrevistador cuestiona el consumo de alcohol de Roberto (A2 y defensa acorde a fines).

Además, son llamativos otros rasgos de su discurso. Uno de ellos (fragmento 7) consiste en confundir el accidente con la convulsión, de lo cual luego se rectifica. Otro rasgo (por omisión) consiste en no advertir que Roberto sostiene que ha pasado un año y cuatro meses desde el accidente, cuando en realidad solo trascurrieron unos pocos meses.

En cuanto a la secuencia de intervenciones del entrevistador, llama la atención las de los fragmentos 2 y 3. La intervención del fragmento 2 es un consejo (que escuche sobre todo la opinión de los profesionales). Esta intervención parece prematura y tal vez poco pertinente. Respecto del consejo, el entrevistador puede quedar en la posición de quien le sugirió a Roberto no subir al andamio antes del accidente, es decir, ser objeto de la desautorización en los hechos. El temprano comentario A2, en el fragmento 3 (establecimiento de un nexo entre convulsión y enojo), también parece poco pertinente, y tal vez haya reforzado la tendencia de Roberto a explicar su problema psicológicamente y a desconocer que quizá hubiera también una lesión. Estas intervenciones dejaban al entrevistador expuesto a ocupar un lugar en una escena traumática de Roberto, como aliado de su tendencia a desconocer los hechos.

Estas intervenciones fueron formuladas por el entrevistador antes de intentar establecer un nexo empático con Roberto, el cual corresponde al fragmento siguiente (cuarto). Una vez establecido el nexo empático el entrevistador se orienta de otro modo en sus intervenciones, poniendo más bien el énfasis en las tendencias de Roberto a desconsiderar la realidad de los hechos, lo cual se hace evidente en los fragmentos restantes. En estas otras intervenciones prevalecen las indicaciones (A2) y no los consejos (FU), así como una argumentación que las justifica (A2).

Así, pues, el entrevistador tuvo un momento inicial de desorientación (fragmentos 2 y 3), hasta que estableció un nexo empático con Roberto (fragmento 4), a partir de lo cual pasó a intervenir en forma pertinente (fragmentos 5, 6 y 7).

Pese a ello, algunos rasgos de sus actos del habla indican una parcial identificación con Roberto, al confundir accidente y convulsión y sobre todo al no advertir que Roberto equivocaba las fechas (fragmentos 6 y 7). Del mismo modo que Roberto (quien había afirmado que le costaba el empleo de los números), el entrevistador falló en este punto, sobre todo en los fragmentos 6 y 7, cuando Roberto puso el énfasis en una situación actual y su tentativa de emplear la entrevista para desconocer la realidad de una posible lesión.

El entrevistador estuvo expuesto al riesgo de quedar ubicado inadvertidamente como un personaje en dos diferentes escenas traumatizantes de Roberto: 1) como un consejero desoído que

no puede prevenir los accidentes de Roberto y 2) como un aliado en el desconocimiento de su realidad actual. El terapeuta logra rectificar la orientación de sus intervenciones a partir del momento en que establece un nexo empático con Roberto, pese a lo cual, en escala menor, se advierte la eficacia de otra escena traumatizante en que queda atrapado, centrada sobre todo en no captar que Roberto estaba confundiendo las fechas en su esfuerzo por desconocer los hechos. Claro que en este punto solo ocurre que el entrevistador no advierte que cuenta con otro argumento para sostener la pertinencia de sus indicaciones. Es decir, el entrevistador no cambia su indicación ante el argumento de Roberto referido al tiempo pasado desde el accidente, sino que solo omite otro argumento que también hubiera podido usar para sostener, fortalecida, la misma posición. Por ello decimos que, en esta ocasión, su compromiso en la escena de desconocimiento que Roberto proponía, era menor que la que apareció en el fragmento 3, ya que en dicho fragmento su intervención servía de apoyo a la posición de Roberto, mientras que no ocurría esto mismo en las escenas desplegadas en los fragmentos 6 y 7.

III. Perturbaciones lingüísticas

Respecto de las perturbaciones lingüísticas de Roberto, dos requieren nuestra atención. La primera consiste en las dificultades en recordar números, que quizá participaron en suponer que había pasado más de un año desde el accidente, cuando solo habían transcurrido algo más de seis meses. Como al paciente aludió a este hecho para justificar que sus convulsiones no estuvieron ligadas con el accidente (y la consiguiente alteración cerebral), por lo cual podía consumir alcohol, más bien ubicáramos esta “equivocación” en el contexto de un sistema defensivo basado en la desmentida. La segunda perturbación (sustituir la significatividad intrapsíquica de “ataque” y “duelo”, respectivamente, por su valor vincular hostil) pone en evidencia una dificultad para reflexionar sobre sí. También esta dificultad parece obedecer al empleo de la desmentida, con el complemento de la proyección. Sin embargo, sobre todo las dificultades con los números permitirían inferir la eficacia de un trastorno neurológico (ya que antes del accidente esta dificultad parecía no existir). En tal caso, una perturbación neurológica rendía un resultado que el paciente a su vez usaba al servicio de la desmentida.

B. Isabel: un caso de afasia medianamente severa

I. Muestra

Estando embarazada, Isabel (37 años) fue golpeada en la cabeza por su pareja. Tuvo un coágulo en el cerebro y debió ser operada a los 30 años. Poco después parió a su hijo, ya separada de su pareja. Como nunca había trabajado, durante dos años vivió con su madre, y, cuando esta murió, pasó a vivir con su tía y su prima. Como no se

ocupaba del hijo, quien con el tiempo dejó de concurrir al colegio y sufrió una desnutrición progresiva, sus familiares, luego de una crisis con un sobrino de la edad de su hijo, la denunciaron y fue internada en una institución psiquiátrica con un diagnóstico de esquizofrenia. El hijo fue derivado a un hogar sustituto. Isabel pasó por diferentes instituciones, hasta que en una de ellas se le detectó una pérdida creciente de sus funciones lingüísticas, por lo cual se le pidió a un psicólogo especializado un diagnóstico y una opinión acerca de 1) si era pertinente tratarla en una institución de rehabilitación de las afasias y 2) si estaba en condiciones de salir de la internación durante los fines de semana para estar con su hijo.

1. Cuando el entrevistador, tras presentarse, le pregunta “por qué está acá”, la paciente responde “qué voy... qué puedo hablar”, y ante el asentimiento del entrevistador prosigue: “Bueno, lo que usted quiera”. El entrevistador reitera la pregunta acerca de por qué está internada en el instituto, y la paciente responde: “Bueno, yo estoy en el instituto... Estuve ahí pero me lo llevaron, el doctor. Hace cuatro años que estoy en un lugar que no sé por qué me pusieron tanto tiempo con el doctor Raimúndez. Y estuvo... Primero empezó con Susy, mi prima, pero mi prima después me dejó y ahora no me da ni la ropa. Dicen que lo dejan que hacer las cosas más en un lugar, no sé qué van a hacer, no sé qué iba a hacer, no sé cómo puedo decir. Eh, bueno, eh... ese lugar es mi casa”. Poco después aclara: “Mi casa, o sea la casa es de mí mamá. Mamá murió pero yo creo que es mi casa”, y agrega que la madre había muerto hacía mucho, “murió desde 1990”. El entrevistador le pregunta qué pasó en esa época y la paciente responde: “y ahora lo que pasó es que estuvo alguien antes. Estaba ahí en el lugar, donde estaba con la casa de mi prima y con los hijos”. El hijo mayor de su prima “me hizo crisis de nervios”. El entrevistador le pregunta “¿qué le hizo?, ¿nervios?” La paciente responde “Me hizo nervios, me hizo nervios. Empezó temblor, llorando, este... Dice que fue mi culpa, ‘y sí, bueno, si fue mi culpa, fue sin querer. Yo no sé qué puedo decir, lo siento. No sé cómo puedo hacer.’ Yo digo que es verdad, ‘sí, es verdad, verdad’. ‘Perdón’, le digo a mis primos y a mi prima.”. Agrega que su prima no viene, no le trae ropa, sus cosas, no aparece, no dice nada. Ante la pregunta del entrevistador acerca de qué más perdió responde: “esa mi ropa está en la ca... yo me pasó, de donde estaba, de mi pri... de mi mamá. Y fui, pasé para el otro lado, o sea pasé para la casa de la... es la hija... No, no, no, es la hermana de mí... de mi mamá. Y ahí murieron, murieron todos. Y bueno, ahora está mi prima”.

2. El entrevistador le pregunta cómo se siente en el instituto y la paciente describe que la cambiaron varias veces de piso y que hay gente grande y jóvenes. Ante la pregunta del entrevistador describe que hacen musicoterapia y gimnasia “Hacemos cosas de... de... para hacer con un... uno que es un... para hacer pintura. Nos presta la pintura, nos da la comida, nos da la... Hacemos... nosotras ayudamos, le damos la

ro... ¿Cómo es?... Hacemos para que los platos, los cubiertos, los tenedores, todo eso". Agrega que además hacen "labores que son muy lindos". El entrevistador le pregunta cómo se lleva con los demás en las actividades. La paciente responde: "para los talleres para manual, son para hacer cosas con lo que uno quiere. Por ejemplo, agarrar algo para hacer una cosa linda, una cosa hermosa y todas nosotras le decimos: '¡ay! qué bonito, qué hermoso, qué lindo', y ese es para llevárselo a su familia o a otra gente. Para dárselo a mi hijo, por ejemplo, le doy, le doy, también le doy a mi tía...". Luego de refiere a su hijo de 14 años al que nombra. El está en una casa hogar; agrega: "porque lo pusie... lo llevaron. Lo llevaron a mi hijo. Y a mí yo no sabía y no me gustó. Para mí me parece que me lo llevaron ahí, a otro lugar, y bueno... Igual me lo dan. Ahora me lo prestan". Agrega que le dan dinero si lo necesita, ella antes trabajaba. Ante las preguntas del entrevistador aclara que trabajaba en una escuela donde "hacíamos con lo... con la máquina... con la máquina, y le damos para otra a la oficina. Se lo das a otra y se lo dan. Lo hacemos nosotras con los papeletos o los cuadernitos, lo hacemos para todas las maestras". Vuelve a hablar de la relación con su hijo, que una vez estuvo con ella, "con la madre, para estar con la madre. Y entonces yo por suerte 'qué alegría, estoy contenta'. Entonces yo me... después, no sé, después no me lo traen. Y quiero, me gusta que venga con Luisa también, que me ayuda". No recuerda en ese momento quién es Luisa, porque se olvidó. El entrevistador le pregunta qué hacen con Luisa y la paciente responde: "Vamos a comprar. Vamos a comprar cosas para darme a mí, para ir al instituto", y enseguida agrega: "También vamos a comer, a comer, vamos a comer. Vamos aunque sea las dos, las dos juntas para hablar, ayudar, hablar, hablar". El entrevistador la pregunta si hace mucho que tiene problemas de memoria. La paciente responde "Sí, se me olvidó la memoria. Si yo, por ejemplo, hablo todo bien, pero para acordarme después... digo antes, para volver de nuevo me olvido de la memoria, me olvido. Se me traba la cabeza". Aclara que tuvo un coágulo cerebral. Agrega que tuvo suerte. Relata que la madre le dijo: "andá, andá a bailar". Fue a bailar pese a que no le gustaba el baile ni la gente, que era mayor. Estuvo con el marido y se dijo que era como agarrarlo ya. "¡Voy a casarme ya mismo y listo!". Así se casó. No tendría que haberlo hecho, y al marido le pasó lo mismo. El no entendía. Ambos se equivocaron. El marido era borracho. Ella no sabe cómo está él ahora, él no trabajaba. El entrevistador le pregunta si él la golpeaba y la paciente responde: "¿A mí? Dicen que me pegó. Mi mamá dijo que me pegó, pero yo no me acuerdo. Yo digo que 'no ma, él no me pegó'. 'Sí que te pegó, sí que te pegó', me decía mi mamá, pero yo no me acuerdo. Yo creo que no. Pero mamá dice: 'ya pasó'".

3. El entrevistador le pregunta qué siente recordando estos hechos, cómo se siente en el presente. La paciente responde: "me siento un poquito mal. Me siento un poquito mal, tristeza, tristeza. Porque yo quisiera estar con mi hijo. Por eso algunas veces yo

lloro, algunas veces, pero no lloro, no lloro nada igual. Este... yo lo que pasa es que quiero que estar bien y estar, estar bien con mi nene. También, por supuesto, quiero estar muchísimo, muchísimo estar con él“. El entrevistador le pregunta qué hace cuando se siente triste y la paciente responde: “Me pongo, se ponen...tristeza, y no... dice: ‘no se pone tristeza y no’... Como hay muchas chicas estoy muy contenta, estoy muy feliz, alegría. Estoy contenta, mejor, mejor“. Poco después agrega “yo amo mucho a mi hijo. Lo amo. Lo quiero mucho. Mi pobre hijo quiere estar mi hijo con la madre”.

4. Como la paciente se toca la cabeza, el entrevistador le pregunta si recuerda cuando estuvo internada por el problema cerebral. La paciente responde: “Sí. Estaba en el Hospital X. Un doctor es la que me operaron. Porque yo casi estaba muriendo. Yo le dije a mi mamá: ‘me voy a morir’. Así sin querer, no sé cómo pasó, como si Dios lo quiso. Entonces me dice: ‘¡no, pero no, ma, este... pero no, hija, no te vas a caer, a morir!’ Entonces yo le dije...’bueno’, yo en el momento le dije ‘no’. Y ahí me pasó. Pero yo me desmayé y me tuvieron que operar; sin pelo, o sea en la cabeza. Y está mal la cabeza“. Agrega que “la memoria está un poco..., está un poco mal de la cabeza. Yo hablo bien, yo creo que está bien, pero se me traba, me olvido, confunde“.

5. El entrevistador le comenta entonces qué tratamientos de rehabilitación recibiría en la institución. Agrega que estos tratamientos llevan tiempo. La paciente acepta y dice que un médico ya le había dicho algo similar. El entrevistador le comenta que a veces ella parece acordarse cuando él le hace algunos comentarios. Van a ver por qué algunas cosas las recuerda y otras no. La paciente acepta y le pregunta el nombre, para acordarse. El entrevistador se lo repite.

6. En seguida el entrevistador le pregunta cómo se sintió durante la sesión. La paciente responde “estuve haciendo los ojos para ver, de este lado no veo y de este lado veo. Si veo para este lado, sí, para este lado...“. El entrevistador le aclara que después estudiarán su problema visual y repite la pregunta. La paciente dice que se sintió bien.

7. El entrevistador le pregunta si desea tener otro encuentro y la paciente responde: “Bueno, para estar mejor, para que esté bien “.

II. Análisis

II.1. Análisis del discurso de la paciente

II.1.1. Análisis del relato

I.1. Isabel vivía con la prima,

2. Por el influjo de la paciente, un hijo de la prima tuvo una crisis de nervios,



3. La paciente fue internada en una institución psiquiátrica.

II.1. La paciente admite su responsabilidad y pide disculpas,
2. La prima no la llama ni le trae sus cosas.

III.1. La paciente vivía con su madre,
2. Ella murió y su prima y ella ocuparon la casa.

IV.1. En el instituto la mudaron varias veces de piso,
2. Con una profesional del instituto sale de compras para los demás y cocinan, participa en diferentes talleres y realiza objetos para regalar a su hijo y su tía.

V.1. A su hijo lo ubicaron en una casa-hogar.
2. Cuando se enteró, a ella eso no le gustó.

VI.1. Cada tanto le “prestan el hijo”,
2. Entonces la paciente se siente feliz.

VII.1. Ella tiene dinero,
2. Antes trabajaba en una escuela, en tareas burocráticas.

VIII.1. Pese a que no le gustaba, fue a bailar inducida por su madre,
2. Conoció a su marido y se casó rápidamente,
3. Ambos se equivocaron.

IX.1. Su marido era borracho y no trabajaba,
2. En una oportunidad le pegó,
3. Entonces tuvo un coágulo cerebral y la operaron.

X.1. Por momentos se siente mal porque no está con su hijo al que ama,
2. Pero luego se alegra porque en el instituto hay varias chicas.

XI.1. Cuando el marido le pegó, ella se desmayó y la tuvieron que operar,
2. Cuando la intervinieron quirúrgicamente pensó que moriría, quedó sin pelo y mal de la cabeza,
3. Ahora tiene problemas de memoria.

La numeración previa de las historias respeta el orden expositivo de la paciente. El enfoque cronológico implicaría este reordenamiento: 1) VIII, 2) IX, 3) XI, 4) III, 5)

I, 6) II, 7) V, 8) IV, 9) VI, 10) VII, 11) X. Sin embargo, el relato XI incluye efectos (pérdida de memoria) que duran hasta el momento de la entrevista.

Los relatos VIII, IX y XI corresponden al origen de su coágulo y las consecuencias que tuvo sobre su sistema nervioso, los relatos III, I, II y V aluden a la historia de su internación, y los relatos IV, VI, VII y XI, a su situación actual. Como ya indicamos, algo del relato XI (pérdida de memoria) también corresponde a la situación actual. En la tabla II se muestra la combinación de las erogeneidades, las defensas y su estado en los once relatos.

Tabla II: Erogeneidades, defensas y su estado en las secuencias narrativas

	Erogeneidad	Defensa	Estado	Función
I	O1	Desestimación de la realidad y la instancia paterna	Fracasado	Complementaria
	A1	Desestimación de la realidad y la instancia paterna	Fracasado	Central
II	O2	Desmentida	Fracasado	Complementaria
	A1	Desmentida	Fracasado	Central
III	O2	Desmentida	Fracasado	Complementaria
	A1	Desmentida	Fracasado	Central
IV	O2	Desmentida	Exitoso	Complementaria
	FG	Represión	Exitoso	Central
V	A1	Desmentida	Fracasado	
VI	O2	Desmentida	Exitoso	
VII	O1	Desestimación de la realidad y la instancia paterna	Exitoso	
VIII	O2	Desmentida	Fracasado	Central
	FG	Represión	Fracasado	Complementaria
IX	LI	Desestimación del afecto	Fracasado	
X	O2	Desmentida	Exitoso	Complementaria
	FG	Represión	Exitoso	Central
XI	LI	Desestimación del afecto	Fracasado	Complementaria
	O1	Desestimación de la realidad y la instancia paterna	Fracasado	Central

En la relación con la pareja, el embarazo, los golpes sufridos y su intervención quirúrgica predominan LI y la desestimación fracasada del afecto. Cuando fue internada en el hospital psiquiátrico preveía una estructura paranoide (A1 combinado con la desmentida fracasada), con una vivencia de haber sido despojada injustamente de sus bienes por la prima. En cambio, su situación es algo diferente en el estado actual de internación en el instituto (O2 y la desmentida exitosa, combinada con FG y la represión exitosa). Entre ambos, prevalece FG y la represión exitosa. Sin embargo, el relato VI muestra otra corriente psíquica de la paciente, ya que Isabel no tenía estudios que le permitiesen trabajar como ello lo describió. Parece tratarse más bien de una ficción que la paciente se construyó, con una discordancia entre las palabras y los hechos (O1 y la desestimación exitosa). En el estado actual, reflejado sobre todo en los relatos IV, VI, VII y X (y en parte en el XI), se combinan pues O2 y la desmentida exitosa, FG y la represión exitosa, y O1 y la desestimación, con un predominio de esta última. La desestimación resulta exitosa en el relato VII, pero fracasa en el relato XI.

El análisis que acabamos de hacer coincide solo parcialmente con los detalles que conocemos de la paciente. Sobre todo se da una diferencia respecto del estado de la paciente al dejar a su hijo librado a la desnutrición. En ese momento la paciente parece haber sufrido una crisis esquizofrénica en que fracasó la defensa (O1 y la desestimación fracasada de la realidad y la instancia paterna), mientras que en el presente por momentos esa misma defensa tiene éxito (relato VI) y por momentos fracasa (relato XI).

II.1.2. Análisis de los actos del habla

Resulta mucho más compleja la investigación de los actos del habla de la paciente. Desde el punto de vista paradigmático podemos advertir estos lenguajes del erotismo: LI, en las referencias al cuerpo propio, O1, en el empleo de palabras desconectadas de los hechos, la sustitución abrupta de la primera por la tercera persona, la desorientación sintáctica, las ambigüedades y las alusiones hipocondríacas, O2, en las referencias a los afectos, A1, en las denuncias, A2, en las alusiones a situaciones concretas, objeciones, aclaraciones, y en las referencias al no saber qué pasó y por qué pasó, FU, en la tendencia a la localización espacial o temporal, los atenuadores semánticos (un poco, casi) y las muletillas y FG, en las dramatizaciones, exageraciones, la redundancia sintáctica y las preguntas por el cómo. Es decir, todos los lenguajes del erotismo se hallan presentes en el discurso de Isabel. Sin embargo, no todos tienen el mismo peso funcional, cosa que se hace evidente en el análisis sintagmático que sigue. En la entrevista es posible diferenciar siete fragmentos, cada uno de los cuales se distingue por el tipo de intervención del entrevistador.

En el primer fragmento (25% del discurso total de la paciente) el entrevistador pretende recabar información sobre el motivo por el cual Isabel está internada. La paciente responde con un discurso en que se combinan O1 (desorientación sintáctica y sustitución de la primera por la tercera persona y ambigüedad) y la desestimación fracasada de la realidad y la instancia paterna, A1 (denuncia) y la desmentida exitosa, A2 (relatos de situaciones concretas) y la defensa fracasada acorde a fines, y FG (dramatizaciones) y la defensa exitosa acorde a fines, con el predominio del segundo. Resulta notable que, si bien en un comienzo prevalece O1 en versión disfórica, luego, a partir de que comienza a dramatizar (FG) la escena con la prima, la paciente logra organizarse y termina ubicándose como víctima de sus injusticias, lo cual le permite denunciarla y acusarla (A1). En un comienzo FG se acompaña de la represión fracasada, y luego, cuando empieza a dramatizar, se acompaña de la defensa exitosa acorde a fines.

En el segundo fragmento (46% del discurso total de la paciente) el entrevistador alude al estado afectivo de la paciente en el instituto y esta responde con un lenguaje hiperrealista (LI y la desestimación exitosa del afecto), combinado con exageraciones (FG y represión exitosa), con un predominio de LI. Entonces el entrevistador pasa a preguntarle por las actividades que realiza en el instituto y por cómo se lleva con los demás. Isabel responde con un extenso discurso con varios sectores. Comienza 1) aludiendo al grupo de manualidades, 2) luego se refiere a la relación con su hijo (con un relato intercalado sobre un pretendido trabajo propio), 3) más adelante describe su vínculo con Luisa y 4) por fin se centra en los problemas de memoria y su origen (relación con la pareja violenta y los golpes).

En el primer sector (manualidades) Isabel combina relatos de hechos concretos (A2) y dramatizaciones y ejemplos (FG), con un predominio de este último. Este sector es ilustrativo. Al comienzo la paciente 1) intenta describir hechos concretos, pero no dispone de recursos lingüísticos para ello (A2 y defensa fracasada acorde a fines), y 2) recurre a referencias estéticas y al cómo (FG y defensa exitosa acorde a fines). En un comienzo predomina A2 en versión disfórica, pero luego ocurre un viraje, y en la paciente, a partir del ejemplo, prevalece una versión eufórica de FG. En el segundo sector (relación con el hijo) Isabel combina O2 (alusión a estados afectivos) y la desmentida exitosa, A1 (denuncia) y la desmentida exitosa, A2 (relatos de hechos concretos) y la defensa fracasada acorde a fines, y FG (dramatizaciones, referencias a lo que le gusta) y la defensa exitosa acorde a fines, con un predominio de FG. En el relato intercalado en el segundo sector (referido a su presunto trabajo) predominan O1 (relato contradictorio con la realidad) y A2 (descripción de una realidad concreta), con el predominio de O1. Es llamativo que el discurso fabulador de la paciente (O1 y la desestimación exitosa de la realidad y la instancia paterna) surja en el seno de sus frases FG y O2 eufóricas referidas al vínculo con el hijo. En el tercer sector (relación con Luisa) Isabel combina A2 (relatos de hechos concretos) y FG (redundancia sintáctica). En este tercer sector se repite la escena del primero: una escena disfórica A2 (relato frustrado de un hecho concreto) y defensa fracasada acorde a fines es resuelta exitosamente al prevalecer FG (redundancia sintáctica) y defensa exitosa acorde a fines. En el cuarto sector (problemas de

memoria y su origen) la paciente combina LI (referencias a estados y procesos orgánicos) y la desestimación exitosa del afecto, O1 (referencias hipocondríacas y desorientación sintáctica) y la desestimación fracasada de la realidad y la instancia paterna, A2 (relatos de hechos concretos, autorrectificaciones, objeciones, referencias al recuerdo y al olvido) y defensa fracasada acorde a fines y FG (dramatizaciones) y defensa exitosa acorde a fines, con el predominio de FG. En este cuarto sector advertimos dos partes: en la primera Isabel alude a sus problemas de memoria y en la segunda a su origen en los golpes que lo propinó su marido. En la primera prevalecen desorientaciones sintácticas y referencias hipocondríacas (O1 y la desestimación fracasada de la realidad y la instancia paterna) y en la segunda, dramatizaciones (FG y la defensa exitosa acorde a fines). En suma, en este segundo fragmento predomina FG y la defensa exitosa acorde a fines.

En el tercer fragmento (12% del discurso total de la paciente) el entrevistador insiste con su referencia al estado afectivo, pero ahora centrado en la conexión con los recuerdos que Isabel evocó y con la situación presente. La paciente responde aludiendo al vínculo con su hijo y al vínculo en la institución. El primer tema comienza y cierra este tercer fragmento, y el segundo está intercalado. En relación con su hijo, la paciente privilegia O2 (referencia a estados afectivos y al amor), FU (atenuadores semánticos, muletilla), y FG (exageraciones, referencias a su deseo). En el conjunto predomina FG y la defensa exitosa acorde a fines. La última frase (“Mi pobre hijo quiere estar mi hijo con la madre”) de este tercer fragmento es significativa: permite inferir un amago de desorientación sintáctica (O1), de la cual Isabel se recupera con la repetición (redundancia sintáctica) de “mi hijo”. También se advierte que al final de la frase ha sustituido “conmigo” por “con la madre”, es decir, la primera por la tercera persona (O1). Esta sustitución, sin embargo, no corresponde necesariamente a una perturbación semántica, ya que la frase puede incluir la perspectiva del hijo, en el vínculo con la hablante. En este último fragmento (“yo amo mucho a mi hijo. Lo amo. Lo quiero mucho. Mi pobre hijo quiere estar mi hijo con la madre”) advertimos pues redundancia sintáctica (FG), referencia a estados afectivos (O2) y pasaje brusco de la primera a la tercera persona (O1). En el conjunto prevalece FG en versión eufórica. En cuanto al sector intercalado (vínculo con la institución), predominan O1 (referencias a sí misma en tercera persona) y la desestimación fracasada de la realidad y la instancia paterna, O2 (referencia a estados afectivos) y la desmentida exitosa, y FG (exageraciones, dramatizaciones, redundancia sintáctica) y la defensa exitosa acorde a fines, con un predominio de FG. Es interesante analizar con mayor detalle los actos del habla del sector intermedio, referido a su tristeza: “Me pongo, se ponen... tristeza, y no... dice: ‘no se pone triste y no’... Como hay muchas chicas estoy muy contenta, estoy muy feliz, alegría”. En un comienzo Isabel sustituye la primera por la tercera persona y el adjetivo que denota un estado afectivo (“triste”) por el sustantivo (“tristeza”). La frase queda interrumpida La referencia al estado afectivo corresponde a O2, pero la utilización de la tercera persona es propia de O1. En cuanto a la autointerrupción, es inherente a FU. La frase siguiente es diversa, ya que reúne una dramatización y una insistencia de la tercera persona (“no se pone triste”), y queda igualmente interrumpida. Como la previa, esta frase

combina O1, O2 y FU, pero además agrega FG (dramatización). Por fin, la paciente parece recuperarse con frases que combinan referencias a estados afectivos (O2) y exageraciones y redundancias (FG). Ha desaparecido FU en versión disfórica, y disminuido O1 también en versión disfórica, y cobran mayor hegemonía O2 y FG.

En el cuarto fragmento (10% del discurso total de la paciente), en que el entrevistador recaba detalles sobre lo que sucedió en la internación por el problema cerebral, la paciente alude al momento de la operación y a sus consecuencias. En relación con la operación, predominan LI (referencias a estados corporales), A2 (relatos de sucesos concretos, objeciones), FU (atenuador semántico: casi) y FG (dramatizaciones, pregunta cómo). En el conjunto predominan inicialmente FG y la defensa exitosa acorde a fines y finalmente O1 (discurso hipocondríaco) y la desestimación fracasada de la realidad y la instancia paterna. En relación con las consecuencias, Isabel combina LI (referencias a estado corporales), O1 (lenguaje hipocondríaco), A2 (referencias al olvido, descripción de un hecho concreto, aclaración: o sea), y FU (atenuadores semánticos), con el predominio de O1 y la desestimación fracasada de la realidad y la instancia paterna. En este sentido, la secuencia de actos del habla de este cuarto fragmento es inversa de la del cuarto sector del segundo fragmento. En el cuarto sector del segundo fragmento, O1 y la desestimación fracasada de la realidad y la instancia paterna fueron sustituidos por FG y la defensa exitosa acorde a fines. En el cuarto fragmento, FG y la defensa exitosa acorde a fines fueron reemplazados finalmente por O1 y la desestimación fracasada de la realidad y la instancia paterna.

En el quinto fragmento (5% del discurso global de la paciente), en que el entrevistador describe el programa de trabajo en el instituto, la paciente acuerda con él y pregunta por su nombre (A2 y la defensa exitosa acorde a fines).

En el sexto fragmento (1% del discurso global de la paciente), ante nuevas preguntas del entrevistador sobre el estado afectivo de Isabel (durante la sesión) esta responde aludiendo a su estado corporal (LI) y a sus preocupaciones por su visión (O1) y, ante la reiteración de la pregunta por el entrevistador, responde con una referencia a su sentir (O2).

En el séptimo fragmento (1% del discurso global de la paciente), como cierre, el terapeuta pregunta si la paciente acepta tener otra entrevista y esta asiente (A2) y alude a su objetivo, ligado con su estado afectivo (O2) y sobre todo somático (LI), incluyendo una redundancia sintáctica (FG). En el conjunto predominan O2 y la desmentida exitosa.

Considerados los siete fragmentos en su conjunto (ver Tabla III), podemos advertir que la dramatización, el embellecimiento, la exageración y la redundancia sintáctica son recursos FG que le permiten a Isabel rescatarse de estados de parálisis y malestar ligados sobre todo a escenas disfóricas LI y O1. También los actos del habla O2 (en escenas eufóricas o disfóricas) y los actos del habla A1 contribuyen a este rescate respecto de las escenas disfóricas LI y O1. La combinación entre O2 y FG (dominante) para neutralizar O1 se advierte sobre todo en los fragmentos primero, segundo y tercero, correspondientes al 83% inicial de la entrevista. Inclusive la paciente logra desplegar una escena O1 eufórica (desvarío acerca de su presunto trabajo en un colegio), en el momento culminante de la alianza O2 y FG de actos del habla que despliegan escenas eufóricas, con un predominio de FG. Solo se advierte un fracaso de este recurso a O2 y FG en los fragmentos finales, sobre todo el cuarto y el sexto. En ellos, aunque los recursos FG tienen también peso, predomina finalmente O2 en versión eufórica.

Tabla III: Principales erogeneidades, defensas y estados en los actos del habla de Isabel

Fragmento I (25%)

	Erogeneidad	Defensa	Estado
Comienzo	O1	Desestimación de la realidad y la instancia paterna	Fracasado
Medio	FG	Acorde a fines	Exitoso
Fin	A1	Desmentida	Exitoso

Fragmento II (46%)

Comienzo	LI	Desestimación del afecto	Exitoso
Sector primero	FG	Acorde a fines	Exitoso
Sector segundo		Acorde a fines	
Relato central	FG	Desestimación de la realidad y la instancia paterna	Exitoso
Relato intercalado	O1		Exitoso
Sector tercero	FG	Acorde a fines	Exitoso
Cuarto sector		Desestimación de la realidad y la instancia paterna	
Comienzo	O1		Fracasado
		Acorde a fines	
Fin	FG		Exitoso

Fragmento III (12%)

Relato central	FG	Acorde a fines	Exitoso
Relato intercalado	FG	Acorde a fines	Exitoso

Fragmento IV (10%)

Comienzo	FG	Acorde a fines	Exitoso
Fin	O1	Desestimación de la realidad y la instancia paterna	Fracasado

Fragmento V (5%)

A2	Acorde a fines	Exitoso
----	----------------	---------

Fragmento VI (1%)

O1	Desestimación de la realidad y la instancia paterna	Fracasado
----	---	-----------

Fragmento VII (1%)

O2	Desmentida	Exitoso
----	------------	---------

II.1.3. Relaciones entre escenas relatadas y escenas desplegadas

Tanto en el nivel del relato cuanto en el de los actos del habla en la paciente se da una combinación de O1 y la desestimación de la realidad y la instancia paterna, O2 y la desmentida y FG y la defensa acorde a fines. El momento en que prevalece FG permite inferir escenas correspondientes al período en que, inducida por su madre, fue a bailar y buscó matrimonio y embarazo. En ese momento O1 y O2, complementos de FG, se presentan en versión eufórica. En cambio, las escenas de la entrevista en que predomina O1 en versión disfórica permiten inferir el estado previo a su internación psiquiátrica, e inclusive tal vez anterior a su búsqueda de una pareja. En cuanto a O2 en versión eufórica en la entrevista, permitiría inferir cómo fue el período de convivencia con su madre y su hijo; y los momentos O2 en versión disfórica en la entrevista permiten inferir el estado de la paciente luego de la muerte de su madre. En cuanto al predominio de LI en la entrevista, parece coincidir con el período del embarazo, los golpes de su pareja, la posterior intervención quirúrgica y el parto. Además, algunas escenas A1 en la entrevista parecen tener su equivalente en las escenas posteriores a la denuncia de sus familiares y su internación psiquiátrica. En consecuencia, es posible distinguir en Isabel cinco fragmentos: 1) neurosis traumática,

2) esquizofrenia, 3) caracteropatía depresiva, 4) rasgos paranoides, 5) rasgos histéricos. Entre ellos los rasgos histéricos y los rasgos depresivos y paranoides tienen un carácter complementario. Son centrales, en cambio, los dos primeros. El análisis más fino de la articulación entre estas corrientes psíquicas de la paciente se realiza luego (III.2)

II. 2. Análisis del discurso del entrevistador

Durante el primer fragmento el entrevistador pretende recabar información (A2). Tras ello, al comienzo del siguiente fragmento procura sintonizar con la paciente, para lo cual pregunta por su estado afectivo en el instituto (O2). Al obtener una respuesta hiperrealista de Isabel, el entrevistador vuelve a recabar información (A2). Tras el extenso parlamento de la paciente, en el tercer fragmento el entrevistador otra vez trata de sintonizar con la paciente aludiendo a su estado afectivo (O2), esta vez en relación con la evocación de la relación con la pareja. En el cuarto fragmento el entrevistador vuelve a recabar información (sobre el problema cerebral), para luego describir en el fragmento quinto, los tratamientos de rehabilitación que la paciente habrá de recibir. También afirma que en ocasiones la paciente recuerda y en otras no, y agrega que procurarán detectar por qué ello es así (A2). En el fragmento sexto el entrevistador pretende otra vez sintonizar afectivamente con la paciente (O2), al preguntarle cómo se sintió en la entrevista, y diferencia la entrevista en curso de las restantes (A2). Predomina O2. En el siguiente fragmento, de cierre, acuerda con la paciente otro encuentro (A2).

En suma, en los fragmentos primero, segundo y cuarto el entrevistador recaba información (A2). Sus intervenciones son introductorias.

En los fragmentos segundo (al comienzo), tercero y sexto pretende sintonizar afectivamente con Isabel, y en los fragmentos quinto y séptimo organiza los vínculos (con otros profesionales, con él mismo), lo cual corresponde a A2. En todas estas ocasiones las intervenciones (O2 o A2) son centrales.

En el segundo fragmento el entrevistador evidencia un cambio de estrategia, una rectificación: inicialmente pretende sintonizar afectivamente con la paciente (O2) pero, ante la respuesta de Isabel, que combina LI y la desestimación exitosa del afecto, cambia hacia A2 y en la tentativa de recabar información (como intervención introductoria).

En cuanto a las intervenciones centrales, el entrevistador pasa de manera pertinente, de O2 a A2 en dos oportunidades. En cuanto al pasaje de O2 (central) a A2 (introductoria) en el fragmento segundo, constituye una rectificación pertinente de la estrategia, ya que quizá O2 como intervención central era aún prematura.

II. 3. Relación paciente-entrevistador

Podemos advertir que en varios momentos la paciente no responde a las preguntas del entrevistador. Así se nota al comienzo de la entrevista: la paciente va pasando de comentarios no acordes con los pedidos de información del entrevistador a otros más acordes. Lo mismo ocurre en el fragmento quinto. Tales dificultades parecen no derivar de una resistencia (evitación, por ejemplo) de Isabel al trabajo propuesto por su interlocutor sino a la combinación entre sus problemas neurológicos y su componente psicótico.

En cambio, otras interferencias en cuanto al trabajo en la entrevista parecen tener un valor diferente. En efecto, durante la entrevista Isabel pretendió (fragmentos 1, 2 y 3, es decir el 83% de la sesión) desarrollar defensas exitosas que fueran la inversa de las defensas patógenas fracasadas en sus relaciones extratransferenciales, pero luego (fragmentos 4 y 6) estas defensas patógenas fracasadas pasaron a ocupar también el primer plano en el intercambio con el entrevistador. Es posible advertir que el cambio de sistema defensivo de la paciente durante la entrevista ocurrió en el fragmento 4, y fue consecuencia de una intervención del entrevistador referida al problema cerebral. A su vez, el entrevistador formuló su pregunta sobre el tema inducido por el gesto de la paciente, quien se tocaba la cabeza. En el fragmento 2 ya el entrevistador había preguntado al respecto, y la paciente se recuperó de una claudicación similar de la defensa recurriendo a la dramatización (FG) y el argumento afectivo (O2). Pero en el fragmento 4 ello no ocurrió. La tendencia defensiva exitosa recurriendo al embellecimiento y al énfasis en el amor dejó paso a la presentación del problema central.

La entrevista que analizamos tenía dos finalidades: 1) decidir acerca de la realización del tratamiento de rehabilitación, 2) decidir acerca de si Isabel podía salir de la internación durante los fines de semana. Obviamente, ambas decisiones podrían no ser contradictorias, pero la extensa primera parte de la entrevista (83%) estuvo signada sobre todo por el esfuerzo de Isabel por obtener el permiso para salir de la internación, y la parte final mostró a la paciente resignada a esta búsqueda de ayuda. Inesperadamente, esta nueva perspectiva de análisis que implica tomar en cuenta qué objetivos tenía Isabel ante el entrevistador, conduce a reconsiderar el valor de FG y O2 en toda la extensa primera parte. En efecto, desde la perspectiva que estamos analizando ahora, FG parecería al servicio de A1 y una desmentida patógena exitosa: obtener la libertad, salir de la "prisión". Solo en la parte final de la entrevista esta estrategia fue reemplazada por el pedido de ayuda.

Respecto del terapeuta, ya señalamos el carácter pertinente de sus intervenciones y de su auto-rectificación. En cuanto a la contratransferencia, un "error" del entrevistador ("nervios" en lugar de "crisis de nervios"), del fragmento 1 pone en evidencia

la eficacia del discurso de la paciente. Es posible inferir en el entrevistador una identificación transitoria con los procesos psíquicos patógenos de su interlocutora. Esta identificación es a su vez secundaria a una represión fracasada, y constituye el camino del retorno de lo reprimido.

III. Perturbaciones lingüísticas

III.1. Un enfoque global

En cuanto a las manifestaciones lingüísticas por las que Isabel fue derivada al instituto de rehabilitación, afectan de manera desigual en el nivel del relato y en el de los actos del habla. En cuanto al relato, la paciente pudo presentar una razonable cantidad de secuencias coherentes, que pusieron claramente en evidencia sus erogeneidades y sus defensas. En cambio, la perturbación lingüística se manifestó marcadamente en el nivel de los actos del habla. A su vez, en este nivel es posible advertir diferencias, ya que las perturbaciones lingüísticas crean mayores interferencias en el despliegue de algunas escenas que en el desarrollo de ciertas otras. Respecto de LI prácticamente no existen perturbaciones. Para O1, las perturbaciones interfieren en el desarrollo de un discurso no acorde a los hechos y en el mantenimiento de la coherencia y de la orientación sintácticas e ideativas. Para O2, las perturbaciones son menores. Inclusive, por momentos esta escena resulta hipertrófica (“estoy muy contenta, estoy muy feliz, alegría”). Algo mayores son las interferencias en cuanto al despliegue de A1, sobre todo por la falta de recursos lingüísticos para sostener la denuncia o la acusación a su prima por el despojo sufrido (casa, hijo, ropas). El mayor problema se presenta cuando la paciente pretende desplegar escenas A2: argumentación racional, descripción de hechos concretos. En su lugar, aparece un estado de incertidumbre (“no sé qué”, “no sé por qué”, etc.). También se presentan dificultades respecto de FU, en particular para expresar escenas ligadas a la localización espacio-temporal. Inclusive realiza una rectificación semánticamente errónea (“hablo todo bien pero para acordarme después... digo antes, para volver de nuevo me olvido”) referida a la localización temporal (después-antes). En cambio, respecto de FG la paciente revela tener una mayor variedad de recursos expresivos, lo cual le permite inclusive realizar una rectificación acertada de su propia dramatización (“Entonces me dice: ‘¡no, pero no ‘ma, este... pero no, hija, no te vas a caer, a morir!’”).

III.2. Un enfoque microanalítico

La paciente manifiesta dos tipos de problemas: las perturbaciones lingüísticas y las dificultades para evocar hechos concretos. En cuanto a las perturbaciones lingüísticas advertimos dos básicas: 1) olvido de palabras, 2) perturbaciones semántico-sintácticas. Estas últimas son un rico filón para el análisis. Podemos distinguir entre: a) pasaje brusco de la primera a la tercera persona, b) incoherencia sintáctica, c) pérdida de la orientación sintáctica. Por último, también merecen ser considerados d) los

olvidos de las palabras y la “solución” que Isabel daba a este problema. A ello se suma una perturbación más global, consistente en la imposibilidad de describir hechos concretos, la cual corresponde a una falla parcial en la memoria episódica.

a) La sustitución de la primera persona por la tercera (“primero empezó con Susy, mi prima, pero mi prima después me dejó” contiene una sustitución de “empecé” por “empezó”) se repite varias veces a lo largo de su discurso. Aludir a sí en tercera persona podría indicar que quien habla se ve desde la perspectiva del otro, tal como es inherente a FG. Pero una frase algo posterior de Isabel (fragmento 1) orienta hacia otra interpretación. Isabel dice: “y ahora lo que pasó es que estuvo alguien antes” contiene dos sectores: 1) “y ahora lo que pasó es que” y 2) “estuvo alguien antes”. La primera parte parece responder a la pregunta del entrevistador, con el agregado del “ahora”, y la segunda muestra la sustitución de la primera persona por la tercera, y del “yo” por “alguien”. En la primera parte el “ahora” evidencia una desorientación temporal (FU), y en la segunda el conjunto muestra el peso de O1. En efecto, en tal ocasión se advierte que el “yo” ha sido sustituido por “alguien” (ambigüedad), inherente, igual que “nadie”, a O1.

b) La frase “Estaba ahí en el lugar donde estaba en la casa de mi prima y con los hijos”, del fragmento 1, también resulta sugerente. En un comienzo (“Estaba ahí en el lugar”) contiene la tendencia a la ambigüedad y a la desaparición del yo ya mencionados. Pero luego se presenta un segundo problema, referido a expresar la propiedad (componente de una escena A2) y la localización espacial y la compañía, ambos componentes de una escena FU. El “donde estaba con” sustituye al “donde estaba en”, y el “de mi prima” sustituye al “con mi prima”. El “de” que sustituye al “con” corresponde al conflicto de la paciente con la prima respecto de quién es el propietario de esa casa, que ella supone que le quitaron. El afán por exponer estas varias ideas simultáneas (localización, compañía, propiedad de la vivienda) se resuelve de manera sintácticamente incoherente, sobre todo en cuanto al uso de las preposiciones, lo cual corresponde también a una versión disfórica de O1.

c) Para describir su problema con el lenguaje la paciente hace referencia a su memoria y a sus dificultades para hablar. Lo hace en dos ocasiones: 1) “se me olvidó la memoria. Si yo, por ejemplo, hablo todo bien, pero para acordarme... para volver de nuevo me olvido de la memoria, me olvido. Se me traba la cabeza”, y 2) “está mal la cabeza... la memoria está un poco..., está un poco mal de la cabeza. Yo hablo bien, yo creo que está bien, pero se me traba, me olvido, confundo”. Con ello la paciente parece aludir a una dificultad para mantener una orientación sintáctica en el seno de una frase, ya que olvida la secuencia de palabras que está desarrollando. La frase: “la memoria está un poco... está un poco mal de la cabeza” parece expresar esta dificultad. La segunda frase “está

un poco mal de la cabeza” no parece acorde con la expresión precedente que queda interferida (“un poco...”), o “trabada”, según la paciente, quien resuelve la situación retomando una frase precedente: “está mal la cabeza”, para completar la frase interrumpida. La escena parece corresponder a FU en versión disfórica: perder la orientación, pero en la base contiene una perturbación ligada con el recordar.

Las tres perturbaciones ya analizadas se combinan con la dificultad para hallar las palabras para expresarse. Es notable que la paciente privilegie un tipo de perturbación lingüística (el referido a la desorientación sintáctica) y desconsidere el otro (olvido de palabras). Sin embargo, algunas frases del segundo fragmento (“Hacemos cosas de... de... para hacer con un... uno que es un... para hacer pintura”, etc.) muestran el segundo tipo de perturbación. Es posible que el primero le resultara más displacentero, ya que implica perder la orientación del pensamiento, mientras que, si no pierde esta dirección, sino que la conserva, la paciente supone que finalmente encontrará la forma de transmitir lo que se propone.

d) En cuanto a las limitaciones de la memoria lingüística, se hace evidente sobre todo cuando Isabel debe relatar su internación psiquiátrica y su estado actual en el instituto. En cambio, muestra mayor riqueza expresiva para describir el vínculo con su pareja, la intervención quirúrgica e inclusive la relación con su hijo. En cuanto al vínculo con su prima, el grado de limitación lingüística tiene un carácter intermedio. Es posible formular dos hipótesis al respecto: 1) Isabel tiene más fluidez expresiva para aludir a los episodios más antiguos (operación quirúrgica, etc), un grado intermedio para referirse a sucesos algo posteriores (conflictos con la prima) y mayores dificultades para aludir a los hechos más recientes (internación, etc.). 2) Isabel tiene más fluidez expresiva cuando debe expresar escenas LI, O2 y FG, un grado intermedio para expresar escenas A1 y mucho más restringido para actos del habla O1, A2 y FU. Nos parece preferible la segunda opción, ya que la paciente recurre a las dramatizaciones y exageraciones (FG), así como al énfasis en los afectos (O2), con la correspondiente capacidad expresiva, incluso en las alusiones a su situación actual, y, a la inversa, mantiene la misma dificultad para describir hechos concretos (A2) y para localizarlos espacio-temporalmente (FU) en el pasado.

Se advierte que la falla nominativa corresponde sobre todo a A2. La paciente intenta resolver este problema apelando a un recurso FG, el “¿cómo es?” que emplea cuando advierte (fragmento 2) que no encuentra las palabras: “Hicimos... nosotros ayudamos, le damos la ro... ¿Cómo es?” Casi al comienzo de la entrevista la paciente muestra que este mismo camino (el “cómo”) es la forma de salir de sus limitaciones lingüísticas: “no sé qué van a hacer, no sé que iba a hacer, no sé cómo puedo decir”. Luego completa la “solución” recurriendo a O2, que hace de complemento de FG.

Mientras que la sustitución de la primera por la tercera persona y la incoherencia sintáctica parecen expresar a O1, la pérdida de la orientación sintáctica, junto con el olvido de palabras parecen corresponder a su trastorno en la memoria instrumental, que a su vez se combina con una falla parcial en su memoria episódica. Estos trastornos indican A2 y defensa fracasada acorde a fines, combinada con LI y desestimación fracasada del afecto, que es dominante. Con ello queremos decir que estos trastornos en la memoria durante la sesión constituyen una expresión del fracaso de la defensa y el retorno de la situación traumática. Para encarar el olvido de nombres la paciente recurre a dramatizaciones y referencias a estados afectivos. Incluso en una oportunidad (fragmento 2) se advierte que ha recuperado una palabra que primero no logró evocar. En un momento la paciente dice: “Hacemos cosas de... de... para hacer con un... uno que es un... para hacer pintura”, y poco más adelante agrega: “para los talleres, para manual”. La palabra no evocada al comienzo (“taller”) es recuperada en un momento inmediatamente posterior. Los trastornos en su memoria episódica son también menores. En cambio, son más serias las perturbaciones de su memoria operativa, lo cual le interfiere que mantenga una orientación en la frase. Este parece ser el núcleo de su perturbación afásica, que corresponde a una versión disfórica de LI y la desestimación del afecto.

Si reunimos este análisis con nuestro estudio sobre la ambigüedad y las sustituciones de la primera por la tercer persona así como sobre las incoherencias sintácticas (en las que predominaban O1 y la desestimación fracasada) nos vemos llevados a intentar dar coherencia al conjunto. En efecto, por un lado detectamos que en la paciente algunas perturbaciones del lenguaje parecen originadas en su estructura psicótica y por otro lado, destacamos el peso de la situación traumática y el fracaso de una defensa frente al afecto. Ambas corrientes psíquicas parecen combinarse con un criterio: ante el fracaso de la desestimación del afecto y la pérdida de la orientación en la frase o las fallas nominativas, Isabel recurre a una “solución” basada en la ambigüedad y la incoherencia sintáctica. Es decir, consideremos que en la paciente lo nuclear es la neurosis traumática, y que la corriente psíquica psicótica aparece como tentativa de recuperarse, de autocuración. Desde esta perspectiva O1 tiene una función afín con O2 y FG, es decir, constituye otro recurso para neutralizar el efecto del retorno de la situación traumática. Claro que a su vez este recurso a O1 tiene un valor diferente de los otros dos, porque a su vez, contiene algo del trauma mismo, al combinarse el trastorno en la memoria y el lenguaje con una perturbación lógica, del pensamiento (O1 y la desestimación fracasada del afecto). De todos modos, en lo referente al núcleo de la organización psíquica de la paciente, predomina la corriente de la neurosis traumática, con el complemento de la corriente esquizofrénica. En consecuencia, el empleo de recursos O1, O2 y FG tiene una función básica, consistente en volver exitosa la desestimación del afecto, que fracasa cada vez que en Isabel prevalecen los

trastornos de la memoria operativa. El resultado de nuestro estudio tiene algo de sorprendente: una psicosis puede aparecer al servicio del éxito de una desestimación del afecto.

III.3. Perturbación lingüística y estructura patológica

Las perturbaciones lingüísticas de Isabel pueden tener tres orígenes diferentes: 1) traumatismo craneano y posterior intervención quirúrgica, combinado con la neurosis traumática ulterior, 2) psicosis, 3) identificación con el discurso del interlocutor. Algunos olvidos de nombres y su remplazo por términos ambiguos, así como las desorientaciones témporo-espaciales, parecen corresponder al primer factor. En cuanto a la fabulación (referida a su trabajo en el colegio) puede ser consecuencia del segundo factor. También parece serlo el pasaje de la primera a la tercera persona, así como las incoherencias y desorientaciones sintácticas. Por fin, a veces parece influida por los “errores” sintácticos del terapeuta (sustitución de “me hizo crisis de nervios” por “me hizo nervios”, acatando como buena la frase incorrecta del entrevistador), lo cual corresponde a un mecanismo identificatorio (FG).

III.4. Visión de conjunto

Las perturbaciones del lenguaje de la paciente no parecerían derivar solo de las fallas en su funcionamiento nervioso sino también de un proceso psicótico acompañante, quizá preexistente a la lesión misma, y luego combinado con ella. Tal combinación hace más difícil atribuir una perturbación lingüística a un factor etiológico único, y pone en evidencia la necesidad de complejizar el enfoque.

En la paciente la combinación entre 1) el trauma craneano y la subsecuente neurosis traumática, 2) una organización psicótica, 3) una organización narcisista no psicótica y 4) un componente neurótico, se hace evidente en las escenas relatadas tanto como en las desplegadas en sesión. A lo largo de su historia parece haberse dado un cambio en el sistema defensivo, desde un estado de repliegue en el momento de la internación hasta el estado mixto del presente (en que aparece con una defensa que a veces es exitosa y a veces fracasa). El repliegue parece contener 1) un componente de neurosis traumática (LI y la desestimación exitoso/fracasada del afecto), 2) un componente psicótico (O1 y la desestimación exitoso-fracasada), y 3) un duelo patológico por la muerte de la madre (O2 y la desmentida fracasada). En el momento actual prevalecen LI y la desestimación del afecto fracasada, O1 y la desestimación a veces exitosa y a veces fracasada, O2 y la desmentida exitosa y FG y la defensa exitosa acorde a fines. Las vivencias de injusticia (A1 y la desmentida fracasada), las dificultades para argumentar (A2 y la represión fracasada) así como su desorientación (FU y la represión fracasada) tienen eficacia como complemento de la organización dominante. Se advierte que, en el nivel de los actos del habla, a veces la paciente resuelve sus problemas con A1, A2 y FU apelando exitosamente a recursos O2 y

FG, que son dominantes, y que, a su vez, quedan al servicio de O1 y la desestimación exitosa de la realidad y la instancia paterna y sobre todo de LI y la desestimación del afecto. Quizá en esos momentos su sistema defensivo exitoso derive de su esfuerzo por obtener permisos de salida durante los fines de semana. En otros momentos, en cambio, el mecanismo central acompañante de O1 es la desestimación fracasada. Quizá en ese momento la principal aspiración de Isabel es obtener el auxilio del equipo de rehabilitación.

C. Irma: un caso de afasia grave

I. Muestra

Antes de la entrevista con la paciente, el terapeuta se reunió con sus familiares: el esposo (65 años), los hijos (42 y 38 años), y las nueras (40 y 35 años). Comentan que Irma está muy callada y se niega a recibir ayuda profesional. Cuando habla, no se le entiende y ella no insiste. Desde hacía seis años sufría de artritis reumatoidea que se negaba a tratar. Para esa época tuvieron una crisis económica severa y perdieron su vivienda. Tras varias mudanzas por casas alquiladas, finalmente se instalaron en una. Entonces, siete meses atrás Irma cayó por la escalera, se desmayó y tuvo un estado de coma por trece días. Actualmente duerme la mayor parte del día. Además, fuma de modo incesante. Sus familiares dicen que está resignada. Entre los hijos se evidencian recíprocas desautorizaciones hostiles al dar información, y el esposo se mantiene callado. Dice que se siente muy culpable por haber perdido la casa.

En la entrevista Irma (63 años) tiene voz tenue y apagada, y cada tanto gira la cabeza hacia la puerta de salida.

1. Al comienzo, ante la pregunta del entrevistador acerca de qué le está pasando, la paciente repite las palabras del terapeuta y agrega: "Nada, nada". Como el terapeuta insiste con su pregunta, la paciente responde: "Claro, porque, bueno, no sé lo que me quiere decir usted. Si pudiera tener... no sé cómo puedo decir, si tengo mucho mucho mucho 'miyora'". Ante el pedido de aclaración del terapeuta Irma prosigue: "Mucho 'miyora', mi mi..., este,... pero pero no no no tengo no tengo 'quesor'". El terapeuta le dice que ella tuvo una caída hacía pocos meses, y le pide que le cuente qué recuerda. La paciente dice que no recuerda nada, y el terapeuta agrega que Irma estuvo internada. La paciente responde que estuvo internada y después estuvo en su casa y, tras un baluceo, agrega que luego estuvo bien, y que no puede comunicarse. El terapeuta insiste en preguntarle qué más le fue pasando. La paciente responde que tuvo una caída, que no fue nada, "No no, no era una cosa de de con orden, de 'norna', este.. pero después no, está todo bien...".

2. El terapeuta le pregunta si a veces ella está triste y, ante la negativa de la paciente, él insiste: Irma está con pocas ganas de hablar. Ella responde "Sí, no, siempre fue así, siempre eh, siempre tuve 'mendicula', no... no hablar todo perfecto, todo todo

bien". El terapeuta le pregunta si siempre habló poco, y la paciente responde: "Al menos ahora, antes no, antes una mujer más contada, más más ehh que tenía intenciones de hablar". El terapeuta le pregunta qué recuerda de antes de la caída. La paciente responde: "no me siento una señora 'mada'... este.. Bien bien, bien me siento".

3. El terapeuta agrega que la familia le ha contado que, además de la caída, ella tiene un problema en las manos, y ante el "Sí" de la paciente le solicita que le describa qué le pasa. La paciente responde "No, sabe, con con la mano, no no no no deo de intentar...". El terapeuta le pregunta si hace mucho que le pasa esto con los dedos y la paciente responde que quiere ver "cómo puedo hacer para para tomar un precio que que pueda meter, ¿no?, que pueda meter mutuo". El terapeuta le pregunta si ahora que tiene esos problemas le cuesta hacer cosas, ya que los dedos se le están deformando y le duelen. La paciente admite lacónicamente que los dedos se le deforman, pero no que tiene dolor: a veces le duele, pero se le va enseguida.

4. El terapeuta le pregunta si cuando tiene dolor está enojada. La paciente responde afirmando y negando, y agrega: "quiero que se me suba de una vez, este... pero bueno, se me cura y... a al al poco tiempo de nuevo agarra, ehh ehh la discusión este... (balbucea supuestas palabras inteligibles) la toda....pero anda bien", y ante la pregunta del terapeuta por la discusión y la pelea agrega: "No, no, no, es que peleo con el piluso, es que a veces se me agarra... una na na sin turno, me agarran todos, y se me va....de de.... 'amina'".

5. El terapeuta le pregunta cuánto hace que tiene el problema en las manos y los dedos y la paciente dice que hace unos cuantos meses y, ante una nueva pregunta del terapeuta, agrega que no consulta al médico porque le molesta. Solo si tiene "un un muy 'tuber' fuerte, sí voy... pero...". El terapeuta le pregunta si quiere decir que va al doctor cuando no aguanta más, e Irma responde afirmativamente. El terapeuta agrega que a ella le pasaron muchas cosas en el cuerpo y tiene que cuidarse. La paciente responde "Sí, y lo malo es que ahora no puedo hacer nada, no se cuándo me voy a poder arreglar....pero pienso que sí, ¿no?". El terapeuta le dice que hay que ver qué dice el especialista, e insiste: la enfermedad avanza y ella tiene que dejarse cuidar, no puede sola, requiere de ayuda de los médicos.

6. El terapeuta le pregunta (afirmando simultáneamente) si ella se quiere poco, y esta responde "Sí, porque no me doy mucha bol bolilla, sí, sé que me puedo cuidar, lo tiro, pero no, tengo...no sé... un 'sí o no', un 'sí o no, doctor', un 'sí o no'... este...tratar de cuidarme de de de 'terme'... pero qué hago, hago lo lo lo que se me da la gana". El terapeuta le dice que a veces se puede hacer lo que le da la gana pero a veces se necesita de los profesionales, y que ella no puede sola, con sus problemas corporales. La paciente

responde: “y creo que ‘cuitarse’, ehh... vi todo, todo, todo lo que le ha pasado y decir: ‘no, esto no puede ser’”.

7. El terapeuta le dice que a ella le pasaron cosas difíciles, y que por eso no se quiere a sí misma. La paciente dice que no le pasaron cosas difíciles y el terapeuta agrega que la familia le contó acerca de la pérdida de la casa. Le pregunta si eso no fue difícil e Irma acepta. El terapeuta le pregunta qué recuerda de eso y la paciente dice: “de eso me puedo acordar que perdí los pelos, perdí lo lo los ‘colqui polma’. Eso perdí...mmm...no solo no solo la casa. Eso sí... lo único... que... bueno... pero bueno... de alguna forma se va a ‘romperar’ la la casa”.

8. El terapeuta le pregunta cómo se siente hablando de esto, si no se siente rara hablando de temas tan personales con un desconocido. La paciente responde “Estoy, estoy un poco rara. En en en...en la ‘posta’, porque yo quedo que co ‘complie’ un poco ehh... mmm... mi forma de hablar, no se ‘quedo’ que estoy mal en la forma de...ehh...‘equinar’”. El terapeuta le dice que a ella le da dolor y angustia hablar de esto,. Pese al rechazo de la paciente el terapeuta prosigue diciéndole que ella tiene los ojos llorosos, que está angustiada y que hay que ocuparse de esa angustia y que no debe asustarse de angustiarse; si no, todo es silencio y después el cuerpo se enferma. La paciente insiste (llorando): en ese momento ella está bien y el terapeuta insiste también: ella está dolorida. Agrega que la paciente se siente rara por hablar, el hablar la pone mal. La paciente responde “El hablar, sí, porque he cambiado un poco la forma de hablar, porque no no no no no no no soy, no no era, cambié, no era tan poco ‘pañasi’”.

9. El terapeuta le pregunta cómo se da cuenta de que habla distinto, y la paciente responde: “Porque si yo no no hablo bien, eh o sea, no no no hablo ‘dien’, este...n n no soy soy todo todo todo lo ‘miniene’ tu tu tengo todo mi lugar, tengo todo (balbuceo) de mi ‘vadre’... no tengo todo todo, de la ‘vedad’ de de mi madre, de mi mamá, sí”. El terapeuta pregunta si la madre está viva. La paciente responde que no y, ante nuevas preguntas, dice (balbuceando) que su madre enfermó de la voz. El terapeuta le pregunta si ella ahora piensa en su madre. La paciente responde “Pienso, pero algo de...pienso de (balbuceo) bien... no no no puedo, veo ningún... ningún ‘velor’ (balbuceo) de mi mamá... este... tiene... no sé... que mirando...que no habla bien, ahora, no sé”. El terapeuta le dice que han hablado de muchas cosas y la paciente agrega “Este... pero yo quiero que pienso, que siente...”. Ante una de las miradas de Irma hacia la puerta el terapeuta le pregunta si ella tiene ganas de irse y esta responde “No, no, no es que tenga ganas de irme, sino que que cosas... ‘vielenoptimas’ de mi ‘vadre’.”. El terapeuta le propone que consulte a un psicoterapeuta del instituto, la paciente se niega y el terapeuta insiste. Agrega que ella necesita mucha ayuda. La



paciente acepta su comentario. El terapeuta le dice que hay que ver si ella acepta la ayuda, porque, como dijo antes, se descuida.

10. Tras un silencio el terapeuta le pregunta cómo se sintió durante la entrevista y la paciente responde que bien. Ante la pregunta del terapeuta, aclara “Y bueno, porque... este... si hubo un mal entendido y...o o algo que no no estuvo bien...este...ehh...si si sintió todo bien... y no no es que no no no (balbuceo) todo mal de mi mamá, todo todo que sería todo todo mal”. El terapeuta insiste en que se trate, que necesita ayuda, en que ella sufre, y en que se guarda sus afectos. Si bien la familia es importante, también lo es el trabajo con profesionales y que la paciente colabore. La paciente responde que no estaría mal que la familia ayude un poco.

11. El terapeuta vuelve a insistir en la importancia del tratamiento y agrega que la va a poner en contacto con otra profesional, cuyo nombre le da.

II. Análisis

II.1. Análisis del discurso de la paciente

II.1.1. Análisis del relato

Existen pocos pacientes que realizan una entrevista inicial y no llegan casi a organizar un relato, como ocurre con Irma. Solo se advierten algunas pocas secuencias, muy esquemáticas, en buena medida promovidas por las intervenciones del terapeuta.

I.1. Antes tenía intenciones de hablar,

2. Ultimamente no se comunica.

II.1. Desea ver cómo puede hacer para tener un precio,

2. No deja de intentarlo con la mano.

III.1. No va al médico,

2. Solo consulta cuando el dolor es muy fuerte,

3. Entonces va sin turno, en estado de urgencia.

IV.1. No se presta mucha atención desde el punto de vista médico,

2. Hace lo que le da la gana,

3. No puede creer que le haya pasado todo esto.

V.1. Ella perdió la casa,

2. También perdió los pelos.

VI.1. Ella no habla bien,
2. Se parece a su madre, que enfermó de la voz.

I	LI FG	Desestimación del afecto Represión + rasgos caracterológicos	Fracasado Fracasado	Central Complementaria
II	LI OI FG	Desestimación del afecto Desmentida Represión + rasgos caracterológicos	Fracasado Fracasado Fracasado	Central Complementaria Complementaria
III	LI A1 A2	Desestimación del afecto Desmentida Represión + rasgos caracterológicos	Fracasado Fracasado Fracasado	Central Complementaria Complementaria
IV	LI A1 A2	Desestimación del afecto Desmentida Represión + rasgos caracterológicos	Fracasado Exitoso Fracasado	Complementaria Central Complementaria
V	LI OI	Desestimación del afecto Desmentida	Fracasado Fracasado	Central Complementaria
VI	LI OI FG	Desestimación del afecto Desmentida Represión + rasgos caracterológicos	Fracasado Fracasado Fracasado	Complementaria Complementaria Central

Gran parte de los relatos de la paciente están inducidos por el discurso del terapeuta, quien a su vez aporta las descripciones hechas por la familia de Irma, sobre todo respecto del accidente, la pérdida de la vivienda y la enfermedad en las manos. Sin embargo, el modo de responder de Irma a las intervenciones del terapeuta (evidentes en todo el relato II y en IV.3) aporta componentes A1 y FG no necesariamente derivados de las preguntas del entrevistador, y que expresan algo más propio. El único tema no propuesto por el terapeuta es el de la relación de Irma con su madre (relato VI), aportado espontáneamente, y sobre lo cual la familia no dio información al terapeuta. El tema insiste a lo largo de los últimos fragmentos de esta primera sesión, y parece constituir el núcleo de lo que podría ser el motivo de consulta desde la paciente. En relación con dicho tema, prevalecen FG y los rasgos patológicos de carácter.

II.1.2. Análisis de los actos del habla

En la sesión hemos distinguido 11 fragmentos, diferenciados por las intervenciones del terapeuta y las consiguientes respuestas de la paciente.

En el fragmento 1 (14%) prevalecen: 1) un lenguaje inconsistente (LI), 2) frases adversativas, negaciones de hecho concretos, dudas (A2), 3) muletillas y frases autointerrumpidas (FU), 4) exageraciones, redundancias sintácticas y referencias al cómo (FG). Predomina LI. En el fragmento 2 (8%) se da la misma combinación con el agregado de O2 (referencia a su sentir, que sin embargo resultaba banal). También predomina LI. En el fragmento 3 (10%), predomina LI. En el fragmento 4 (6%) predomina A2. En el fragmento 5 (10%) prevalece LI (lenguaje inconsistente). En el fragmento 6 (9%) prevalece FG (se han agregado las dramatizaciones). En el fragmento 7 (8%) predomina LI (lenguaje inconsistente). En los fragmentos 8 (12%), 9 (14%), 10 (7%) y 11 (2%) predominan LI (catarsis) y A2 (relatos de hechos), con la prevalencia de LI (Tabla IV).

Tabla IV: Principales erogeneidades, defensas y estados en los actos del habla de Irma

Fragmento 1 (14%)

LI	Desestimación del afecto	Exitoso	Central
A2	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementario
FU	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementario
FG	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Fracasado	Complementario

Fragmento 2 (8%)

LI	Desestimación del afecto	Exitoso	Central
O2	Desmentida	Fracasado	Complementario
A2	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementario
FU	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementario
FG	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Fracasado	Complementario

Fragmento 3 (10%)

L1	Desestimación del afecto	Exitoso	Central
A2	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementario
FU	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementario
FG	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Fracasado	Complementario

Fragmento 4 (6%)

L1	Desestimación del afecto	Fracasado	Complementaria
A1	Desmentida	Exitoso	Complementaria
A2	Represión	Exitoso	Central
FU	Represión + desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementaria
FG	Represión + desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementaria

Fragmento 5 (10%)

L1	Desestimación del afecto	Exitoso	Central
A2	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementario
FU	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementario
FG	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Fracasado	Complementario

Fragmento 6 (9%)

L1	Desestimación del afecto	Exitoso	Complementario
A2	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementario
FU	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementario

Fragmento 7 (8%)

LI	Desestimación del afecto	Exitoso	Central
A2	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementario
FU	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementario
FG	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Fracasado	Complementario

Fragmento 8 (12%)

LI	Desestimación del afecto	Exitoso	Central
A2	Acorde a fines	Fracasado	Complementario
FU	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementario
FG	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Fracasado	Complementario

Fragmento 9 (14%)

LI	Desestimación del afecto	Exitoso	Central
A2	Acorde a fines	Fracasado	Complementario
FU	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementario
FG	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Fracasado	Complementario

Fragmento 10 (7%)

LI	Desestimación del afecto	Exitoso	Central
A2	Acorde a fines	Fracasado	Complementario
FU	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementario
FG	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Fracasado	Complementario

Fragmento 11 (2%)

LI	Desestimación del afecto	Exitoso	Central
A2	Acorde a fines	Fracasado	Complementario
FU	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Exitoso	Complementario
FG	Represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante	Fracasado	Complementario

En cuanto a los componentes paraverbales, durante los primeros cinco fragmentos predominan LI y la desestimación exitosa/fracasada del afecto (voz apagada, débil). En cambio, en el fragmento 8 la voz de Irma se vuelve transitoriamente catártica (LI y desestimación exitosa del afecto) para luego recuperar la modalidad previa. En estos últimos fragmentos también tiene importancia un componente motriz, correspondiente a un programa gesticular LI en el pasaje a O2 (ojos llorosos). En efecto, la paciente no llega a apelar a la “expresión de las mociones” como una forma de comunicación sino que más bien es asaltada por los afectos que afloran como alteraciones en su rostro (LI y desestimación fracasada del afecto). Otro componente motriz (mirar la puerta) es expresión de FU y la represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante.

Puede advertirse, en suma, una fuerte prevalencia de LI y la desestimación del afecto (77% del total). Solo se exceptúan los fragmentos 4 y 6, en los que predominan respectivamente, A2 o FG. En estos dos fragmentos, el cambio en cuanto al erotismo (y la defensa) dominante parece depender de que el terapeuta ha aludido a los estados afectivos de Irma, tema sobre el que volveremos luego. Un segundo aspecto merece también cierta consideración: en el nivel verbal la desestimación del afecto es exitosa, pero en casi toda la entrevista, salvo el fragmento 8, el estado de la desestimación del afecto (acompañante de LI) es exitoso/fracasada en el nivel paraverbal (voz apagada), mientras que en el fragmento 8, es exitosa en los componentes paraverbales (catarsis), aunque fracasa en el programa gesticular (ojos llorosos). Es decir, ha cambiado en parte el estado de la defensa central o, para decirlo con mayor claridad, en el nivel verbal la defensa sigue siendo exitosa, aunque con un cambio parcial desde el discurso inconsistente hasta la catarsis. Este cambio deriva de que en el nivel paraverbal la defensa cambió transitoriamente de estado, desde el éxito/fracaso hasta el éxito, y, en el nivel paraverbal, se dio un pasaje al fracaso de la defensa.

El pasaje de la inconsistencia a la catarsis revela un esfuerzo más activo de Irma por mantener la desestimación del afecto exitosa, lo cual deriva de la amenaza del fracaso de esta misma defensa que se hace evidente sobre todo en los ojos llorosos.

Asimismo, es notable advertir dos estados de la misma defensa que coexisten a lo largo de la sesión. En efecto, en un comienzo la desestimación del afecto es exitosa en el plano verbal y exitoso/fracasada en el plano paraverbal, y en la parte final de la sesión la desestimación del afecto es exitosa en el plano verbal y por momentos en el paraverbal y fracasada en el plano de la motricidad (ojos llorosos). Entre estos dos estados de la defensa (uno -exitoso- expresado en el nivel verbal y otro -exitoso/fracasado- en el nivel paraverbal, como ocurre en casi toda la entrevista, salvo el fragmento 8, o uno -exitoso- expresado en el nivel verbal y paraverbal, y otro -fracasado- en el nivel gesticular, como ocurre en los fragmentos 8, 9 10 y 11) prevalece el componente paraverbal (en un comienzo) y el componente gesticular (en el final de la sesión). En consecuencia, el estado exitoso/fracasado de la defensa (desvitalización) predomina en la primera mitad de la sesión, y se combina con el estado fracasado de la defensa (crisis de angustia), que prevalece en la segunda parte. En cuanto al movimiento de mirar la puerta, reiterado durante toda la entrevista, corresponde a FU y la represión +las defensas caracterológicas.

En los fragmentos finales Irma expone el primer relato espontáneo (referido a su madre), no sugerido por el terapeuta. Con ello parece responder a la exhortación del terapeuta a expresar sus afectos con palabras.

También se advierte que a veces la paciente continúa respondiendo a una pregunta previa del entrevistador, pese a que este le ha hecho ya una nueva pregunta. Así ocurre en el fragmento 2, en que el terapeuta alude a la tristeza de la paciente y a sus pocas ganas de hablar. La paciente responde primero al segundo comentario del terapeuta, y alude a que antes tenía más intenciones de hablar. El terapeuta le pregunta qué recuerda de antes de la caída (continuando la referencia de la paciente al "antes"), pero esta prosigue aludiendo a su sentir ("bien, bien me siento"). Algo similar ocurre en el fragmento 10, cuando el terapeuta le pregunta cómo se sintió en la entrevista, e Irma insiste en hablar de su madre.

Otro aspecto llamativo es la secuencia de actos del habla que acompaña a los términos de la jerga. Al respecto se da una diferencia entre el primer tercio de la sesión (fragmentos 1-3) y el resto. En el primer tercio se da la siguiente secuencia: 1) término de jerga, 2) término FU, 3) término A2. Irma dice "miyora, mi mi..., este,... pero pero no no no". 1) "miyora" es un término de su jerga, 2) "mi, mi" son autointerrupciones y "este", una muletilla (FU), y 3) "pero no no" son objeciones y negaciones (A2). A veces FU es reemplazado directamente por A2: "mendicula, no", y en otras ocasiones se da la secuencia: 1) jerga, 2) FU, sin que aparezca A2: "mada...este". En el resto de la sesión ocasionalmente aparece una muletilla anterior o posterior al término de jerga o una redundancia sintáctica que funciona como muletilla ("de de de 'terme'"). Las

objecciones y negaciones expresan la autocrítica y las muletillas evidencian la desorientación. Uno y otro tipo de actos del habla son un efecto de la preferencia de la jerga. En los fragmentos 8 y 9 se advierte la mayor densidad de presencia de la jerga y el balbuceo, en la medida en que va aflorando un rudimento de afecto en la sesión.

Resulta instructivo estudiar más detenidamente el discurso de Irma en el fragmento 5, luego que el terapeuta “traduce” una de sus frases con jerga, en términos de que ella consulta al doctor solo cuando no soporta más el dolor. Ante la respuesta afirmativa de Irma, el terapeuta le indica que se cuide, ya que le pasaron muchas cosas en el cuerpo. La paciente responde que ahora no puede hacer nada, no sabe cuándo va a poder estar mejor, pero agrega que ella piensa que sí. El terapeuta le insiste en que debe pedir ayuda a los médicos. La frase de la paciente referida a que no puede hacer nada y no sabe si podrá mejorar es neutralizada por un final banalizado (ella piensa que sí), que expresa LI y la desestimación exitosa del afecto. La paciente pretende mantener esta defensa exitosa a lo largo de la sesión, como ocurre, por ejemplo, en el fragmento 8, cuando el terapeuta le interpreta su angustia y su dolor e Irma responde “No”, ante lo cual el terapeuta alude a los ojos llorosos de la paciente y a que la no expresión del afecto le enferma el cuerpo. Pese al nuevo rechazo de la paciente el terapeuta insiste en interpretar el estado afectivo. La desestimación del afecto, que había fracasado en el nivel de las expresiones faciales (ojos llorosos), empuja a la paciente a hablar de su madre.

Cabe destacar también la limitación del repertorio expresivo de Irma, ya que dispone casi exclusivamente de cuatro lenguajes: LI, A2, FU, FG, con un esporádico agregado de O2, en respuesta a las intervenciones del terapeuta. Esta estereotipia se combina con la relativa pobreza de actos del habla que corresponden a narraciones de hechos concretos (A2), durante buena parte de la sesión reemplazados por el oposicionismo y la negación (que también corresponden a A2).

Puede advertirse además que, en el nivel de los movimientos, los ojos llorosos de Irma no corresponden estrictamente a O2 (expresión de estados afectivos) sino a un momento previo de dicho lenguaje del erotismo, en que la gesticularidad facial tiene menos una función comunicativa y es más una expresión de un estado corporal (como el empaldecimiento, la sudoración, etc.). Se trata de un camino intermedio hacia la figurabilidad de O2 como motricidad que expresa afectos, pero que por el momento se queda solo como un rudimento de tales movimientos que, cuando adquieren consecución plena, pretenden conmover y manipular activamente al interlocutor.

En consecuencia, mientras que los ojos llorosos ponen en evidencia el fracaso de la desestimación del afecto, los componentes verbales y paraverbales muestran a la

misma defensa en estado exitoso. Podemos inferir entonces que la paciente tenía un estado de angustia del cual pretendía infructuosamente librarse.

II.1.3. Escenas narradas y escenas desplegadas

Las escenas desplegadas en sesión en los fragmentos 1, 3, 5 y 7 se asemejan a las escenas relatadas, en las cuales prevalece LI y la desestimación del afecto. Pero el estado de esta defensa en las relaciones extratransferenciales es fracasada mientras que en la sesión es exitosa. En el fragmento 8 (ojos llorosos) también se evidencia el comienzo del fracaso de esta defensa en el curso de la sesión misma.

Cuando predomina LI y la desestimación exitosa del afecto, A2 y la represión + defensas caracterológicas funcionan como su complemento, incluyendo objeciones, el uso insistente del “No”, etc. Así que el “pero” puede ser seguido por una frase inconsistente, como se advierte en “no no no era una cosa de de con orden, de ‘norma’, etc.... pero después no, está todo bien”: el final (“pero después no, está todo bien”) contiene un adversativo seguido de una frase banal. La misma función complementaria de A2, al servicio de LI se advierte en los relatos III y IV, referidos a su rebeldía a consultar a los médicos.

Precisamente, estas escenas extratransferenciales son redundantes con escenas desplegadas en sesión. En el nivel del relato (relaciones extratransferenciales) la paciente tenía una obstinada rebeldía en consultar a los médicos, hasta que debía acudir a ellos en estado de urgencia por el dolor y sin tener turno reservado. En la sesión, el largo período de obstinación y falta de cualidades afectivas (que abarca hasta el fragmento 7) fue sustituido por una emergencia de intensos estados afectivos y de una necesidad de hablar de su madre y la relación con ella. Este tipo de secuencia parece corresponder a un rasgo de carácter obstinado de la paciente independiente del accidente y las limitaciones derivadas de él.

Otro rasgo de carácter de Irma es de tipo evitativo (FU y represión + defensas caracterológicas). Este se evidencia como postergación de las consultas a los médicos y, durante la sesión, sobre todo por el insistente movimiento de mirar hacia la puerta del consultorio. Este rasgo es también complementario de LI.

En consecuencia, en Irma coexisten: 1) rasgos de carácter histriónico (FG y represión + defensa caracterológica), 2) rasgos de carácter evitativo (FU y represión + defensa caracterológica), 3) rasgos de carácter obstinado (A2 y represión + defensa caracterológica), 4) rasgos de carácter desafiante (A1 y desmentida), 5) rasgos de carácter apático y carente de cualidad (LI y desestimación del afecto). En el conjunto prevalece LI. Durante

algunos períodos estas defensas fueron exitosas, pero luego fracasaron, como ocurría cuando debía consultar a los médicos de urgencia o cuando en la sesión no podía dejar de hablar (entre la catarsis y la angustia) de la madre. A ello se agrega la neurosis postraumática derivada del accidente y sus consecuencias (LI y desestimación fracasada del afecto), que se ensambla en el conjunto y acentúa el peso del fragmento previamente dominante en Irma.

En cuanto a la jerga, que parece testimonio de la lesión, al mismo tiempo revela una conexión con sus defensas, sobre todo con el fracaso de la desestimación del afecto (fragmento 8) en el nivel gesticular, ya que en esas circunstancias estas manifestaciones verbales se vuelven más abundantes.

Otra escena redundante se da entre el relato referido a que la madre había estado enferma de la voz y la escena desplegada en el nivel paraverbal durante la sesión, en que la paciente está silenciosa, balbucea o tiene la voz tenue y apagada. La voz tenue y apagada expresa a LI y la desestimación exitoso/fracasada del afecto (desvitalización), mientras que el balbuceo parece corresponder a la repetición del estado del momento del coma, y por lo tanto, en la medida en que constituye un retorno de la situación traumática, expresa a LI y la desestimación fracasada del afecto. Sin embargo, es conveniente no descartar la eficacia complementaria de FG y la represión fracasada, lo cual implica que en la manifestación paraverbal (voz apagada) tenía eficacia un componente identificatorio, como en los síntomas histéricos. Además, puede advertirse que el balbuceo de la paciente aparece al aludir a su internación (fragmento 1), al momento del incremento del dolor en las manos y la necesidad de consultar de urgencia (fragmento 4), y al referirse a su madre (fragmentos 9 y 10). Lo común a estos momentos se halla en la referencia a estados orgánicos insoportables, maternos o propios, de modo que el balbuceo, como expresión del retorno del trauma, aparece cuando la paciente evoca precisamente estos mismos episodios.

II.2. Análisis del discurso del terapeuta

En el fragmento 1 el terapeuta recaba información y, como Irma dice no recordar, aporta él mismo algunos datos que le comunicaron los familiares de la paciente.

En el fragmento 2 el terapeuta pregunta primero por el sentir de Irma (tristeza) en el presente, y casi enseguida por recuerdos previos a la caída.

En el fragmento 3 vuelve a recabar información acerca de la enfermedad que afecta a la paciente en las manos.

En el fragmento 4 le pregunta otra vez por su estado afectivo (enojo) en el momento en que le duelen las manos.



En el fragmento 5 le indica que se cuide y que pida ayuda profesional.

En el fragmento 6 el terapeuta le pregunta (afirmando) si ella se quiere poco.

En el fragmento 7 el terapeuta establece nexos entre las cosas difíciles que le pasaron a Irma y su no quererse a sí misma. Cuando ella rechaza que le hubieran pasado cosas difíciles el terapeuta argumenta: ella perdió la casa.

En el fragmento 8 vuelve a aludir al estado afectivo de Irma en el presente de la sesión. Le describe sus ojos llorosos y le dice que tiene que ocuparse de su angustia, porque si la mantiene en silencio el cuerpo se enferma. También le dice que ella se asusta de su angustia.

En el fragmento 9 el terapeuta recaba información acerca de cómo advierte Irma que habla distinto, pregunta por la relación de Irma con la madre e indica tratamiento.

En el fragmento 10 vuelve a aludir al sentir (sobre todo al sufrimiento) de la paciente durante la sesión.

En el fragmento 11 vuelve a indicarle psicoterapia y le da el nombre de otro profesional.

Así, pues, las intervenciones del terapeuta tienen esta secuencia:

Fragmento 1	A2
Fragmento 2	O2
Fragmento 3	A2
Fragmento 4	O2
Fragmento 5	A2 (indicaciones)
Fragmento 6	O2 pregunta-interpretación: ella no se quiere
Fragmento 7	A2 (relación causal: no se quiere por las cosas que le pasaron)
Fragmento 8	O2/A2: está angustiada, y si se mantiene en silencio el cuerpo enferma.
Fragmento 9	A2
Fragmento 10	O2 interpretación: ella sufre
Fragmento 11	A2

En el curso de la entrevista el terapeuta intenta permanentemente recabar información significativa y establecer la sintonía con Irma y mantenerla. En el fragmento 5 el terapeuta hace una primera intervención A2 (indicación): Irma tiene que dejarse cuidar. Parece ser una primera intervención central tras haber aludido, en el fragmento previo, al enojo de Irma cuando le duelen los dedos. El no dejarse cuidar parece ser la consecuencia de ello, y el terapeuta interviene para indicar que Irma contribuya para

ser ayudada. Sin embargo, no se trata del establecimiento de un nexo causal, sino de una indicación. Solo en el fragmento 7 el terapeuta pasa de la tentativa de sintonía afectiva a establecer un nexo causal: Irma no se quiere a sí misma porque le pasaron cosas difíciles. En el fragmento 8 vuelve a referirse al sentir de la paciente, que infiere de su expresión facial. Intercala un nexo causal: los afectos no expresados le dañan el cuerpo, y termina insistiendo con una referencia al estado afectivo. La serie de intervenciones centrales de los fragmentos 5-8 logra su cometido, y la paciente pasa a aludir espontáneamente al vínculo con la madre (fragmentos 9-11).

También se advierte, sobre todo en el fragmento 2, un cierto apresuramiento del terapeuta en mantener el contacto recabando información, cuando la paciente no ha terminado de responder a su pregunta anterior. Más allá de ello, también resulta notable la sucesión de la secuencia: 1) recabar información, 2) tentativa de sintonía afectiva, que no da paso necesariamente al momento del establecimiento de nexos causales, generalizaciones, indicaciones, etc. Este tercer momento (establecimiento de nexos, etc.) solo se hace presente a partir del fragmento 7. Antes de ese momento, el terapeuta realiza dos tentativas de sintonía afectiva a las cuales la paciente da respuestas poco orientadoras. Solo en su tercera tentativa de sintonía (fragmento 6), cuando el terapeuta le dice a Irma que ella se quiere poco, recibe una respuesta orientadora que le permite, en el fragmento 7, formular el primer nexo causal. En el fragmento 8 vuelve a intentar una sintonía afectiva, más ligada a lo que Irma siente por hablar ante el entrevistador, y luego presta atención al cambio en la expresión facial (ojos llorosos), realiza una interpretación referida a los afectos de la paciente (angustia, dolor) y establece un nexo “si...entonces”: si Irma no habla de sus sentimientos, se enferma su cuerpo, e insiste en interpretar un afecto de dolor. El terapeuta ha pasado desde preguntar por el afecto a interpretar cuáles son los afectos que la paciente sufre. En el fragmento 10 vuelve a preguntar a Irma por el afecto pero luego otra vez pasa a interpretar el sufrimiento.

Cabe destacar que una cosa es el intento de sintonizar con el paciente preguntándole por su estado afectivo y otra cosa es interpretar dicho estado afectivo. En este segundo caso, el terapeuta parte del supuesto de que el paciente ha recurrido a una defensa contra el afecto que le impide captar la cualidad, el matiz de su sentir. En tal caso, el terapeuta hace conciente al paciente un afecto inconciente, en el sentido de carente de cualidad. En las dos primeras tentativas de sintonía afectiva (fragmentos 2 y 4) el terapeuta tiende a preguntar a la paciente por su sentir, y en las tres siguientes oscila entre preguntar e interpretar, siendo esta segunda alternativa la que le permite un avance clínico.

La tendencia del terapeuta a salir de la situación inicial de parálisis se advierte ya en el fragmento 5, en que traduce una frase poco clara de la paciente (ella va al doctor



cuando no aguanta más), luego de lo cual comienza a dar sus primeras indicaciones (tiene que dejarse cuidar por los médicos, la enfermedad avanza).

En suma, las intervenciones tendientes a establecer la sintonía afectiva con la paciente tienen esta secuencia: 1) en las dos primeras tentativas, el terapeuta interroga acerca de un estado afectivo de la paciente y espera su confirmación o rectificación, 2) en las otras tres oportunidades pasa desde la pregunta a la interpretación de este estado afectivo. El preguntar a la paciente por su estado afectivo presupone que en esta no prevalece la desestimación del afecto, mientras que el interpretar el afecto implica presuponer que esta defensa tiene eficacia y es necesario superarla haciendo consciente un afecto inconsciente. Resulta notable que en los fragmentos finales en que el terapeuta intenta la sintonía afectiva oscile entre ambas opciones, correspondientes a dos estrategias clínicas diferentes.

También resulta interesante el modo en que el terapeuta pretende recabar información, sobre todo en los fragmentos 1, 3, 5 y 7. En todos ellos el terapeuta relata parte de lo que narró la familia de Irma antes de la entrevista (respectivamente, el accidente y la internación, la enfermedad de sus manos, la oposición a consultar a los médicos, la pérdida de la casa). En cambio, en el fragmento 9 el terapeuta obtiene información del discurso espontáneo de Irma.

II.3. Discusión

En sus relaciones extratransferenciales, la desestimación del afecto había fracasado, mientras que durante la primera parte de la sesión fue exitosa en el terreno verbal y exitoso/fracasada en el terreno paraverbal, con un predominio de este último estado. A partir del fragmento 6 la defensa deja algo de espacio a otros mecanismos más benignos, aunque mantiene su eficacia. Pero en seguida ocurre un cambio en la desestimación del afecto que fracasa en el plano gesticular, mientras se vuelve exitosa en el terreno verbal y paraverbal; con un predominio del primer estado (fracaso). El cambio clínico derivó de que el terapeuta, en lugar de preguntar por el estado afectivo a la paciente, pasó a interpretar un afecto, es decir, procuró que Irma hiciera consciente un afecto no sentido, carente de cualidad. Tal vez por este fracaso de la defensa patógena en la paciente, el terapeuta, por su parte, mantuvo las dos estrategias clínicas para establecer la sintonía afectiva.

Es poco frecuente una primera sesión en que el terapeuta pregunte tan insistentemente por el estado afectivo de un paciente. Quizá el hecho obedezca a que el terapeuta se veía llevado a monitorear cuidadosamente los efectos de cada paso que iba dando, debido a la fragilidad orgánica y psíquica de la paciente. Su preocupación no

estaba desacertada, ya que a partir del fragmento 9 se hizo evidente que la paciente, estimulada por las intervenciones del terapeuta, comenzó a referirse al tema de su relación con su madre, que retornó insistentemente hasta el final de la hora, sin que le fuera sencillo al terapeuta dar una respuesta pertinente, de cierre o de contención de lo que la paciente pretendía transmitir. Quizás se advierta en el final de la hora el doble riesgo con pacientes abroquelados en un sistema defensivo patógeno de extrema severidad: por un lado, que sea imposible remover las defensas patógenas; por otro lado, que la movilización derivada de una disminución del poder de dichos mecanismos no sea fácilmente contenida en la sesión misma. Claro que esta segunda alternativa deja abierta la posibilidad de un trabajo terapéutico, mientras que la primera lo hace imposible.

III. Perturbaciones lingüísticas

Respecto de las perturbaciones lingüísticas de Irma, podemos agruparlas: 1) jerga, 2) errores de pronunciación (“vedad”, etc.), 3) autointerrupciones, 4) balbuceo, 5) línea melódica y timbre carente de expresividad, 6) intensidad débil de la preferencia sonora. Las autointerrupciones parecen ser una consecuencia de procesos psíquicos evitativos, luego de proferir una palabra equivocada o ante el riesgo de pronunciarla. El balbuceo parece condensar frases como la del fragmento 8, cuando Irma tenía los ojos llorosos. Contendría una combinación entre términos de jerga, frases ininteligibles y referencias a situaciones conmocionantes, que le despertaban afectos en el límite de lo insoportable. Los errores de dicción permitían una fácil “traducción” por el terapeuta, pero no la jerga. El incremento de la jerga se hizo presente sobre todo cuando la defensa contra el afecto fracasó. Por lo tanto, también en este punto se advierte la eficacia de los mecanismos psíquicos. Por otra parte, en esta paciente resultó más importante su desinterés inicial por conectarse con un interlocutor que el trastorno lingüístico en sí. Tal desinterés (manifestado en el terreno paraverbal) derivaba de la desestimación exitoso/fracasada del afecto, reforzada por la desmentida desafiante exitosa y los rasgos caracterológicos obstinados exitosos, que dejaban a la paciente desvitalizada. Es notable que un doble sistema defensivo exitoso (rasgos caracterológicos por un lado obstinados y por otro lado desafiantes) dejaran a la paciente presa de la desvitalización, inherente a una defensa central exitoso/fracasada. Es que los rasgos caracterológicos exitosos quedaban al servicio de la desestimación del afecto, que era la defensa central. Cuando dicho sistema defensivo fracasó y emergió en ella la angustia (ojos llorosos), entonces apareció su urgencia por comunicarse catárticamente con el terapeuta. La argumentación del terapeuta (si no expresa los afectos Irma va a tener manifestaciones corporales más graves) parece haber sido contundente para remover tanto la rebeldía y la obstinación cuanto la tendencia apática.

Otras tres perturbaciones del habla merecen consideración: 1) las fallas en la dicción, 2) la línea melódica y el timbre y 3) la intensidad apagada de la voz. Las perturbaciones en la dicción que se advierten en Irma corresponden a a) A2 y la defensa fracasada acorde a fines, pero en el nivel de los componentes motrices (cuya meta es el control de la propia motricidad como medio para dominar luego el mundo) y b) LI y la desestimación fracasada del afecto; con el predominio de este último componente. Las perturbaciones de la dicción constituyen un modo en que se expresa el retorno de la situación traumática. En cambio, la línea melódica y el timbre carente de expresividad, así como la voz apagada, todos del comienzo de la hora, corresponden a LI y la desestimación exitoso/fracasada. En la segunda mitad de la hora la línea melódica y el timbre de Irma se vuelven transitoriamente más expresivos (O2 y defensa exitosa acorde a fines) pero con una meta también catártica (LI y desestimación exitosa del afecto). Se advierte que la mayor riqueza en la línea melódica y el timbre (que expresan el éxito de la desestimación del afecto) no necesariamente se acompañan de una mejoría de las perturbaciones en el terreno de la dicción (que expresan el fracaso de esta misma defensa).

Un problema adicional se presenta respecto de los relatos de hechos concretos. La paciente parece tener una perturbación de la memoria episódica, lo cual corresponde a A2 y la defensa fracasada acorde a fines combinadas con LI y la desestimación fracasada del afecto, con un predominio de LI. Así se advierte, por ejemplo, en relación con la falta de recuerdos de la época de la internación (fragmento 1) o del tiempo que hace que tiene problemas en las manos (fragmento 5). Sin embargo, luego Irma logra recuperar detalles de sucesos de la época de la pérdida de la casa (fragmento 7) y más adelante (fragmentos 9 y 10) evoca espontáneamente a su madre. La falta de recuerdos parece ser también una expresión de LI y la desestimación fracasada del afecto. Resulta paradójal que el fracaso de esta defensa al final de la hora (en cuanto a los componentes paraverbales) se acompaña de la remoción parcial de esta defensa que le permite comenzar a evocar la relación con su madre, claro que de un modo precario (A2 y defensa acorde a fines, solo exitosa de manera transitoria).

Los cambios más importantes ocurridos en la sesión consisten en el incremento de la riqueza expresiva de O2 y FG, en lugar de LI. Resulta notable lo que ocurre con A2. Por un lado, los rasgos caracterológicos obstinados (A2 y represión + desmentida e identificación con un objeto decepcionante), centrados en el oposicionismo tuvieron fuerte relevancia, y por otro lado se hicieron evidentes las dificultades para narrar escenas concretas y establecer nexos, y, en el terreno motriz, para proferir los sonidos discretos que identifican a cada palabra. En consecuencia, podemos concluir que A2 tiene dos destinos diferentes en la paciente: puede combinarse con defensas patógenas para dar lugar a rasgos de carácter pero no puede combinarse con defensas funcionales más que de una manera precaria y esporádica.

D. Comentarios generales

I. Una visión de conjunto del discurso, las erogeneidades, las defensas (y su estado) de los tres pacientes

Es posible comparar las verbalizaciones de los tres pacientes en cuanto a sus aspectos formales y en cuanto a las prevalencias de las erogeneidades y las defensas.

Aspectos formales

Narraciones

Cantidad
24
9
6

Actos del habla

Roberto	Bien formados
Isabel	Reemplazo de relatos por dramatizaciones y referencias a estados afectivos
Irma	Pasaje desde el rechazo a las intervenciones clínicas, la ausencia casi total de frases completas simples y la banalización, hasta la expresión redundante y catártica de relatos entrecortados referidos a su madre

Palabras completas

	Cantidad de palabras
Roberto	3.598
Isabel	1.449
Irma	816

Erogeneidades y defensas (y su estado)

Narraciones

	Erogeneidad	Defensa	Estado	Función
Roberto	LI	Desestimación del afecto	Exitoso	Central
	O1	Desmentida	Exitoso	Complementaria
Isabel	LI	Desestimación del afecto	Fracasado	Complementaria
	O1	Desestimación	Exitoso	Complementaria
	O2	Desmentida	Exitoso	Central
	FG	Represión	Exitoso	Complementaria
Irma	LI	Desestimación del afecto	Fracasado	Central
	A1	Desmentida	Fracasado	Complementaria
	A2	Represión + rasgos caracterológicos	Fracasado	Complementaria

Actos del habla

Roberto	Fragmento inicial	FG	Represión + defensa caracterológica Desmentida	Exitoso	
	Fragmento final	O1		Exitoso	
Isabel	Fragmento inicial	O1	Desestimación Desmentida Represión + rasgos caracterológicos Desmentida	Fracasado	Central Complementaria
	Fragmento intermedio	O2		Exitoso	
	Fragmento final	FG		Exitoso	
Irma	Fragmento inicial	LI	Desestimación del afecto Desestimación del afecto	Exitoso/fracasado	
	Fragmento final	LI		Fracasado	

Palabras

Roberto		Isabel		Irma	
LI	12,40%	LI	11,54%	LI	14,77%
O1	37,97%	O1	35,82%	O1	---
O2	13,18%	O2	20,71%	O2	25,50%
A1	3,28%	A1	1,33%	A1	3,13%
A2	8,56%	A2	7,56%	A2	20,43%
FU	15,03%	FU	12,03%	FU	23%
FG	9,56%	FG	11%	FG	13,14%

El análisis de las palabras muestra un inusual pobre porcentaje de A2 en los tres pacientes. El análisis de las palabras suele coincidir con el enfoque paradigmático de los actos del habla.

En cuanto a los actos del habla, es posible advertir estas diferencias:

Roberto	Dispone de todos los recursos
Isabel	Interferencias en el relato, sobre todo por falta de algunos sustantivos (A2), que la paciente sustituye por dramatizaciones (FG) y referencias a estados afectivos (O2).
Irma	Interferencias en el relato por falta de sustantivos y estructuras-frase correspondientes (A2), con una compensación pobre recurriendo a algunas dramatizaciones (FG), hacia la segunda mitad de la hora.

Desde el punto de vista sintagmático de los actos del habla se advierte que en Roberto prevalecen defensas exitosas a lo largo de toda la hora, en Isabel, pasa por momentos transitorios de una defensa exitosa y de su fracaso, mientras que en Irma la defensa comienza siendo exitoso/fracasada y termina como fracasada. Por fin, en el nivel del relato, en Roberto e Isabel la defensa central es exitosa, mientras que en Irma ha fracasado.

Se advierte una coincidencia en cuanto a los resultados de los estudios en los tres niveles de análisis (relatos, actos del habla, palabras), en cuanto a la ubicación de cada paciente en un *ranking*. Entre ellos el nivel de los actos del habla es el más sensible para captar los matices diferenciales entre los pacientes.

Si comparamos los tres pacientes, advertimos que en Irma tiene mayor importancia la neurosis traumática derivada del accidente y el coma posterior. Ello se presenta como un estado de desvitalización extrema durante la sesión, lo cual corresponde a LI y la desestimación del afecto exitoso/fracasada. Quizá esta defensa estuviera potenciada por una estructura psíquica preexistente que condujo a su artritis. La misma defensa, pero en un estado exitoso, tiene importancia en Roberto, combinada con O1 y la desmentida exitosa. Esta combinación defensiva debió de preexistir a su accidente y debió de tener influencia en su alcoholismo y en su anorexia encubierta. En cambio, en Isabel la desestimación del afecto por momentos fracasaba (olvidos de nombres, desorientación sintáctica, etc.) y luego se volvía exitosa al apoyarse en dramatizaciones y referencias a los afectos. Sin embargo, en un período previo de su historia este trauma (y por lo tanto LI y la desestimación fracasada del afecto) tuvo una mayor vigencia.

En consecuencia, es posible deslindar entre la desvitalización derivada del trauma y de una organización psíquica previa y las perturbaciones más específicas del habla en las afasias. Estas parecen corresponder a A2, sea en cuanto a la posibilidad de relatar hechos concretos o establecer nexos, sea en cuanto a los problemas de dicción, y es en este punto en que se advierte el retorno del trauma (LI y la desestimación fracasada del afecto). Es posible advertir que, cuando se presentaron problemas referidos a los relatos, Isabel y de manera más incipiente Irma apelaron a los mismos recursos compensatorios: 1) las dramatizaciones y exageraciones, 2) las referencias a estados afectivos.

Interferencias clínicas

Respecto de las interferencias a las intervenciones del entrevistador, se hacen evidentes sobre todo en Roberto e Irma, pero no en Isabel. Tales interferencias parecen

depender del tipo de defensa dominante en el paciente, y sobre todo de su estado. En efecto, en Roberto prevalecía la desmentida exitosa, lo cual pudo inducir al terapeuta a avanzar prematuramente por un camino erróneo, que luego desanduvo para reorientarse. Con Isabel la defensa era oscilante, entre el éxito y el fracaso, y no se presentaron dificultades en cuanto a la orientación clínica del terapeuta. En cambio, en Irma la defensa inicialmente fue la desestimación del afecto exitoso/fracasada, y ello interfirió para que el terapeuta pudiera sintonizar con la paciente y orientarse clínicamente, hasta la segunda mitad de la hora.

A ello se agregan, en las tres sesiones, testimonios de una identificación transitoria con el o la paciente (con Roberto, el terapeuta no advirtió que el paciente argumentaba “erróneamente” aludiendo al tiempo transcurrido desde el accidente, y con Isabel, profirió frases semánticamente incorrectas). Además, se advierte con Irma que por momentos el terapeuta corrió el riesgo de ubicarse en el lugar de un personaje traumatizante de una escena de la paciente, sobre todo al pedir una información que la paciente no podía aportar. Sin embargo, el terapeuta se rectificó rápidamente y no insistió en esta orientación.

Bibliografía

Freud, S. (1926d), “Inhibición, síntoma y angustia”, en *AE*, vol. 20.

Freud, S. (1973), *La afasia*, Buenos Aires, Nueva Visión.

Kaplan-Solms, K. & Solms, M. (2000), *Clinical Studies in Neuro-Psychoanalysis*, Londres. Karnac Books,

Maldavsky, D. (1992), *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*, Buenos Aires, Amorrortu.

Maldavsky, D. (1995), *Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1996.

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

Maldavsky, D.; Aguirre, A.; Alvarez, 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.

Mc Dougall, J. (1989), *Teatros del cuerpo*, Madrid, Julián Yébenes, 1991.

Fecha de recepción: 08/05/07
Fecha de aceptación: 25/07/07