

DESCRIPCIÓN Y EJEMPLIFICACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE ANÁLISIS DEL ESTADO DE LA DEFENSA EN EL COMPONENTE TONAL-PARAVERBAL DEL LENGUAJE

DESCRIPTION AND ILLUSTRATION OF AN INSTRUMENT FOR THE ANALYSIS OF THE STATE OF THE DEFENSE IN THE PARA-VERBAL TONAL COMPONENT OF LANGUAGE

José María Rembado¹

Resumen

Objetivo: Describir y ejemplificar un instrumento para detectar el estado de la defensa en el nivel tonal-paraverbal.

Concepto: La defensa exitosa mantiene el sentimiento de sí conservando lo conflictivo fuera del yo. Fracasa cuando no lo logra. Es mixta cuando lo conflictivo no retorna y el yo mantiene una condición neutra.

Operacionalización: Relacionamos los tonos agudos por fuera de la tesitura tonal con el fracaso de la defensa; los tonos graves por fuera de la tesitura tonal con un estado mixto de esta.

Instrumentos: Aplicamos el PRAAT para medir el tono de las vocalizaciones y un índice para ponderarlo.

Procedimiento: Estudiamos los actos de habla con el ADL y el nivel tonal con el PRAAT + índice.

Ejemplo: Joven quien consulta por trastornos alimenticios y autoflagelaciones.

Análisis: Comparamos 3 momentos de una sesión.

Conclusión: El nivel tonal paraverbal detecta el fracaso de la defensa antes que el nivel verbal.

¹ Psicoanalista. Magíster en Problemas y Patologías del Desvalimiento UCES. Profesor en UCES.

Palabras clave: componente tonal, estado de la defensa, instrumentos.

Abstract

Objective: To describe and illustrate an instrument to detect the state of the defense at the para-verbal tonal level. Concept: the successful defense allows to preserve feelings of the self, keeping the conflict outside the ego. It fails when it cannot achieve this. Its mixed when the conflict doesn't reoccur and the ego maintains a neutral condition. Operationalization: we consider the high-pitched tones outside the tonal range as failures of the defense; the low-pitched tones outside the tonal range as a mixed state of the defense. Instruments: we apply the PRAAT to measure the pitch of vocals and an index to assess it. Procedure: we study speech acts with the DLA and the tonal level with the PRAAT + index. Example: a young person who consulted due to eating disorders and self-flagellation. Analysis: we compare 3 moments of a session. Result: The para-verbal tonal level detects the failure of the defense before the verbal level does.

Keywords: tonal component, state of the defense, instruments.

1. Introducción

1.1. Tema de estudio

El trabajo forma parte de una tesis de Doctorado en curso (UCES). En el mismo exploramos la relación transferencial analizando el nivel verbal y paraverbal de las escenas desplegadas del paciente en una sesión. Nos interrogamos por el componente paraverbal de la altura tonal de la voz cuando está unido a la palabra. Siguiendo a Liberman (1970), consideramos que el tono de voz, derivado de la motricidad laríngea, expresa un aspecto de la afectividad del hablante. Nos interesa explorar qué tipo de asociación se desarrolla entre el tono y la palabra durante una relación transferencial. Liberman opinaba que el tono de voz se anticipa en el significado a la palabra. En este contexto nos preguntamos si el nivel tonal aporta información al momento de evaluar el cambio clínico.

2. Marco teórico

2.1. Mímica verbal

Del psicoanálisis destacamos las opiniones pioneras de Liberman (2009 [1970]). Para el autor, la investigación psicoanalítica de la transferencia se circunscribe dentro de los tres contextos inclusivos del proceso analítico: situación analítica, encuadre terapéutico "... y el contexto lingüístico y todo lo que acompañe al habla de ambos participantes del diálogo analítico, siendo este último contexto, el más restringido del conjunto y el más significativo de los tres" (p. 30).

Desde esta perspectiva, el campo comunicacional incluye lo verbal y no verbal (motricidades: corporal, gestual y laríngea). El autor destaca la opinión de Clifford Scott,

quien clasifica a la comunicación como lingüística y quinésica. Cito: “La lingüística corresponde al lenguaje propiamente dicho (las palabras de los diccionarios) y a las modificaciones vocales... La comunicación quinésica corresponde a los movimientos corporales y las expresiones faciales que acompañan al lenguaje verbal... Diversos autores (Álvarez de Toledo; Gotschalk) se han ocupado de relacionar la manera de hablar de los pacientes con el estado emocional en que se hallan” (p. 326). Dentro del grupo de autores, Liberman desataca los aportes de Dumas. Cito: “... ordinariamente se da el nombre de mímica al arte de imitar o de pintar mediante la expresión del rostro y a través del gesto, ya sea que este arte secunde al discurso o se independice de él. Pero se olvida que hay también una mímica vocal, infinitamente más sabia y más matizada que la mímica motora (gestual), y mucho más valiosa para la comprensión del lenguaje hablado. Esta mímica indica voluntariamente, en una forma ostentosa o discreta, la alegría, el deseo, el asombro, el temor, es decir, sentimientos; o bien, interrogaciones, afirmaciones, exclamaciones; es decir, actitudes mentales, en las que siempre entra una parte de la afectividad” (pp. 326, 327).

El autor encuentra en la masa fónica un conjunto de señales que pueden ser estructuradas cual un significante y de esta forma captar el mensaje que inadvertidamente transmite el paciente. Dentro de la masa fónica se encuentran las cualidades vocálicas de la voz, soporte de las estructuras sintácticas habladas. En esta se destacan cuatro parámetros vocales acústicos: la intensidad o volumen, el tono o altura, la duración y el timbre de voz. Nuestro estudio se centra en la altura tonal.

Observa el autor, que la mímica vocal al responder a un código analógico es simultánea y por tal motivo se adelanta al discurso verbal, el cual responde a un código dígito-verbal, siendo por tal motivo secuencial al momento de organizar las representaciones de palabras en frases sujetas a reglas sintácticas, como condición necesaria de decibilidad. Desde esta perspectiva el autor entiende que la mímica verbal puede ser considerada como un indicio del inconsciente, es decir, “... de la introducción del proceso primario dentro del lenguaje verbal” (p. 323).

El material verbal y la masa fónica son dos niveles de comunicación que si bien son autónomos pueden llegar a armonizar. El primero, dígito-verbal, tiene establecido sus significantes. En cambio el segundo, analógico, requiere del diseño de un conjunto de criterios con los cuales abordar el fenómeno y darle un significado.

2.2. Respuestas de la fonoaudiología

2.2.A. Propiedades físicas del sonido y de la voz

El sonido es la percepción de un estímulo por nuestro sistema auditivo. Se origina en una vibración mecánica de un objeto que genera una cantidad de presión sobre un nivel de presión ya existente en el aire (medio flexible). Esta alteración en la presión del aire se traslada en una onda acústica conformada por un conjunto de frecuencias que cobran notoriedad a la percepción del oído humano.

La voz es un producto del aparato fonador. El mismo está compuesto por 3 cavidades y sus respectivos productos: la actividad pulmonar y la corriente de aire espirado; la motricidad laríngea (o cavidad glótica) y la frecuencia fundamental (o frecuencia de mayor uso del hablante); y el tracto vocal y los resonadores. La corriente de aire espirado es cualificada por la actividad sostenida de alternancia de cierres y aperturas de las cuerdas vocales que producen un ciclo vibratorio del cual se desprende una primera frecuencia (conjunto de frecuencias) denominada fundamental. Esta frecuencia fundamental se amplifica al asociarse con frecuencias afines (armónicos) durante su trayecto por el tracto bucal.

La frecuencia fundamental es la que determina el tono de voz del hablante. Cuando el número de frecuencias aumenta el tono se agudiza; y cuando el número de frecuencias se reduce el tono se agrava.

2.2.B. Preguntas realizadas a la fonoaudiología

La variación en la entonación puede estar determinada por razones naturales y patológicas. En el primer caso, la variación tonal corresponde a: 1) un registro o patrón mecánico condicionado por la edad y el género; y 2) por las emociones momentáneas. El segundo caso refiere a patologías de las cuerdas vocales. Según Farías (fonoaudióloga), la forma de diferenciar el tono de una patología cordal y el de una emoción consiste en observar si la medición tonal se repite o varía en su valor. Las emociones presentan diversos valores tonales por fuera de la tesitura tonal.

Respecto del concepto de registro tonal, cito a la autora (2007): "... se llama registro a una serie de tonos sucesivos homogéneos, originados bajo el mismo principio mecánico, que se diferencian claramente de otra serie de tonos, igualmente sucesivos, que responden a otro principio mecánico. Los registros pueden superponerse en algunos tonos y la voz, hablada y cantada, puede usar cualquiera de ellos" (pp. 13 y 14). Hay 3 registros: falsetto, modal y el registro pulso o frito vocal. Cito: "En falsetto no hay un completo cierre glotal y abarca las frecuencias más agudas que podemos emitir de 160 a 800 hercios (hz). Las cuerdas vocales se ven muy delgadas con poca superficie de contacto. El sexo femenino puede utilizarlo normalmente en su comunicación, intercalado con el registro modal. En registro modal hay cierre glótico completo cubriendo un rango de frecuencia aproximado de 100 a 300 hz. Es el que usamos en forma habitual. En el frito vocal la fase de cierre es relativamente más larga que el ciclo entero y hay ocasionalmente dos fases de apertura durante el mismo ciclo vibratorio. Presenta las frecuencias más graves de toda la tesitura, abarcando aproximadamente de 30 a 75 hz... Este registro puede aparecer normalmente en finales de frase con curva de entonación descendente, en estados depresivos o bien puede ser usado como registro de locución. No se utiliza como registro habitual" (p. 14).

Descriptos los patrones entonativos, nos resta Interrogar a la fonoaudiología sobre los conceptos de: frecuencia fundamental, extensión tonal, tesitura tonal y tono muscular.

El ciclo vibratorio de las cuerdas vocales produce una primera frecuencia sonora la cual se denomina frecuencia fundamental o formante cero. Dicho ciclo se inicia con el cierre de las cuerdas vocales que frena el flujo de aire espirado ascendente. La presión de la concentración del aire vence la oclusión de las cuerdas vocales provocando el aire, al pasar, la vibración de las cuerdas.

La fonoaudiología al momento de establecer la extensión tonal no utiliza el registro pulso. La extensión tonal la mide desde el tono más bajo del registro modal hasta el tono más alto en falsetto. Según Farías (2007) la extensión tonal tiene un "... rango de frecuencias de fonación fisiológico para hombres y mujeres de 2 octavas y media a 3 octavas (36 semitonos). Se estabiliza desde la adolescencia y se mantiene aproximadamente hasta los 60 años, edad a partir de la cual empieza a disminuir" (p. 74).

Dentro del amplio rango de las frecuencias de la extensión tonal hay un conjunto de frecuencias que el hablante les da un mayor uso en un contexto conversacional. Son frecuencias cómodas y naturales al hablar. Ese rango de frecuencias sucesivas se denominan: tesitura tonal. Para la autora, la superficie de la tesitura abarca entre 5 o 6 semitonos. El conjunto de frecuencias de la tesitura tonal se organiza a partir de la frecuencia fundamental y se extiende hacia 2 o 3 semitonos sucesivos y contiguos tanto hacia los agudos, como hacia los graves.

En relación con el tono muscular cito a la autora: "Hasta el músculo relajado tiene una turgencia o firmeza residual. El nivel más bajo de contracción se conoce como tono muscular. Los músculos que se usan mucho tienden a tener más tono que los que se usan menos (Rash, 1991)... Esta función antigravitatoria tónica o postural puede considerarse un automatismo con características inconscientes y en esencia involuntarias" (p. 37).

2.3. *Desprendimiento de afecto: angustia y dolor*

Liberman (1970) utiliza las variaciones en los parámetros vocales (incrementos y descensos) para categorizar a las emociones en la mímica verbal. Las emociones pueden ser: ligeramente tónicas, tónicas y depresivas. Por ejemplo, una emoción tónica como la angustia puede expresarse por un aumento de la tensión del orificio glótico y las cuerdas vocales produciendo un sonido agudo; y una emoción depresiva puede expresarse en un descenso del tono con una voz agravada.

Sobre los desarrollos de afectos mencionados nos orientamos por las opiniones de Maldavsky (1986). Destaco sus ideas citando al autor en los siguientes tópicos: 1) diferencia entre deseo y afecto; y 2) diferencia entre el dolor psíquico y angustia.

En el "Proyecto" (1950a) Freud mencionó lo afín y lo diverso entre el deseo y el afecto, a saber: "Los restos de las dos variedades de vivencias (de satisfacción y de

dolor) que hemos tratado, son los afectos y los estados de deseo; común a ambos es contener una elevación de la tensión endógena en el sistema de neuronas impasaderas, en el caso del afecto por desprendimiento repentino, en el del deseo por sumación” (pp. 366–67).

En relación con la angustia y el dolor el autor refiere que si bien ambos afectos son inhibitorios del deseo, lo son por diferentes motivos: el dolor (psíquico o somático), por un daño ya ocurrido en el yo, a diferencia de la angustia la cual nos alerta sobre la inminencia de un daño.

Siguiendo a Freud, entiende que el dolor son grandes cantidades de excitación que irrumpen en el aparato psíquico. Irrupción que se origina ante la ausencia del objeto a la percepción desencadenando una investidura añorante del objeto ausente. Esta potenciación de investidura añorante puede romper los enlaces intrapsíquicos disponibles, aboliendo la conciencia. La imposibilidad de inhibir el proceso desiderativo provoca una herida narcisista. Este desenlace genera dolor e implica que la energía libidinal quede sin destino (Freud, 1950a). Se responde con una contrainvestidura que rodea a la zona dolorida la cual consume la libido narcisista disponible en otros lugares agotando la energía pulsional del sistema.

En relación con la angustia, cito al autor: “¿Qué diferencia hay, pues, entre angustia automática y vivencia de dolor somático? La diferencia consiste en que mientras que en el dolor no hay posibilidad de descarga mediante una modificación secretora y/o vaso–motriz, en la angustia dicha modificación se produce, pero acompañada a su vez de un tipo de *displacer* que constituye un amago del dolor y que es correlativo de la sobreinvestidura de ciertos órganos y de la consiguiente ruptura del equilibrio en la economía narcisista anterior. El *displacer* ocurrido en el caso de la angustia automática se debe principalmente a la perturbación (originada por la sobreinvestidura particular de ciertos órganos) en la distribución de la economía libidinal, junto con la realización de una acción acorde a fines, mientras que en el caso de la vivencia de dolor esta perturbación en la distribución libidinal se ve acompañada de la imposibilidad de satisfacer una tensión de necesidad. Mientras que la angustia corresponde a una vicisitud de la libido narcisista (forzosamente redistribuida, concentrada) correlativa a una satisfacción de la pulsión de autoconservación, la vivencia de dolor corresponde a una vicisitud libidinal narcisista (también forzosamente redistribuida y concentrada) correlativa a una imposibilidad de lograr dicha satisfacción, dicho alivio” (p. 141).

2.4. Defensas y sus respectivos estados

Freud (1915c) considera las defensas como destinos de pulsiones (y por consiguiente de los deseos) en la vida psíquica. Son una forma en que el yo tramita las exigencias de las demandas libidinales. Los destinos corresponden a los modos de procesamiento

realizados por el yo en su mediación de tres sectores que pueden estar en conflicto: a) las pulsiones y deseos, b) la realidad, c) el superyó. En su resolución, el yo puede: 1) quedar del lado de la pulsión y el deseo y oponerse a la realidad y el superyó; 2) quedar del lado de la realidad y el superyó y confrontar al deseo.

Los procesamientos yoicos pueden ser funcionales o patógenos. Las defensas funcionales permiten una creciente diferenciación y complejización de los procesos internos. Y las defensas patógenas provocan una creciente indiferenciación y empobrecimiento de lo anímico.

Las defensas pueden clasificarse como centrales o secundarias. Las primeras determinan la naturaleza de una organización psíquica. Las segundas contribuyen al desempeño de las centrales complementándolas.

Las defensas centrales funcionales, en las que el yo encuentra una resolución menos drástica entre los sectores en tensión, son: acorde a fines; inhibición; creatividad; sublimación.

Y las defensas centrales patológicas, en las que el yo desaloja un componente anímico con el cual se está en conflicto sustituyéndolo por otro (formación sustitutiva), son: represión, represión con rasgos caracterológicos; desmentida; desestimación de la realidad y la instancia paterna; desestimación del afecto.

Respecto del estado de las defensas las mismas se miden según el resultado de sus dos funciones principales: 1) mantener el equilibrio narcisista, el sentimiento de sí; 2) rechazar aquel elemento anímico en conflicto con el yo. Una defensa es: 1) exitosa, cuando logra rechazar lo conflictivo y de esa forma mantener el sentimiento de sí; 2) fracasada, cuando lo conflictivo retorna al yo y emerge la angustia; 3) mixta, cuando lo conflictivo no retorna y el yo más que conservar el sentimiento de sí mantiene una condición más bien neutra.

2.5. Uso del analizador acústico para identificar desprendimientos de afecto en el tono de voz

Lieberman, siguiendo a Dumas, destaca que los músculos de la voz respetan las mismas leyes que los demás músculos voluntarios del cuerpo, y que por su liviandad y delicadeza son los primeros músculos alcanzados por la ola emocional.

Desde una perspectiva freudiana, pensamos que a medida que el tono de voz se agrava disminuyendo en su cantidad de frecuencias, dicha reducción, a medida que se hace notoria, puede expresar (en distintos grados) la inercia del tono de la musculatura de las cuerdas vocales como producto de la hemorragia libidinal (dolor) que invade al

hablante. Y que a medida que el tono de voz se agudiza incrementando su cantidad de frecuencias, dicho incremento, a medida que se hace notorio, puede expresar (en distintos grados) la constricción y modificación somática del tono de la musculatura de las cuerdas vocales por una descarga interna propia de un desprendimiento de angustia.

Siguiendo a Liberman pensamos que tanto el incremento del número de frecuencias en los tonos agudos, como el descenso del número de frecuencias en los tonos graves pueden ser registrados y medidos por un software. Desde esta perspectiva un analizador acústico del audio de la sesión nos permitiría visualizar los desprendimientos de angustia o de dolor y, por ende, los estados de una defensa.

3. Estado del arte

Buscamos sin éxito en la Web trabajos de los últimos 15 años que hayan estudiado el intercambio terapéutico explorando la voz de los protagonistas con un instrumento de medición. En este marco, destacamos las opiniones de Tomicic; Martínez; Bauer; Reinoso (2009), quienes luego de realizar una completa revisión bibliográfica y de aportar –centrados en la comunicación no verbal– la idea de autorregulación y regulación mutua de la interacción entre terapeuta y paciente, destacan tanto el lugar que ocupan la comunicación no verbal en las investigaciones psicológicas, como la forma de complementar y enriquecer la investigación en el nivel paraverbal y su influencia en los resultados de la alianza terapéutica.

De la revisión bibliográfica observaron una marcada tendencia de los investigadores en concentrarse en los aspectos verbales del discurso descuidando los aspectos no verbales del diálogo terapéutico. Respecto del estudio del nivel paraverbal del lenguaje destacan no tan solo la importancia de la alianza terapéutica, al momento de evaluar un cambio psíquico o un estado iatrogénico en un proceso terapéutico, si no que a su vez jerarquizan a los patrones vocales al considerar que los mismos establecen un canal privilegiado del establecimiento del *rapport* (compenetración) y empatía en la relación transferencial. Sus investigaciones focalizan la calidad de la coordinación o regulación de las conductas no verbales entre paciente y terapeuta. Cuando la coordinación es: 1) recíproca, los protagonistas van aparejando sus comportamientos dando lugar a correlaciones positivas; 2) y compensatoria, cuando los protagonistas equilibran las correlaciones negativas. Finalmente, concluyen en la importancia de estudiar la dinámica de la regulación mutua de los patrones vocales implementando el uso de analizadores acústicos.

4. Instrumentos

Aclaración: En la construcción del instrumento contamos con el asesoramiento de la doctora Patricia Farías (fonoaudióloga).

4.1. Propuesta general

Los sistemas de análisis acústicos del habla forman parte del repertorio de herramientas utilizados en el procesamiento digitalizado del lenguaje natural. El programa PRAAT fue diseñado por Boersma y Weenink (1992). EL software presenta una serie de comandos que le permiten analizar los parámetros vocales acústicos de la voz: volumen, tono, timbre y duración. En nuestro estudio aplicamos el instrumento con el objeto de analizar el tono de voz. Motivo por el cual medimos el valor de la frecuencia fundamental de cada acto de habla que se expresa en hercios (hz).

Obtenida la medición tonal necesitamos un criterio que nos permita dirimir si el valor corresponde a una cualidad afectiva (angustia o dolor) acorde o desmesurada al contexto psicoterapéutico. El afecto desmesurado supone una dificultad en su procesamiento por parte del yo. Por ende, dicho desenlace puede ser: a) fracasado en caso de desprendimiento de angustia (sería parecido a un paciente quien sintiéndose impotente pide ayuda creyendo que se va a morir); b) mixto, en caso de desprendimiento de dolor (sería parecido a un paciente quien sintiéndose desvalorizado pasa a estar duraderamente desganado).

Apoyados en una tabla que contiene las notas musicales separadas estas por un semitono (Escala temperada LA3 = 440 hz; de Bach), establecimos:

1) La frecuencia fundamental midiendo con el PRAAT las muletillas o pausas llenas (vocalizaciones prolongada de una vocal) y afirmaciones del paciente. El valor de la frecuencia fundamental de la paciente resultado del promedio del conjunto de muletillas y afirmaciones del audio de la sesión objeto de estudio.

2) Obtenida la frecuencia de mayor uso del paciente nos vimos en la necesidad de modificar el rango propio de frecuencias de la tesitura tonal de un contexto conversacional, la cual no incluye frecuencias graves por debajo de F0, y adecuar dicho rango a un conjunto de frecuencias acorde a las cualidades afectivas de la gama de la angustia y el dolor. En otras palabras, diseñamos una escala tonal funcional a contenidos verbales asociados a cualidades afectivas como la angustia y el dolor dominantes en un contexto psicoterapéutico. Esta decisión nos llevó a distribuir los 6 semitonos de la tesitura tonal del contexto conversacional en 3 semitonos (agudos y graves) sucesivos y contiguos a la frecuencia fundamental de la paciente. Es decir, tomando la F0 como el marcador 0 de origen seleccionamos los 3 semitonos agudos contiguos y los 3 semitonos graves contiguos. De esta forma la tesitura tonal acorde a un contexto psicoterapéutico presenta los siguientes marcadores: A3, A2, A1, 0, G1, G2, G3 (A = agudo; G = grave).

3) Establecida la tesitura tonal funcional a un contexto psicoterapéutico construimos la extensión tonal contigua a la misma en los agudos y los graves. Tomamos los

4 semitonos sucesivos y contiguos a los umbrales (grave y agudo) ya establecidos siendo la última ponderación una categoría abierta (ej. agudo: mayor a 350 hz; grave: menor a 174 hz). La extensión tonal abarca los marcadores: A4, A5, A6, A7 en los agudos y G4, G5, G6, G7 en los graves.

De esta forma el instrumento cubre un rango de frecuencias que partiendo de su frecuencia fundamental se va extendiendo en forma sucesiva y contigua a un conjunto de frecuencias agudas y graves, sensibles estas en denotar la ausencia o la presencia de cualidades afectivas de la gama de la angustia y el dolor.

Teniendo presente que la proxémica² establece que la distancia óptima en el contexto conversacional de una psicoterapia es una distancia personal. Y que la fonoaudiología establece que el rango de frecuencias de la tesitura tonal es la superficie tonal óptima para utilizar en una distancia personal. Consideramos que el índice tonal confeccionado es un instrumento adecuando para categorizar aquellos resultados del PRAAT que se ubiquen por fuera de la tesitura tonal como cualidades afectivas (dolor o angustia) desmesuradas (en distintos grados) indicando, sea el estado fracasado de la defensa en los tonos agudos, sea el estado mixto de la defensa en los tonos graves.

4.2. Aplicación del índice tonal

Entonces:

a) En ausencia de patología cordal y sin un uso del hablante de su entonación como un recurso de locución, decimos: los tonos graves por fuera de la tesitura tonal son los más adecuados en ser afectados por un desprendimiento de dolor debido a que la inercia que afecta al tono de la musculatura de las cuerdas vocales, reduciendo la cantidad de sus vibraciones, sería la expresión de la hemorragia libidinal propia de un estado depresivo.

b) En ausencia de una patología cordal, decimos: los tonos agudos por fuera de la tesitura tonal son los más adecuados en ser afectados por un desprendimiento de angustia debido a que la constricción que afecta al tono de la musculatura de las cuerdas vocales, incrementando la cantidad de sus vibraciones, sería la expresión de la modificación somática por la descarga interna propia de la angustia.

Entonces:

a) en el caso de la angustia, a mayor agudización del sonido mayor fracaso de la defensa.

b) en el caso del dolor, a mayor agravamiento del sonido mayor fracaso parcial de la defensa.

² Área de la semiótica de la comunicación humana que investiga las distancias interindividuales: íntima, personal, social, pública.

Algunas consideraciones sobre la influencia tanto del tema tratado como del contexto terapéutico en relación con los marcadores: G4 a G5 y A4 a A5. Estos marcadores no serían expresión del fracaso o fracaso parcial de una defensa, en aquellos casos en que el paciente verbalice un tema asociado a una emoción intensa o triste (duelo), o, que su tono sea en respuesta a una intervención fallida del analista.

Entonces, en caso que la entonación no sea justificada por el contexto verbal o por una intervención desacertada del terapeuta, decimos: a) el incremento de agudos por fuera de la tesitura tonal nos orienta a pensar en una progresiva degradación del matiz afectivo de la angustia: 1) angustia señal; 2) angustia por impotencia sofocada, y 3) angustia automática; y b) el descenso de frecuencias por fuera de la tesitura tonal nos orienta a pensar en una degradación progresiva del matiz afectivo del dolor: 1) tristeza; 2) tristeza en vías de perder el matiz afectivo, y 3) estado de astenia.

Nos preguntamos en el caso de los marcadores: G6, G7 y A6 y A7, si los mismos son indicio de una sobreinversión de un deseo, un pensamiento o una percepción (gesto) por parte de una pulsión sexual, con una creciente indiferenciación y empobrecimiento de lo anímico dando lugar a defensas patógenas del orden de la desmentida o la desestimación (de la realidad y la instancia paterna, y el afecto).

4.3. Consideraciones generales

En este tipo de estudio es conveniente asesorarse por una fonoaudiología.

Una voz disfónica se excluye del estudio.

Se construye un índice tonal para cada participante del intercambio y para cada sesión. Los parámetros del índice tonal comentado se aplican entre los 17 o 18 años hasta los 60 años.

Al momento de utilizar el PRAAT para medir las muletillas y las afirmaciones se programa el rango de frecuencias (piso y techo) del tono en forma distinta según el hablante sea mujer o varón. En el primer caso se sugiere un piso de 140 hercios y un techo de 400 hercios. En el segundo caso se sugiere un piso de 100 hercios y un techo de 240 hercios. Una vez establecida la frecuencia fundamental –con los criterios ya señalados– se organiza la tesitura tonal acorde al contexto psicoterapéutico y las respectivas extensiones tonales agudas y graves.

5. Procedimientos

5.1. Introducción

Teniendo presente que nuestro estudio explora la relación transferencial es recomendable combinar el análisis del componente tonal con el análisis de los actos de habla del algoritmo David Liberman (Maldavsky). Los actos de habla es el nivel de análisis del lenguaje que permite estudiar la forma en que las escenas se despliegan en el intercambio con el analista.

El ADL es un método de investigación psicoanalítico diseñado para captar: deseos, defensas y sus respectivos estados en el lenguaje. Presenta una visión panorámica de las diferencias y especificidades de las percepciones, las motricidades y los afectos según los deseos, como fundamento de la organización diferencial de las huellas mnémicas y los pensamientos inconscientes y, luego preconscious. Maldavsky, siguiendo a Liberman, jerarquiza la operacionalización del concepto freudiano de pulsión considerando al lenguaje como un producto derivado de esta. El ADL presenta un conjunto de instrumentos para estudiar los deseos, defensas (y sus estados) en el nivel verbal: palabras, actos de habla y relatos; y en el nivel paraverbal: sonidos corporales, tono afectivo, ritmo, volumen, timbre de las verbalizaciones.

El sistema categorial del método está integrado por un repertorio de deseos, defensas (y sus respectivos estados). Los deseos son: libido intrasomática (LI), oral primaria (O1), sádico oral secundario (O2), sádico-anal primario (A1), sádico-anal secundario (A2), fállico uretral (FU) y fállico genital (FG). Las defensas y sus estados ya fueron mencionadas. Para ampliar el tema ver Maldavsky (1998, 1999, 2003a, 2003b, 2013).

5.2. Protocolo

Aplicamos, entonces, el ADL con el objeto de estudiar los actos de habla de la paciente en el nivel verbal y paraverbal. La aplicación del instrumento nos brinda el repertorio de actos de habla de la paciente (análisis paradigmático) clasificados por: a) tipo de acto de habla; b) por deseo. Desde esta perspectiva el ADL le brinda al PRAAT la unidad de análisis objeto de estudio. Aplicamos el PRAAT al audio de cada acto de habla con el objeto de medir el tono de dicha unidad. El software nos brinda en forma automática un conjunto de resultados estadísticos mediante algoritmos de autorregulación. Del conjunto de resultados ofertados solo tomamos el correspondiente a la “media o promedio matemático”. Obtenido el valor tonal (del acto de habla) expresado en hercios lo ubicamos en el índice tonal diseñado con su correspondiente marcador. De esta forma calibramos la medición tonal del acto de habla dándole un significado al mismo, según que el valor corresponda a la tesitura tonal o a la extensión tonal. Lo que nos permite visualizar la ausencia o presencia de una defensa fracasada o de una defensa mixta en el nivel tonal paraverbal.

Ejemplifiquemos:

La paciente vocaliza:	“no sé”	“igual nada más que...”
Resultado del ADL	Duda, deseo sádico anal secundario	Autointerrupción; fállico uretral
Resultado del PRAAT	277 hz	331 hz
Resultado del índice tonal	A2 = poco importante	A6 = notoriamente importante
Conclusión	no hay desprendimiento de angustia	Hay desprendimiento de angustia
Aclaración: Los valores utilizados en el ejemplo corresponden al índice tonal de la paciente.		

6. Descripción del caso clínico Flor

El caso clínico corresponde a un tratamiento psicoterapéutico durante el cual se suscitaron diversas dificultades e interferencias tanto con la paciente, como con su madre. El análisis finalizó de una manera abrupta y no puede ser considerado un éxito terapéutico.

Una breve referencia de los padres de Flor. La madre tuvo un intento suicida fallido durante su juventud. El padre se sentía rechazado por su propio padre y no se animaba a confrontarlo.

La familia de Flor era oriunda del interior del país. Sus padres se separan a sus 10 años. A sus 12 años, el padre consigue una resolución judicial instando a que su hijo menor se fuese a vivir con él. No acciona ante el juzgado por Flor, motivo por el cual esta sigue viviendo con su madre. La ida del hermano menor incrementó el estado depresivo en la madre. Flor, a sus 15 años inicia una restricción alimentaria durante 5 meses. La restricción cesa el día en que cumple los 16. La problemática continuó con restricciones parciales seguidas de atracones. A sus 17 años viaja junto a su madre para tratar su trastorno alimentario en una institución especializada. El dinero del tratamiento era aportado por su abuela paterna. Al poco tiempo se retira del tratamiento. Madre e hija deciden quedarse a vivir fuera de su provincia de origen. La madre realiza una consulta fallida al terapeuta a los 18 años de Flor (se resistía a iniciar una psicoterapia). Al tiempo la madre realiza una segunda consulta consiguiendo que su hija inicie un tratamiento. Manifiesta la madre que su hija tenía trastornos en la conducta alimenticia (atracones) y conductas auto agresivas (autoflagelarse sus brazos). Para ese entonces, ya había tenido episodios de consumo de cocaína y había abandonado sus estudios secundarios. Se inicia el análisis suspendiéndose al tiempo por una ingesta de psicofármacos de Flor, hecho que desencadenó su internación. Tiempo después la paciente, ya con 19 años, le solicita al padre retomar su tratamiento. El padre se contacta con el terapeuta dando lugar a un segundo tratamiento. La sesión objeto de estudio corresponde a este último período.

Durante el primer tramo del tratamiento su padre se mantenía distante del tratamiento. Los honorarios del terapeuta eran pagados en parte por la abuela paterna y la madre de Flor. Esta situación continuó hasta la internación psiquiátrica (la cual se logró por el respaldo del padre, la madre y Flor se oponían). A mayor protagonismo del padre menor protagonismo de la madre. Flor deja de concurrir luego que el terapeuta derivara a su madre con un colega, con el objeto de iniciar un tratamiento individual. Hasta ese momento, el terapeuta tenía entrevistas individuales con la madre y con el padre por separado.

7. Muestra

7.1. Criterio de selección de la muestra

Hay una muestra global (correspondiente a la tesis en curso) de la cual se seleccionó una muestra intencional con el objeto de ejemplificar. Esta muestra es una selección

de escenas desplegadas por la paciente en distintos momentos de una sesión. A la muestra intencional le aplicamos 3 instrumentos: el ADL para el estudio de los deseos, defensas y sus estados; y el analizador acústico PRAAT combinado con un índice de ponderación tonal. Estos instrumentos son aptos para estudios macro y micro analíticos, en este estudio realizamos un análisis micro analítico.

Mencionamos que las escenas seleccionadas pertenecen a distintos momentos de una sesión. El primer momento incluye el inicio de la sesión donde la paciente verbaliza su repertorio temático, dentro del cual refiere sentirse desvalorizada. El tercer momento de la sesión se inicia luego que el analista le preguntase por su sentir ante el inminente viaje que su madre haría por 3 días al interior (quedándose esta sola), respondiendo que se sentía bien en el nivel verbal y realizando un chasquido de lengua en el nivel paraverbal. Ambos momentos los contrastamos con las escenas desplegadas del cierre de la sesión (una vez que el analista anticipara la finalización de la misma). Escenas en que la paciente dice sentirse mal, sin saber cómo se sentirá finalizada la sesión.

Del conjunto de escenas del primer y del tercer momento seleccionamos aquellas escenas donde la paciente presenta una posición resistencial en la transferencia. Por resistencia entendemos una falta de contribución de la paciente al trabajo clínico.

7.2. Muestra intencional

I. Escenas desplegadas seleccionadas del primer momento

Luego de 2 minutos de silencio la paciente verbaliza: Estoy de mal humor. Porque mi papá viene el jueves o el viernes y noo quiero que venga.

Me llamó todo el fin de semana y no lo atendí. Me va a decir nada. No quie..., no sé, no quiero verlo.

Mi mamá se va hoy al... aa... Neuquén. Analista: ¿Y cuándo vuelve? Paciente: El lunes.

Carraspea, eh, ah, yo te diría nada más que tengo la autoestima baja, como que...

Analista: ¿Qué sería la autoestima baja? ¿Qué te pasa? Paciente: No, estoy todo el tiempo tirándome abajo, todo el tiempo.

II. Escenas desplegadas seleccionadas del tercer momento

Analista: ¿Y cómo estás con el hecho de que tu mamá viaje por unos días? Paciente: Ah, bien, bien, bien. Lo único que me angustia, viste, es mi papá. Igual nada más que, que... Realiza un chasquido de lengua. O sea es que no... Nada,

III. Escenas desplegadas del cierre de la sesión

Ahora no sé qué voy a hacer. Analista: ¿A qué te referís?, ¿qué no sabes que vas a hacer con qué? Paciente: Nada que... o sea cuando me queda sola no sé qué voy a hacer. O sea ahora estoy tratando de sentirme mejor, pero no puedo. O sea, no sé. O sea, no sé, me pongo muy mal cuando vengo acá, y después por ahí salgo y me pongo re bien,

no sé. Analista: Mn (asiente en forma gutural). Paciente: Es como que se me va. No sé. Analista: Mn, mn (asiente en forma gutural). Bueno, bueno, este, ¿contás ya con un número dónde ubicarte? Paciente: Sí.

8. Análisis

8.1. Índice tonal hecho a medida de la paciente

Aclaraciones:

- 1) La voz del audio de la paciente fue evaluada por la doctora Patricia Farías descartando patología cordal en la misma.
- 2) El índice tonal debe construirse en forma empírica para cada persona y para cada sesión descartando una disfonía.
- 3) Al momento de medir las multillas y las afirmaciones para obtener la frecuencia fundamental seteamos el comando del tono con un piso de 140 hercios y un techo de 400 hercios.
- 4) Los marcadores del índice se corresponden con la calibración del tono de voz y los utilizamos al momento de realizar el análisis colocando el marcador entre paréntesis, al lado del acto de habla [ejemplo: “no sé” (A1) corresponde a: “no relevante”].

Número	Marcador	Frecuencias expresadas en hercios y notas musicales	Índice de ponderación
7	A7	Mayor a 350	Extremadamente importante
6	A6	331 a 349 (FA3)	Notoriamente importante
5	A5	312 a 330 (MI3)	Muy importante
4	A4	295 a 311 (RE#3)	Importante
3	A3	278 a 294 (RE3)	Medianamente importante
2	A2	263 a 277 (DO#3)	Poco importante
1	A1	248 a 262 (DO3)	No relevante
0	0	247 (SI2)	frecuencia fundamental (o de mayor uso)
-1	G1	246 a 233 (LA#2)	No relevante
-2	G2	232 a 220 (LA2)	Poco importante
-3	G3	219 a 208 (SOL #2)	Medianamente importante
-4	G4	207 a 196 (SOL2)	Importante
-5	G5	195 a 185 (FA#2)	Muy importante
-6	G6	184 a 175 (FA2)	Notoriamente importante
-7	G7	Menor a 174	Extremadamente importante

8.2. Introducción

Presentamos en este apartado los resultados del ADL para detectar los deseos, defensas y sus respectivos estados de los actos de habla en el nivel verbal y paraverbal; y los resultados del PRAAT + índice de ponderación tonal para detectar el estado de las defensas en el nivel tonal paraverbal.

Aclaración: Al lado de cada acto de habla figura entre paréntesis el marcador tonal. Recordamos que la “A” del marcador corresponde a un valor agudo y la “G” a un valor grave, y el número corresponde a la calibración de la entonación.

I. Escenas desplegadas seleccionadas del primer momento de la sesión

Inicio de la sesión.

Escena a: Luego de 2 minutos de silencio la paciente verbaliza: Estoy de mal humor (A4).

Comentario: Refiere a un estado afectivo (disfórico) con un desprendimiento de angustia (A4).

Da la impresión que el desprendimiento de angustia detectado está relacionada con la salida del prolongado silencio, es decir, con tener que hablar de su malestar. Esta escena visualiza un conflicto de la paciente en la relación transferencial entre: quedarse callada y hablar, finalmente habla de un malestar.

Categorización: O2 acorde a fines mixta

Escena b: Porque m mi papá viene el jueves o el viernes (A1)

Comentario: Se justifica

Categorización: A2 represión exitosa

Escena c: y noo quiero que venga (G1).

Comentario. Manifiesta un deseo negativo

Categorización: FG represión + rasgos caracterológicos exitosa

Escena d: Me llamó todo el fin de semana (A1)

Comentario: Exagera

Categorización: FG acorde a fines exitosa

Escena e: y no lo atendí (G1)

Comentario: Informa de un hecho concreto.

Categorización: A2 acorde a fines exitosa

Escena f: Me va a decir nada (A1).

Comentario: Evita desplegar el tema ante el terapeuta.

Categorización: FU represión exitosa.

Escena g: No quie (A2),

Comentario: Se autointerrumpe

Categorización: FU represión exitosa.

Escena h: no sé (A2)

Comentario: duda, paralizando su pensar

Categorización: A2 represión exitosa

Escena i: no quiero verlo (A1).

Comentario: Manifiesta un deseo (negativo)

Categorización: FG represión + rasgos caracteriales exitosa

Escena j: Analista: ¿Qué sería la autoestima baja? ¿Qué te pasa? Paciente: No (A4),

Comentario: Ante el pedido de aclaración solicitado por el analista la paciente profiere una vocalización opositiva, retaceando información, con un desprendimiento de angustia (A4) expresado solo en el nivel paraverbal.

Categorización: A2 represión exitosa

Escena k. Paciente: estoy todo el tiempo tirándome abajo (A3)

Comentario: Exagera

Categorización: FG represión + rasgos caracterológicos exitosa

Escena l: todo el tiempo (A2).

Comentario: Redunda, dando una respuesta tautológica

Categorización: FG represión + rasgos caracterológicos exitosa

II. Escenas desplegadas seleccionadas del tercer momento de la sesión

Escena a. (Silencio). Analista: ¿Y cómo estás con el hecho de que tu mamá viaje por unos días? Paciente: Ah (A4),

Comentario: El terapeuta cambia el tema preguntándole por su sentir ante el inminente viaje de su madre. La paciente sintoniza con el cambio de tema acordando con la pregunta. Su respuesta presenta un desprendimiento de angustia expresado solo en el nivel paraverbal.

Categorización: A2 acorde a fines exitosa

Escena b: bien (A4),

Comentario: Informa de un hecho concreto con un desprendimiento de angustia que solo se expresa en el nivel paraverbal.

Categorización: A2 acorde a fines exitosa

Escena c: bien, bien (A4)

Comentario: redundante con un desprendimiento de angustia que solo se expresa en el nivel paraverbal.

Categorización: FG acorde a fines exitosa

Escena d. Paciente: lo único que me angustia, viste, es mi papá (A3)

Comentario: Refiere a un estado afectivo (disfórico)

Categorización: O2 desmentida exitosa

Escena e. Paciente: Igual nada más que, que... (A2)

Comentario: Se autointerrumpe

Categorización: FU represión exitosa

Escena f. Paciente: Realiza un chasquido de lengua (componente paraverbal)

Comentario: Siguiendo a Liberman y a Maldavsky (2010, 2012), entendemos al chasquido de lengua como la vivencia en la cual el hablante no cree en las frases que está diciendo. Los autores relacionan al chasquido con la vivencia del bebé quien creyendo tener el pezón en su boca mama cuando en realidad está succionando en el vacío, alimentándose a sí mismo y al otro con falsedades.

Categorización: O1 desmentida exitosa

Escena g. Paciente: o sea es que no... (A1)

Comentario: Interrupciones del discurso propio.

Categorización: FU represión exitosa

Escena h. Paciente: Nada (A2)

Comentario: vocalización opositiva con la que retacea información

Categorización: A2 represión exitosa

III. Escenas desplegadas del cierre de la sesión

Escena a. Paciente: Ahora no sé qué voy a hacer (A5)

Comentario: Duda, con un desprendimiento de angustia (A5) expresado solo en el nivel paraverbal

Categorización: A2 acorde a fines mixta

Escena b. Analista: ¿A qué te referís?, ¿qué no sabes que vas a hacer con qué? (A1).
Paciente: Nada que... (A5)

Comentario: Se autointerrumpe con un desprendimiento de angustia (A5) expresado solo en el nivel paraverbal

Categorización: FU represión exitosa

Escena c. Paciente: o sea cuando me queda sola no sé qué voy a hacer (A5)

Comentario: Aclara, con un desprendimiento de angustia (A5) expresado solo en el nivel paraverbal

Categorización: A2 acorde a fines mixta

Escena d. (Silencio) Paciente: O sea ahora estoy tratando de sentirme mejor (A4)

Comentario: Refiere estar realizando una acción con un desprendimiento de angustia expresado solo en el nivel paraverbal

Categorización: O2 acorde a fines exitosa

Escena e. Paciente: pero no puedo (A4)

Comentario: Realiza una expresión de impotencia expresando un desprendimiento de angustia (A4) en el nivel paraverbal.

Categorización: FU acorde a fines mixta

Escena f. Paciente: O sea, no sé (A5)

Comentario: Duda, paralizando el pensar, con un desprendimiento de angustia (A5) expresado solo en el nivel paraverbal.

Categorización: A2 represión exitosa

Escena g. Paciente: O sea, no sé, me pongo muy mal (A6)

Comentario: Refiere a un estado afectivo (disfórico) con un desprendimiento de angustia notoriamente importante (A6) expresado solo en el nivel paraverbal.

Categorización: O2 acorde a fines mixta

Escena h. Paciente: cuando vengo acá (A4)

Comentario: Realiza una afirmación referida a la orientación témporo–espacial con un desprendimiento de angustia (A4) expresado solo en el nivel paraverbal.

Categorización: FU acorde a fines exitosa

Escena i. Paciente: y después por ahí salgo (A5)

Comentario: Realiza una afirmación referida a la orientación témporo–espacial con un desprendimiento de angustia (A5) expresado solo en el nivel paraverbal

Categorización: FU acorde a fines exitosa

Escena j. Paciente: y me pongo re bien (A3)

Comentario: Refiere a un estado afectivo (eufórico) ilusorio con el cual tiende a replegarse (como al inicio de la sesión).

Categorización: O2 desmentida exitosa

Escena k. Paciente: no sé (A2)

Comentario: Duda, paralizando el pensar

Categorización: A2 represión exitosa

Escena l. Analista: Mn (asiente en forma gutural) (G4). Paciente: Es como que se me va (A3)

Comentario: El analista acompaña asintiendo en forma gutural (intervención introductoria), por su parte la paciente ejemplifica.

Categorización: FG represión exitosa

Escena m. Paciente: No sé (A4)

Comentario: Duda, paralizando el pensar, con un desprendimiento de angustia (A4) expresado solo en el nivel paraverbal

Categorización: A2 represión exitosa

Escena n. Analista: Mn, mn (asiente en forma gutural) (G4). Bueno, bueno, este, (G2) ¿Contás ya con un número dónde ubicarte? (A4). Paciente: Sí (A4)

Comentario: Confirma la opinión del analista con un desprendimiento de angustia (A4) expresado solo en el nivel paraverbal

Categorización: A2 acorde a fines exitosa

9. Resultados

Me referiré primero a los resultados totales de los actos de habla (paradigmático, sintagmático y tonal paraverbal). Luego me referiré a los resultados comparativos entre los conjuntos de escenas seleccionadas (paradigmático, sintagmático y tonal paraverbal).

9.1. Resultados totales del análisis paradigmático de los actos de habla (nivel verbal)

Aclaraciones: 1) Solo contabilizamos actos de habla, no componentes paraverbales.
 2) Contabilizamos un total de 33 actos de habla.

Deseos	Actos de habla	Ponderación y distribución de frecuencias
O2	5 AH 15%	Percentil 95
A2	13 AH 40%	Percentil 5
FU	8 AH 24%	Percentil 70
FG	7 AH 21%	Percentil 85

9.2. *Resultados totales del análisis sintagmático de los actos de habla (nivel verbal y paraverbal)*

Aclaraciones: 1) Contabilizamos un total de 34 escenas desplegadas por la paciente. 2) Se contabiliza una escena construida a partir de un componente paraverbal (chasquido de lengua).

Corrientes psíquicas Deseo, defensa (y su estado)	Cantidad	Porcentajes
O1 desmentida exitosa	1	3%
O2 acorde a fines mixta	2	6%
O2 acorde a fines exitosa	1	3%
O2 desmentida exitosa	2	6%
A2 acorde a fines exitosa	4	11%
A2 acorde a fines mixta	2	6%
A2 represión exitosa	7	20%
FU represión exitosa	5	15%
FU acorde a fines mixta	1	3%
FG acorde a fines exitosa	4	11%
FG represión exitosa	1	3%
FG represión + rasgos caracterológicos exitosa	4	11%

9.3. *Resultados totales del nivel tonal (paraverbal)*

Aclaraciones: 1) Se toman en cuenta en la construcción de las escenas desplegadas tanto los actos de habla correspondientes a la fonación, queda excluida la escena construida con el chasquido de lengua por falta de compromiso de la motricidad laríngea en dicha acción. 2) Contabilizamos un total de 33 escenas desplegadas por la paciente. 3) Recordamos que las escenas desplegadas con desprendimiento de angustia son aquellas que en su cierre presentan los marcadores: A4, A5, A6 y A7.

Escenas desplegadas por la paciente (total: 33)	
Escenas sin desprendimiento de angustia	Escenas con desprendimiento de angustia
Cantidad de escenas: 17	Cantidad de escenas: 16 (10 A4; 5 A5; 1 A6)
Porcentaje: 51,5%	Porcentaje: 48,5%

9.4. Resultados comparativos del análisis paradigmático del conjunto de escenas

Aclaraciones:

1) No utilizamos la distribución de frecuencias en los datos parciales de los actos de habla debido a que el volumen de los mismos al distribuirlos por conjunto de escenas no es considerable, solo presentamos los porcentajes.

2) Los valores de los actos de habla verbales y de los componentes paraverbales se expresan en cuadros separados.

Deseos actos de habla (total 33 AH)	Primer momento (total 12 AH)	Tercer momento (total 7 AH)	Cierre de la sesión (total 14 AH)
O2	1 AH 3%	1 AH 3%	3 AH 9%
A2	4 AH 12%	3 AH 9%	6 AH 18%
FU	2 AH 6%	2 AH 6%	4 AH 12%
FG	5 AH 15%	1 AH 3%	1 AH 3%

Deseos componentes paraverbales (total 1)	Escena resistencial del tercer momento
O1	1 chasquido de lengua

9.5. Resultados comparativos del conjunto de escenas del análisis sintagmático de los actos de habla (verbales y paraverbales)

Aclaración: un total de 34 escenas desplegadas (se contabiliza la escena del chasquido de lengua).

Escenas resistenciales del primer momento (total 12 escenas desplegadas)			
Corrientes psíquicas acorde a fines exitosa	Corrientes psíquicas acorde a fines mixta	Corrientes psíquicas patógenas exitosas	Corrientes psíquicas patógenas mixtas
1 (O2) + 1 (A2) + 1 (FG)		3 (A2) + 2 (FU) + 4 (FG)	
Total: 3 25%		Total: 9 75%	

Escenas resistenciales del tercer momento (8 escenas desplegadas)			
Corrientes psíquicas acorde a fines exitosa	Corrientes psíquicas acorde a fines mixta	Corrientes psíquicas patógenas exitosas	Corrientes psíquicas patógenas mixtas
2 (A2) + 1 (FG)		1 (O1) + 1 (O2) + 1 (A2) + 2 (FU)	
Total: 3 37,5%	Total	Total: 5 62,5%	

Aclaración: El cuadro de las escenas del tercer momento será resignificado en sus valores en la discusión.

Escenas del cierre de la sesión (total 14 escenas desplegadas)			
Corrientes psíquicas acorde a fines exitosa	Corrientes psíquicas acorde a fines mixta	Corrientes psíquicas patógenas exitosas	Corrientes psíquicas patógenas mixtas
1 (O2) + 1 (A2) + 2 (FU)	1 (O2) + 2 (A2) + 1 (FU)	1 (O2) + 3 (A2) + 1 (FU) + 1 (FG)	
Total: 4 28,5%	Total: 4 28,5%	Total: 6 43%	

9.6. Resultados comparativos del conjunto de escenas del nivel tonal paraverbal

Aclaración: Total 33 escenas desplegadas, no se contabiliza en el tercer momento la escena del chasquido de lengua por falta de compromiso de la motricidad laríngea en dicha acción.

Primer momento (total 12 escenas desplegadas)

Escenas sin desprendimiento de angustia	Escenas con desprendimiento de angustia
Cantidad: 10	Cantidad: 2 (A4)
Porcentaje: 83%	Porcentaje: 17%

Tercer momento (total 7 escenas desplegadas)

Escenas sin desprendimiento de angustia	Escenas con desprendimiento de angustia
Cantidad: 4	Cantidad: 3 (A4)
Porcentaje: 57%	Porcentaje: 43%

Cierre de la sesión (total 14 escenas desplegadas)

Escenas sin desprendimiento de angustia	Escenas con desprendimiento de angustia
Cantidad: 3	Cantidad: 11 [5 (A4), 5 (A5), 1 (A6)]
Porcentaje: 21%	Porcentaje: 79%

10. Discusión

Los datos ofrecidos por la distribución de frecuencias de los actos de habla nos indican: a) un O2 con valores desmesurados por arriba de la media; b) un A2 con valores empobrecidos por debajo de la media; c) un FU con valores por arriba de la media; y d) un FG con valores muy importantes por arriba de la media. De la comparación

de los conjuntos de escenas observamos que: O2 presenta un porcentaje bajo en el primer y tercer momento de la sesión incrementando su porcentaje en las escenas del cierre. A2 mantiene un porcentaje bajo tanto en las escenas del primer momento y del tercer momento, incrementando su porcentaje en las escenas del cierre. FU presenta un porcentaje bajo en las escenas del primer y del tercer momento, incrementando su porcentaje en el cierre. Y FG presenta el mayor porcentaje en las escenas del primer momento reduciendo notoriamente su porcentaje en los conjuntos de escenas restantes.

Los datos totales del análisis sintagmático ofrecen: a) 20 corrientes psíquicas con defensas patógenas exitosas; y b) 14 corrientes psíquicas con defensas acorde a fines (10 exitosas y 4 mixtas). De la comparación del conjunto de escenas resulta: a) en las escenas del primer momento predomina un 75 % de defensas patógenas exitosas (A2, FU y FG), y un 25% de defensas acorde a fines exitosas (O2, A2, FG); b) en las escenas del tercer momento predomina un 62,5% de defensas patógenas (O1, O2, A2, FU) y un 37,5% de defensas acorde a fines (A2 y FG); y c) en las escenas del cierre de la sesión predomina un 57% de defensas acorde a fines (28,5% exitosas – O2, A2, FU – y 28,5 % mixtas – O2, A2, FU), y un 43% de defensas patógenas exitosas (O2, A2, FU, FG).

Los resultados del análisis tonal nos informan de una notoria discordancia en el estado de la defensa expresada en el nivel verbal y el nivel paraverbal al comparar el conjunto de escenas del cierre con el primer conjunto de escenas. En este último conjunto las defensas son exitosas en un 83% y en el conjunto de escenas del cierre fracasan en un 79 %. En el conjunto de las escenas del tercer momento el 57% es exitoso y el 43% restante es fracasado.

Recapitulando, en las escenas del primer conjunto observamos un desprendimiento de angustia no relevante en el nivel paraverbal, y en el nivel verbal: una importante participación de FG, con una presencia muy importante de defensas patógenas exitosas, destacándose: FG represión + rasgos caracterológicos, A2 represión y Fu represión.

En las escenas del tercer momento observamos un desprendimiento de angustia del 43% en el nivel paraverbal, y en el nivel verbal: una disminución muy importante de FG, con una presencia importante de defensas patógenas exitosas, destacándose: O1 desmentida, O2 desmentida, FU represión y A2 represión.

Las escenas del cierre de la sesión se diferencian de los conjuntos restantes tanto en el nivel verbal como en el paraverbal. En este último nivel el desprendimiento de angustia alcanza un 79%. En el nivel verbal observamos: en el repertorio de actos de habla, un incremento importante de A2 y un incremento leve tanto de FU como de O2. Y en las corrientes psíquicas el porcentaje de defensas acorde a fines alcanza un 57% (entre

exitosas y mixtas), destacándose: O2, A2 y FU; y un 43% de defensas patógenas exitosas como: O2 desmentida, A2 represión y FU represión.

Planteado el panorama de los resultados, nos resta precisar una consecuencia propia del análisis sintagmático realizado en el conjunto de escenas del tercer momento. Este análisis tiene como particularidad combinar escenas y, por ende, ampliar las unidades de análisis. Alterar una unidad puede traer aparejado un problema metodológico en caso que la nueva unidad resignifique una categorización anterior, debiendo entonces reasignar dicho valor. La corriente psíquica O1 desmentida exitosa (fragmento II. escena f) en la que asociamos al chasquido de lengua con el autoengaño nos requiere identificar y resignificar posibles escenas engañosas anteriores al acto paraverbal. Indicio que nos lleva a explorar el fragmento II y las escenas: a, b, c, d y e.

Consideramos que las escenas aparentes del segmento son las 3 primeras (a, b y c). Estas escenas conforman la respuesta de la paciente a su sentir ante el inminente viaje de su madre por lo que esta se quedaría sola. Justificamos nuestra respuesta en el desprendimiento de angustia (A4) que las 3 escenas presentan en el nivel paraverbal contradiciendo, dicho estado disfórico, el estado eufórico presentado en el nivel verbal. Entonces, las corrientes psíquicas A2 y FG presentan una aparente defensa acorde a fines la cual debe resignificarse como: A2 represión exitosa y FG represión exitosa. Esta corrección modifica los porcentajes de las defensas patógenas y acorde a fines de las escenas del tercer momento. Presentamos los nuevos valores:

Escenas del tercer momento de la sesión (total 8 escenas desplegadas)

Corrientes psíquicas acorde a fines exitosa	Corrientes psíquicas patógenas exitosas
_____	1 (O1) + 1 (O2) + 3 (A2) + 2 (FU) + 1 (FG)
.....	Total: 8 porcentaje: 100%

En relación con las escenas d y e, nos interesa agregar una consideración semántica de la “escena e” autointerrumpida (“igual nada más que, que...”), con el objeto de precisar el uso semántico del “igual”. Entre las varias acepciones del uso del “igual” en el diccionario de María Moliner (Diccionario de uso del español. Ed. Gredos, Tomo II, Madrid, 1994) consideramos que la versión asociada al adverbio “igualmente” es representativa de los hechos. Según la autora “igual/igualmente” corresponde a: “una expresión correctiva empleada para expresar una posibilidad opuesta a lo que, de acuerdo con lo dicho antes, tiene todas las probabilidades de ocurrir: *Igual le puede dar por estar muy amable*”. El igual refiere a la escena e, a saber: “Lo único que me angustia, viste, es mi papá, igual nada más que, que...”. El “igual o igualmente” tendría un sentido correctivo a la idea de que su angustia proviene únicamente del vínculo con su padre. De lo que se desprende que el malestar de Flor no se explicaba únicamente por la relación con su padre. A su vez, tengamos en cuenta que previamente había hablado de su madre (escenas

a, b y c). Consideración que nos permite inferir que la paciente hablaba de su padre para evitar contactarse con la angustia que le despertaba la separación con su madre.

11. Conclusiones

Aclaración: Mencionamos algunas conclusiones de un trabajo que aún se encuentra en curso.

La paciente despliega una fachada defensiva patógena exitosa en su intercambio con el analista en las escenas del primer y tercer momento recurriendo: al autoengaño, al retaceo y evitación de la información, y a la pretensión caracterológica que el contexto se acomode a sus deseos, con el objeto de rechazar hablar de su malestar afectivo. De esta forma evita el desprendimiento de angustia en el nivel paraverbal, principalmente en el primer momento de la sesión.

En las escenas del cierre, el leve incremento de O2 (actos de habla) está al servicio de la expresión de su desvalorización (O2 acorde a fines mixta). Respecto del leve incremento de A2, una parte está al servicio de aclarar y de ampliar la información de su malestar (A2 acorde a fines), y la parte restante está al servicio de dudar con el objeto de paralizar su pensar (A2 represión exitosa). Respecto del leve incremento de FU, una parte está al servicio de precisar un estado de impotencia (FU acorde a fines mixta), y otra parte al servicio de la evitación (FU represión exitosa),

En relación con el notable desprendimiento de angustia observado en el nivel paraverbal de las escenas del cierre, entendemos que el factor desencadenante de dicho desenlace en la transferencia es la anticipación del final de la sesión (poniendo en juego una inminente separación). Situación afín al conjunto de escenas del tercer momento de la sesión, donde la paciente se autoengaña exitosamente en el nivel verbal al momento de contactarse con su sentir ante la separación de su madre. El final anticipado de la sesión por parte del analista desencadenó en la paciente el fracaso de su fachada resistencial patógena.

Nos resulta de interés destacar que nuestro estudio muestra la sensibilidad del nivel tonal-paraverbal en detectar el fracaso de una defensa (por desprendimiento de angustia), información que el nivel verbal, como ejemplificamos, puede no llegar a brindar. Motivo por el cual dicho nivel de análisis es útil en detectar el cambio clínico.

Este resultado avala la opinión de Liberman sobre la mímica vocal, la que al ser analógica expresa en forma simultánea los sentimientos del paciente, a diferencia de la organización secuencial y dígito-verbal de las representaciones palabras. Desde esta perspectiva, la masa fónica al ser un indicio del inconsciente se anticipa en el significado a la palabra.

Bibliografía

Fariás, Patricia (2007). *Ejercicios que restauran la función vocal*. Buenos Aires: Akadia.

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

Freud, Sigmund (1950a). Proyecto de psicología. En *Obras completas* (Vol. 1). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Jackson Menaldi, Cristina (1992). *La voz normal*. Buenos Aires: Medica Panamericana, 2005.

Lieberman, David (1970). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Letra Viva, 2009.

Maldavsky, David (1986). *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.

Maldavsky, David (1998). *Lenguajes del erotismo*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1999.

Maldavsky, David (1999). *Lenguajes, pulsiones, defensas*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2000.

Maldavsky, David (2003a). *La investigación psicoanalítica del lenguaje: algoritmo David Lieberman*. Buenos Aires: Editorial Lugar, 2004

Maldavsky, David (2003b). A Contribution to the Development of a Psychoanalytical Methodology for Research into Language. A Systematic Study of Narration as an Expression of Sexuality. *International Journal of Psychoanalysis*.

Maldavsky, David (2013). *ADL. Algoritmo David Lieberman. Un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*. Buenos Aires: Paidós.

Fecha de recepción: 20/04/16

Fecha de aceptación: 16/05/16