

# AUTOLESIONES MEDIANTE CORTES REITERADOS EN PIEL

## SELF-INJURIES INFLICTED BY RECURRENT SKIN CUTS

Delia Scilletta\*

### Resumen

*Este trabajo intenta dar cuenta del proceso interrogativo, guiado por conceptos teóricos del psicoanálisis, que condujo al producto de una muestra que forma parte de una investigación, cuyo objetivo es el estudio de los procesos psíquicos que anteceden a los momentos en los cuales se producen las autolesiones mediante cortes en piel. Se describirán en primera instancia las características del estudio, las estrategias seguidas para su realización y los motivos por los cuales se decidió la elección de caso único. Se construirá luego una reseña de algunos datos significativos de la historia de una paciente que se autoinflige cortes en piel. A continuación se expondrá la muestra constituida por la síntesis de diez sesiones terapéuticas de dicha paciente. Se efectuará una breve descripción del método utilizado para el análisis del material, el algoritmo David Liberman (ADL), se plantearán luego las preguntas que orientaron el desarrollo de la muestra, el procedimiento y los criterios seguidos para el recorte de la misma. Se definirá qué se entiende por escena de corte, ya que la misma sirvió para localizar el material y qué se interpreta por antecedentes. Posteriormente se realizará el análisis de las mismas y se discutirán los resultados obtenidos y, por último, se presentarán algunas conclusiones provisionarias debido a que la muestra forma parte de una investigación en curso.*

**Palabras claves:** cortes autoinfligidos, Algoritmo David Liberman (ADL), procesos psíquicos, pulsiones, defensas.

### Summary

*This paper intends to give an account of the interrogative process, guided by theoretical concepts of psychoanalysis, that led to the product result of a sample that is a part of a research, the purpose of which is the study of the psychic processes that precede the times when the self injuries are caused by means of skin cutting. Firstly, the characteristics of this study, the strategies followed for its execution and the reasons for choosing only one case will be described. Then, a brief summary of some significant data on the case of a patient who self-harms by skin-cutting will be included. Following, the sample made up by the synthesis of ten therapeutic sessions of said patient will be detailed. A brief description of the David Liberman Algorithm (DLA) method used for the analysis of the material will be made. Later, the questions that*

---

\* Licenciada en Psicología Clínica UBA. Se desempeña en el área Clínica del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Cursó la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento UCES. Docente de UCES. Dirección: Av. Rómulo Naón 3201 Dto. "C" (C1430ZAD), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: dscilletta@yahoo.com.ar

*guided the development of the sample as well as the proceedings and the criteria that were followed for its reduction will be posed. What is understood as cutting scenes will be defined, since said scenes were useful to locate the material and what is interpreted as antecedents. Later on, they will be analyzed and the obtained results will be discussed; and, lastly, some provisional conclusions will be introduced as the simple forms part of an ongoing research.*

**Key words:** *self injured (SI), David Liberman Algorithm (DLA), psychic processes, drives, defenses.*

### **Introducción**

El objetivo de este trabajo es dar cuenta del proceso interrogativo, que condujo al producto de una muestra que forma parte de una investigación cuyo objetivo es el estudio de los procesos psíquicos que anteceden a los momentos en los cuales se producen las autolesiones mediante cortes en piel.

Se describirán para ello, en primer lugar, las características del estudio, las estrategias seguidas para su realización y los motivos por los cuales se decidió la elección de caso único. Se construirá luego una reseña de algunos datos significativos de la historia de una paciente que se autoinflige cortes en piel. Se expondrá, a continuación, la muestra constituida por la síntesis de diez sesiones terapéuticas de dicha paciente. Se efectuará una breve descripción del método utilizado para el análisis del material, el algoritmo David Liberman (ADL), se plantearán luego las preguntas que orientaron el desarrollo de la muestra, el procedimiento y los criterios seguidos para el recorte de la misma. Se definirá qué se entiende por escena de corte y qué se interpreta por antecedentes. Se realizará el análisis de las mismas y se discutirán los resultados obtenidos y, por último, se presentarán algunas conclusiones provisionarias debido a que la muestra forma parte de una investigación en curso.

### **Características de la investigación**

Este estudio es de tipo exploratorio ya que si bien existe bibliografía relacionada con la temática, es la primera vez que se aplica un método psicoanalítico al discurso de pacientes que se autolesionan. Su diseño no es de naturaleza experimental dado que el estudio se realiza sin la manipulación deliberada de las variables intervinientes; es transversal debido a que la recolección de datos se realizó en un solo momento; y por último, es descriptivo porque se propone describir las variables y analizar su incidencia e interrelación. Las unidades de análisis son los relatos del discurso evidenciados en la muestra.

### **Estrategias de investigación**

Maldavsky (2008) ha realizado un exhaustivo análisis de la estrategia de investigación en psicoanálisis y pone en evidencia diferentes criterios utilizados por Freud a lo largo de sus estudios. Por ejemplo, la reunión de varios pacientes por un rasgo (o sea, hallar lo común en pacientes con una misma estructura clínica). Ese rasgo común puede ser la organización psicopatológica de un paciente como cuando Freud estudió las zoofobias infantiles (1909 y 1918).

Así es que en relación a los diferentes modos de agrupar materiales clínicos puede decirse que uno de los criterios utilizados por Freud, fue la investigación de un rasgo común, la zoofobia infantil, a partir del estudio de un caso único, en un niño (1909) y en un adulto (1918) a partir de una construcción.

Otro criterio de agrupamiento de casos ligado a la organización psicopatológica es el que realiza Freud, (1915) cuando reúne diversas estructuras, a partir de un componente común, con el objeto de detectar las “diferencias finas” entre las formaciones preconscientes de la esquizofrenia y otras estructuras psicopatológicas. Para ello tomó lo común, la fantasía inconciente universal de castración, y descubrió las diferencias de cada una de las manifestaciones a partir de la forma diversa en la cual cada una la expresaba.

Un procedimiento diferente fue la reunión de casos a partir de una fantasía ya no universal, como la de castración, sino general (alucinación, trasgresión, rasgo de carácter), con el fin de investigar ciertos aspectos de los procesos psíquicos, por ejemplo, la fantasía “pegan a un niño” (1919), destacando que la misma fantasía inconciente masoquista puede conducir a diferentes desenlaces tales como delirio, perversión, rasgos de carácter.

También agrupó varios casos con breves descripciones clínicas y textos literarios para trabajar, por ejemplo, la envidia y conciencia moral (1916). Un último ejemplo para esta breve descripción es el agrupamiento que realizó con el objeto de mostrar lo común a algunas manifestaciones y también sus diferencias, la eficacia de lo inconciente y los mecanismos que permiten el pasaje desde los procesos inconcientes a su manifestación (1900, 1901, 1905).

### **La singularidad de un caso**

Para la investigación clínica de un mismo caso Freud apeló a diversas comparaciones, por ejemplo, de escenas narradas (un sueño, y un relato actual) o narradas y desplegadas en sesión en las cuales contrasta dos niveles de análisis: los vínculos extratransferenciales con los transferenciales (1905).

Estas estrategias de investigación le permitieron avanzar en diversos terrenos tales como los rasgos comunes y las diferencias específicas de las diversas estructuras clínicas; el estudio de procesos psíquicos infantiles y la predisposición a determinado desenlace patológico en el adulto; el contraste entre escenas relatadas o entre escenas que el paciente relata con otras que despliega en sesión. De este modo se pone en evidencia no solo los procesos psíquicos comunes sino también y, como objetivo más preciso, dar cuenta de la singularidad de cada caso en particular.

La falta de representatividad científica de los resultados obtenidos en el estudio de caso único ha sido motivo de múltiples críticas debido a que no está avalado como los arrojados en el estudio de un gran número de pacientes. Sin embargo esto ha sido cuestionado por otras disciplinas como la neurología debido a la necesidad de estudiar la singularidad de cada caso del mismo modo que en la actividad clínica psicoterapéutica.

La intención de la construcción de esta muestra para su posterior análisis es encarar algunos interrogantes psicopatológicos y estudiar los procesos psíquicos que caracterizan un caso en particular, a través del estudio de las pulsiones y el estado y tipo de defensas en juego, (tanto funcional como patógeno).

Partiendo entonces de esta base psicoanalítica se ha seleccionado para la muestra de este estudio la singularidad de un único caso de una paciente, de 31 años de edad, internada en un hospital neuropsiquiátrico debido a que se autoinflige daños en piel (antebrazos). Respondiendo al objetivo de la investigación, o sea, explorar los procesos psíquicos que anteceden a los cortes autoinfligidos, se ha focalizado para el recorte de la muestra la observación de este rasgo distintivo (cortes autoinfligidos) y de los momentos previos (antecedentes).

### **Breves relatos significativos de la historia**

Lorena sufre una violación a los 18 años. Le gustaba un chico, en uno de sus encuentros él fingió estar descompuesto y ella le creyó, estuvieron juntos, él la agarró, ella no quería y pasó lo que pasó. Al otro día se levantó como si nada hubiera ocurrido. De la violación no dijo nada para que no perdieran la confianza en ella, por temor a que no le crean, a que piensen que ella mentía. Ya no confía en nadie. Se siente culpable por haber sentido atracción por alguien y haber confiado.

Su padre era alcohólico, siempre tomaba mucho durante la noche, hasta la madrugada. Vivía cayéndose, se golpeó la cabeza dos o tres veces. Cuando Lorena tenía 28 años, pocos días antes de morir y estando con la traqueotomía respiratoria, su padre dijo que había que hacer algo con Lorena porque vivía siempre alcoholizada y ella tomaba pero no vivía alcoholizada. Lorena se sentó sobre la mesada y se largó a llorar con mucha bronca hacia ella misma, hacia todos. Su madre estaba presente pero no lo recuerda.

Siendo Lorena pequeña permanece al cuidado de unos tíos debido a que su madre debió ser internada por su alcoholismo. Tiene solo un vago recuerdo, pero no quiere hablar de este tema con su madre por temor a una reacción, a un posible enojo y a que no le hable más ya que quedaría huérfana de padre y madre y no toleraría una pérdida más.

### **Muestra**

Esta muestra es un recorte de la síntesis de las diez sesiones que forman parte del tratamiento que Lorena realizó durante la internación. Está constituida solo por los relatos que se relacionan con los antecedentes de los cortes y las ideas de cortarse (previa a un corte efectuado luego) quedando conformada, por consiguiente, por tres relatos:

A. Antecedentes de los primeros cortes

B. Antecedentes de las ideas de cortarse

C. Antecedentes del corte realizado en la sala de internación

### *A. Antecedentes de los primeros cortes*

Lorena relata que el 31.12.06 se pelea con su hermano Iván en el pueblo de donde es oriunda, él le dijo que era una borracha y la vergüenza de la familia, esas cosas se le pegaron, esas palabras quedaron en su cabeza. Más saliendo recién de la muerte del padre, fue duro, hace dos años y pico que viene con estas cosas. Desde que falleció el padre Daniel, hermano mayor, empezó a ocupar su lugar. Viene a la Capital a vivir a su casa, él vivía en pareja con Alan. Al poco tiempo este le dice que se va a tener que ir para evitar peleas en la pareja.

En consecuencia, en mayo de 2007 se va por primera vez a vivir sola. Daniel, preocupado por el estado de Lorena, le mandaba todo el tiempo mensajes de texto. Ella tenía un despelote en la cabeza que no podía ordenar, un desorden. Tantas cosas le habían pasado que le carcomían la cabeza, por ejemplo, considerarse una borracha, empezar a tomar a la noche, todo eso era difícil de sobrellevar. Se dice que a esa hora baja el sol y se deja de segregar melatonina, no sabe, la tardcita para ella era mortal. El hecho de no soportar una broma es estar totalmente mal, siempre tomárselo como que se lo decían en serio. Todas las cosas que le decían las tomaba a mal. Por ejemplo, ser una pesada de mierda le carcomía, empezaba a pensar en algo y terminaba dándose manija, ¿tan pesada? y por qué de mierda, borracha y con los insultos de Iván qué tanto mal le hicieron, se terminaba haciendo bolsa.

En junio Lorena estaba muy mal, se corta por primera vez. Daniel estaba tan preocupado que no podía dormir, ella le decía que sí, que estaba bien y por dentro estaba pensando cualquier cosa, le estaba mintiendo, lo hacía para no preocuparlo, al final terminó haciendo más grande la cosa. Le falló un montón de veces a su hermano diciéndole que estaba bien y no era así, para no amargarlo, o complicarle la vida. Fue una época difícil para ella, no la estaba pasando bien. Se peleaba con él y furiosa por no poder decirle nada, se iba a la noche a su casa ya embroncada y no sabe, se tomaba una cerveza y se cortaba.

### *B. Antecedentes de las ideas de cortarse*

Estando ya internada una compañera de sala, Nati, le dijo que tenía ganas de ahorcarse pero ella no lo tomó en serio, pensó que lo decía como al pasar, ella no sabía que lo iba a hacer, no pudo darse cuenta de sus palabras y lo terminó haciendo, Nati intentó suicidarse. Eso le quedó muy adentro, muy marcado. Después no le creyó nada de lo que le dijo porque ella le preguntó si se iba a ahorcar y Nati respondió que no, que era mentira. No supo poner distancia a los problemas de ella, los tomaba como suyos. Se le adhieren las cosas, se le pega todo, se le pegan todas las cosas, se le hacen carne. Se le hace pesado, denso, tan denso que necesita cortarse para sentir alivio, por sus problemas, terminar con algo ahí, cortar. Relacionó esto al alcoholismo, dice tomar cosas ajenas que no le corresponden como el alcohol. También el insulto de que ella era la vergüenza de la familia se le hizo tanto carne que lo cree y le hace mucho mal, o sea, todo lo bueno que tiene se le borra, no puede ver nada bueno de ella misma. Tenía ganas de irse, no soportaba el encierro, había cosas que le afectaban y estaba tratando de cortarlas.

Trabajando en una entrevista con su familia el permiso de salida del fin de esa semana “dura”, en la cual se sintió atada, su terapeuta familiar le dijo el viernes que un vaso de cerveza sin alcohol podía tomar. Pasó un buen fin de semana, hizo todo bien, no había tenido ganas ni pensamientos de cortarse, no había tenido esos pensamientos hacía mucho tiempo. Durante el fin de semana habló con su hermano sobre su deseo de ir a conocer a un sobrino “postizo”, y la posibilidad de hacerlo la próxima salida. La angustió la vuelta, no quería volver por lo que había pasado con Nati. Tenía temor a fallar, a no estar en el momento que la necesitaran. Lorena planteó en la sesión del lunes su deseo de irse de alta en 15 días. El miércoles dijo de esa sesión (del lunes) que fue “media fuerte”, con muchos temas y que después estuvo con la doctora a quien le dijo que había metido la pata con la cerveza que había tomado durante el fin de semana y ella le dijo que no debía haber tomado, y que “estaba jugando con fuego”. Después habló con Daniel y con su madre y la retaron. Le contó a su familia lo que le dijo la doctora para que sepan lo bueno y lo malo que hace. Se empezó a sentir mal, se quería cortar. Se sentía una porquería por haber hecho lo mismo, haber tomado. No tenía ideas suicidas, de cortarse, suicidas no, pero quería cortarse para aplacar un poco el dolor que sentía interno. Dolor y bronca. Esos sentimientos relacionados a los insultos, la atormentaban, estaba al borde de cortarse, no podía dejar de pensar en eso y volvió a pedir ayuda a residencia. Lo mejor es que pidió ayuda y no se cortó. Debido a que sus ideas de cortarse persistían y seguía angustiada y llorando y llorando, después de haber sido vista en cuatro oportunidades por una residente, esta le ofreció la posibilidad de ser contenida. Después que la contuvieron arruinó todo, nunca había llegado al extremo de que la contengan, nunca la habían contenido. Pensaba que seguía siendo una borracha, creía todos los insultos vapuleados por su hermano, él tenía razón, es una porquería que le hace mal a todo el mundo. Pensó en su padre y recordó la escena previa a su muerte en la cual la acusó de alcohólica. Se acordaba como si fuera ese mismo día. Era la misma sensación que la que tuvo cuando sentía el impulso de cortarse, cuando lloraba, con bronca hacia ella misma, hacia todos. Es duro hablar de alguien que ahora está muerto. Si supiera ahora adónde está estaría contento de que está internada para arreglar su alcoholismo. Luego de la contención persistían las ideas de cortarse y el jefe de sala le informó de la conveniencia de un pase a guardia, Lorena solicitó a su terapeuta que no se realice el pase, ya estaba mejor. Ahora se había comprometido con el tratamiento, o eso creía. Quería decir y hacer las cosas bien para no volver a caer, salir de la internación y que sea una nueva vida.

### *C. Antecedentes del corte en sala*

Estaba angustiada, “atada”, trabajó con su terapeuta un posible permiso de salida para el fin de semana siguiente. El día posterior a ser contenida por sus ideas de cortarse su psiquiatra le “cortó” la salida del fin de semana. Por más que buscó ayuda, habló con residentes y todo, la dejaron sin el permiso de salida, se preguntó “¿para qué hablar?” Se quedó mal, tomó la medicación de la una, se acostó un rato y empezó a pensar, a pensar. Después vino la madre y le contó lo que había pasado, esta no le dijo nada. Pobres su madre y hermano, estaban más ilusionados que ella con la salida, haberse mandado una macana así en ese momento, pero bueno, no pudo contener las ideas de cortarse cuando pidió residentes. Estaba mal y del servicio de enfermería le decían que tenía mala cara, que hablara con alguno de ellos o pidiera residente. Ella no pidió ayuda ni a sus compañeras ni a nadie. No quiere llegar a ese extremo de cortarse, pero ese impulso

no lo podía frenar, estaba enojada porque ella dijo, ella habló, trató de hacer las cosas más o menos bien y le sacaron todos los permisos. Buscó y encontró un vidrio en el patio, lo guardó en el locker. Pensó que se iba a aliviar la bronca, el dolor de toda esa semana. Tenía mucha necesidad de cortarse, aparte le costaba mucho estar ahí adentro, le estaba costando, extrañaba mucho afuera, y no daba más. Había que soportar el tiempo ahí adentro, aguantar, no salir corriendo y huir. Se la mandó callada y se cortó con el vidrio guardado. Le recordó sus primeros cortes posteriores a las peleas con Daniel.

### **Método Algoritmo David Liberman (ADL)**

El algoritmo David Liberman (ADL) es un método de investigación que ha sido diseñado (Maldavsky, 1998, 1999, 2004) con el fin de investigar el discurso desde la perspectiva psicoanalítica freudiana.

Procura detectar las pulsiones y las defensas que se ponen de manifiesto en los discursos, sus variaciones en una o varias sesiones o en fragmentos de ella. Las pulsiones que detecta son: libido intrasomática (LI), oral primaria (O1), oral secundaria (O2), anal primaria (A1), anal secundaria (A2), fálico uretral (FU) y fálico genital (FG). Puede investigarse no solo el discurso de los pacientes sino también el de los terapeutas, con el fin de detectar la contribución de la subjetividad en las intervenciones y decisiones clínicas

Partiendo del supuesto de que las manifestaciones discursivas son un indicio de la estructura del preconscious, y de que en la misma se evidencia la eficacia de las fijaciones pulsionales y las defensas, se han desarrollado cinco instrumentos, tres de ellos investigan las pulsiones y dos, la defensa:

1. Un diccionario computarizado para el análisis de las redes de palabras, que permite comparar los resultados de los respectivos análisis, detectar las pulsiones no desarrolladas en escenas (pero sí en palabras), realizar predicciones, etc. Los análisis abarcan por un lado los contenidos y por otro los intercambios entre analista y paciente.
2. Dos grillas (una referida a los componentes verbales y otra a los paraverbales) para las frases,
3. Otra grilla para los relatos. Estos están constituidos por escenas que se han categorizado sistemáticamente.

Respecto del estudio de las pulsiones en frases y relatos, este método cuenta con dos grillas. En relación con el análisis de los relatos, el programa cuenta con una categorización de las posiciones del relator en las escenas narradas o desplegadas al hablar.

En relación con las defensas, puede decirse que se analizan habitualmente en dos niveles, por un lado, en el de la palabra y sobre todo la frase (nivel transferencial) y, por otro lado, en el del relato (nivel extratransferencial).

Sin embargo, puede darse un conflicto entre dos criterios de valoración del discurso: el que da preeminencia a lo numéricamente más insistente, o sea, una valoración estadística y otra que permite organizar de manera coherente al conjunto con un criterio no numérico sino lógico. Este es el criterio privilegiado debido a lo cual es imprescindible la detección de una clave que dé coherencia al conjunto complejo.

En cuanto a la construcción de los instrumentos para el análisis de las defensas se parte del supuesto de que estas son destinos de pulsión (Freud, 1915) ya que a cada una de ellas les corresponden ciertas direcciones específicas. La investigación de la defensa en los niveles del relato y de la frase es lo que permite detectar las escenas.

Mientras que el análisis de las mismas facilita la conjetura de las pulsiones eficaces, la investigación de la posición del hablante allana la inferencia de las defensas en juego, ya que su sistematización en las escenas que narra el hablante (nivel del relato) y de los procesos retóricos que emplea (en el nivel de la frase) permite divisar las defensas operantes en la vida cotidiana actual, en la historia infantil y en el curso de la sesión; también si estas defensas son normales, patógenas, exitosas o fracasadas, o ambas cosas, o sea, mixtas.

También a partir del análisis del nivel del relato pueden detectarse algunas defensas secundarias, como las que se presentan en las caracteropatías histéricas, fóbicas y obsesivas. A través del estudio del nivel de la frase se infieren algunas otras defensas, sobre todo las secundarias a la represión (identificación en las histerias de conversión, desplazamiento y proyección, en las histerias de angustia, anulación y aislamiento en las neurosis obsesivas).

Los resultados multivariados que arroja reflejan una forma de concebir la dinámica psíquica, no como estructura unitaria, sino como el producto de la coexistencia entre varias pulsiones y defensas. Este método propone criterios para determinar las prevalencias relativas en uno y otro tipo de análisis y para hallar una clave que permita reunir el conjunto en un panorama en que cada parte tenga su lugar, con las jerarquías correspondientes. La misma clave exige, en general, una articulación de los distintos descubrimientos parciales recurriendo a una fórmula general compleja, que constituye, en última instancia, la propuesta diagnóstica para ese caso particular y singular.

Asimismo, es importante destacar su relevancia a la hora de realizar estudios microanalíticos ya que aplicado a breves fragmentos puede obtenerse una amplia variedad y riqueza de resultados (Maldavsky, 2008).

### **Procedimiento**

Este parece ser el momento, entonces, de centrar el desarrollo en el procedimiento seguido para la selección de esta muestra entendiendo por ello la descripción de los pasos seguidos para el recorte del material. En un comienzo la muestra de este estudio estaba constituida por la grabación de diez sesiones terapéuticas que forman parte del tratamiento realizado por la paciente en la sala de internación del hospital neuropsiquiátrico.



Una vez obtenido este repertorio se procedió a la selección del material a investigar. Una pregunta pertinente es el por qué o el motivo por el cual se eligió este criterio de selección para el recorte del discurso de la paciente. La respuesta hallada tuvo en cuenta tres aspectos centrales:

1. El objetivo del presente estudio (procesos psíquicos que anteceden los momentos de corte).
2. La decisión de estudiarlos a través del análisis del discurso de la paciente, específicamente de sus relatos.
3. Y, como consecuencia del punto anterior, la elección del método ADL para el análisis del relato, (o sea, uno de sus instrumentos como detallamos en el apartado correspondiente al método).

Se seleccionó así, en un primer paso, de todos los relatos que integran las diez sesiones, solo los referidos a las escenas en las cuales hace referencia al tema de los cortes, entendiendo por escena de corte “La deliberada, auto-infligida destrucción de tejido corporal resultante en daño inmediato, sin intención suicida y con fines que no sean socialmente sancionados” definición en la que coinciden varios autores (Klonsky, D.; Muehlenkamp, J., 2007) (SI, por su sigla en inglés, *self injured*).

Los relatos de las escenas en las que se pone en evidencia el tema de los cortes fueron consideradas centrales y, a partir de ellas se desprendieron nuevos relatos ya que las mismas presentan una característica común: pueden subdividirse todas, a su vez, en tres momentos (Maldavsky, 2009) que corresponden a los antecedentes del episodio, el momento del corte y, por último, las consecuencias de dicho acto.

Surge en este punto la pregunta por el motivo por el cual se eligió un nuevo criterio ordenador del conjunto, o sea, por qué se optó por seleccionar los relatos de los antecedentes de los momentos de corte. La respuesta se halló en el proceso interrogativo que originó el diseño del presente estudio y orientó el recorte de la muestra: qué ocurrió en los momentos previos al corte, o sea, por qué se corta. En consecuencia, el modo de agrupamiento del material clínico fue reunir, más específicamente, solo los antecedentes de dicho momento, o sea, focalizando la respuesta a la pregunta “qué sucedió antes del momento del corte”. Para ello se buscó en los relatos los episodios en los cuales se ponía en evidencia el tema de los cortes como centro de las escenas y a partir de allí los relatos ligados a los sucesos anteriores al episodio de corte, o sea, sus antecedentes.

Con el objeto de ordenar el material se apeló al modelo de análisis propuesto por Maldavsky (2009) que permite organizar un conjunto de historias en una totalidad coherente y sirve como preparación para el ulterior trabajo interpretativo. Este análisis de los relatos combina dos grandes criterios, el de isotopía y el de temporalidad. El primero de ellos constituye el inicio del análisis al categorizar las narraciones de un paciente según los temas buscando redundancia o complementariedad entre ellas, de este modo es posible agrupar fragmentos afines con un mismo rasgo en común. El segundo,

el de la temporalidad, sitúa una contigüidad temporal-causal que permite establecer una secuencia de momentos (A, B, C, D), y quizá, dentro de uno de esos momentos (por ejemplo el B) una nueva secuencia (1, 2, 3, 4). Este último criterio cronológico supone una relación causal en la cual el primero de los momentos es la causa del segundo.

La muestra quedó así constituida por dos relatos de los antecedentes de los episodios de cortes y un relato de los antecedentes de ideas de cortarse que culminan en acto. Se fragmentaron así tres momentos definidos: A- los antecedentes de los primeros cortes, B- los antecedentes de las ideas de cortarse y C- los antecedentes del corte realizado durante la internación.

*Análisis*

A. Antecedentes de los primeros cortes

I. 1. Recién saliendo de la muerte de su padre el hermano menor le gritó borracha y vergüenza de la familia, 2. esas cosas se le pegaron, se le hicieron carne, ella creyó sus insultos.

II. 1. Daniel, hermano mayor pasó a ocupar un lugar paterno, 2. va a vivir a su casa, 3. su pareja le dice que se vaya.

III. 1. Se va por primera vez a vivir sola, 2- estaba muy mal, tenía un despelote en la cabeza que no podía ordenar, un desorden 3- las cosas que le habían pasado le carcomían la cabeza y se terminaba haciendo bolsa.

IV. 1. Ella sabía que estaba mal, todas las cosas que le decían las tomaba a mal, como que se lo decían en serio. 2. a Daniel le decía que estaba bien, le mentía para no preocuparlo.

V. 1. Empezó a tomar a la noche, dicen que a esa hora baja el sol y se deja de segregar melatonina, no sabe, la tardecita para ella era mortal. 2. al final terminó haciendo más grande la cosa.

VI.1. Se peleaba con Daniel, 2. se iba furiosa por no poder decir nada, 3. no sabe, a la noche tomaba cerveza y se cortaba.

Pulsión	Defensa	Estado
I. O1	Desmentida	Exitoso
II. A1.	Desmentida	Fracasado
III. LI	Desestimación del afecto	Mixto
IV. O1	Desmentida	Exitoso
V. LI	Desestimación del afecto	Mixto
VI. LI	Desestimación del afecto	Exitoso

**A**

LI + desestimación del afecto (2 mixtos y 1 exitoso)

O1 + desmentida (2 exitosos)

A1 + desmentida (1 fracasado)

**B. Antecedentes de las ideas de cortarse**

- I. 1. Una compañera de sala, Nati, quería ahorcarse, le dijo que no lo iba a hacer, ella le creyó, 2. al final intentó suicidarse, le mintió, ahora no le cree nada.
- II. 1. El viernes de esa semana “dura” su terapeuta familiar le dijo que durante el permiso de salida podía tomar un vaso de cerveza sin alcohol, 2. pasó un buen fin de semana, hizo todo bien, no había tenido ganas ni pensamientos de cortarse.
- III. 1. No quería volver al hospital por lo que había pasado con Nati, 2. se angustió al volver.
- IV. 1. El lunes tuvo una sesión “media fuerte”, con muchos temas 2. Lorena planteó su deseo de irse de alta en 15 días. 3. trabaja su próximo permiso de salida de fin de semana.
- V. 1. Su doctora le dijo que no debía haber tomado, que había metido la pata, que “estaba jugando con fuego”, 2. le contó a su familia para que sepan lo bueno y lo malo que hace, 3. su hermano y su madre la retaron.
- VI. 1. Se empezó a sentir mal, una porquería que le hace mal a todo el mundo y por haber hecho lo mismo, haber tomado, seguía siendo una borracha como le había dicho su hermano y tenían razón, 2. la atormentan los sentimientos relacionados a los insultos, 3. lloró con bronca, se quería cortar.
- VII. 1. Recordó las palabras de su padre días antes de morir, que la acusaban de alcohólica, tenía la misma sensación, cuando lloraba, con bronca hacia ella misma, hacia todos.
- VIII. 1. No tenía ideas suicidas, de cortarse, suicidas no, 2. estaba al borde de cortarse, quería hacerlo para aplacar la bronca y el dolor que sentía interno, no podía dejar de pensar en eso, 3. lo mejor es que pidió ayuda a residencia y no se cortó.
- IX. 1. Sus ideas de cortarse persistían, seguía angustiada, llorando y llorando, 2. fue vista en cuatro oportunidades por una residente, esta le ofrece la posibilidad de ser contenida.
- X. 1. Después que la contuvieron arruinó todo, nunca la habían contenido en su vida, llegar a ese extremo, 2. porque ahora se comprometió con el tratamiento, o eso cree.

XI. 1. Después de la contención persisten las ideas de cortarse, 2. el jefe de sala le informa de la conveniencia de un pase a guardia, 3. solicita a su terapeuta que no se realice el pase, ya está mejor.

XII. 1. Quiere decir y hacer las cosas bien para no volver a caer, salir de la internación y que sea una nueva vida.

Pulsión	Defensa	Estado
I. O1	Desmentida	Fracasado
II. A2	Acorde a fin	Exitoso
III. FU	Represión + rasgo patológico del carácter	Fracasado
IV. A2	Acorde a fin	Exitoso
V. A2	Represión + rasgo patológico del carácter	Fracasado
VI. LI	Desestimación del afecto	Mixto
VII. LI	Desestimación del afecto	Mixto
VIII. A2	Acorde a fin	Exitoso
IX. A2	Acorde a fin	Exitoso
X. O1	Desmentida	Exitoso
XI. A2	Acorde a fin	Exitoso
XII. O1	Desmentida	Exitoso

**B.**

LI + desestimación del afecto (2 mixtos)

O1 + desmentida (1 fracasado y 2 exitosos)

A2 + acorde a fin (5 exitosos) represión + rasgo patológico del carácter (1 fracasados)

FU + represión + rasgo patológico del carácter (1 fracasado)

**C. Antecedentes del corte en sala**

I. 1. Estaba angustiada “atada”, 2. trabajó con su terapeuta un posible permiso de salida, 3. por más que buscó ayuda el psiquiatra le “cortó” la salida.

II. 1. Se sintió mal, encerrada, 2. se preguntó para qué hablar, 3. vino la madre a visitarla, le contó lo que había pasado y ella no le dijo nada.

III. 1. De enfermería le dijeron que tenía mala cara, que hablara con alguno de ellos o pidiera residente, 2. ella no pidió ayuda ni a sus compañeras ni a nadie.

IV. 1. Estaba enojada, le costaba no salir corriendo y huir, no daba más, tenía mucha necesidad de cortarse, buscó un vidrio y lo guardó en el locker.

V. 1. Pensó que se iba a aliviar la bronca, el dolor de toda la semana, se la mandó callada y se cortó.

Pulsión	Defensa	Estado
I. A1	Desmentida	Fracasado
II. O2	Desmentida	Fracasado
III. O2	Acorde a fin	Fracasado
IV. LI	Desestimación del afecto	Mixto
V. LI	Desestimación del afecto	Exitoso

### C.

LI + desestimación del afecto (1 mixto y 1 exitosos)

A1 + desmentida (1 fracasado)

O2 + desmentida (1 fracasado) + acorde a fin (1 fracasado)

Análisis paradigmático

LI + desestimación del afecto = 7 (5 mixtos y 2 exitosos)

O1 + desmentida = (1 fracasado y 4 exitosos)

O2 + desmentida = (1 fracasado) + acorde a fin (1 fracasado)

A1 + desmentida = (2 fracasados)

A2 + acorde a fin = (5 exitosos)

A2 + represión + rasgo patológico del carácter = (1 fracasado)

FU + represión + rasgo patológico del carácter = (1 fracasado)

Análisis sintagmático

Surge de este análisis la prevalencia de LI junto con la desestimación del afecto como centrales, complementa el cuadro la incorporación, que se pone de manifiesto en la sobreingesta de alcohol, y los episodios de violencia autoinfligida en los cortes. Asimismo cobra relevancia la pulsión O1 y la desmentida en las escenas en las que manifiesta falsead, tanto propia como ajena y la pulsión A1 unida a la desmentida cuando padece las situaciones de encierro en ellas. Se puso de manifiesto también una tendencia evitativa en sus pedidos de alta y en sus dificultades para continuar el tratamiento en sala luego del permiso de salida. También es importante señalar el esfuerzo que realiza la paciente para ordenarse cuando pide ayuda (pulsión A2 combinada con una defensa acorde a fines).

### Discusión

En las tres escenas analizadas se puso en evidencia una secuencia característica que antecede a los cortes o al impulso de cortarse que combina tres erogeneidades: LI, O1 y A1.

I. A. Antecedentes de los primeros cortes: vivía sola por haber sido excluida primero de la casa paterna y luego de la de su hermano, peleaba con él y sentía furia por no poder decir nada, se iba embroncada a su casa (A1). Le decía que estaba todo bien pero ella sabía que era mentira (O1), a la noche ingería cerveza y se cortaba (LI)

II. B. Antecedentes de las ideas de cortarse: una compañera de sala le mintió (O1), le dijo que estaba bien y después intentó ahorcarse, después no le creyó nada. Se empezó a sentir encerrada, sola, no soportaba el encierro (A1), quería salir corriendo, huir, sentía el impulso de cortarse (LI)

III. C. Antecedentes de los cortes en sala: se sentía “atada” (A1), con bronca porque le “cortaron” un permiso de salida que creía tener (O1), se la mandó callada y se cortó (LI)

Podría pensarse a modo de síntesis, de modo provisorio debido a que es una investigación en proceso, que se refleja una redundancia en los antecedentes de los cortes en las tres escenas analizadas. Cada vez que la paciente creía tener éxito en mentir, el momento posterior era quedar atrapada en la mentira. Cuando se sentía, “atada”, “encerrada” (A1 y desmentida fracasada) en una mentira (O1 y desmentida exitosa), creyendo tanto en una mentira ajena (compañera de sala) como propia (cuando le mentía al hermano) el momento posterior ponía de manifiesto un compromiso corporal como la ingesta de alcohol y los cortes (LI).

De dicha observación quizás pueda detectarse o no procesos o rasgos comunes a otros casos (situaciones de violencia, neurosis traumáticas, adicciones) o diferencias que identifiquen su especificidad, interrogantes abiertos a nuevas investigaciones.

### **Bibliografía**

Freud, S. (1900 [1899]), “La interpretación de los sueños”. En: *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 4.

Freud, S. (1901), “Psicopatología de la vida cotidiana”. En: *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 6.

Freud, S. (1905), “Fragmento de análisis de un caso de histeria”. En: *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 7.

Freud, S. (1905), “El chiste y su relación con lo inconciente”. En: *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 8.

Freud, S. (1909), “Análisis de la fobia de un niño de cinco años”. En: *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 10.

Freud, S. (1911 [1910]), “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente”. En: *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 12.

Freud, S. (1915), “Lo Inconciente”, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 14.

Freud, S. (1916), “Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico”, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 14.

Freud, S. (1918 [1914]), “De la historia de una neurosis infantil”. En: *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 17.

Freud, S. (1919), “Pegan a un niño. Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales”. En: *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. 17.

Klonsky, D. (2007), “Non-Suicidal Self-Injury: An Introduction”. En: *Wiley Periodicals, Inc. J Clin Psychol*, Stony Brook University, Session, 63: 1039-1043.

Klonsky, D.; Muehlenkamp, J. (2007), “Self-Injury: A Research Review for the Practitioner”. En: *Wiley Periodicals, Inc. J Clin Psychol*, Stony Brook University, Session 63: 1045-1056

Maldavsky, D. (1998), *Lenguajes del erotismo*, Buenos Aires, Nueva Visión.

Maldavsky, D. (1999), *Lenguajes, pulsiones, defensas*, Buenos Aires, Nueva Visión.

Maldavsky, D. (2004), *La investigación psicoanalítica del lenguaje*, Lugar Editorial, Buenos Aires.

Maldavsky, D. (2007), *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica*, Lugar Editorial, Buenos Aires.

Maldavsky, D. (2008), “Sobre las investigaciones de caso único y las combinaciones entre ellas, con especial referencia a la perspectiva de la intersubjetividad. Estudios sistemáticos con el Algoritmo David Liberman (ADL)”, Buenos Aires, CEIR, Vol. 2 (1), pp. 185-219.

Maldavsky, D. (2009), “Diagnóstico de un paciente con una adicción, una tentativa suicida y estallidos graves de violencia. Una aplicación del algoritmo David Liberman (ADL) a una entrevista clínica”. En: *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, Vol. 13, Buenos Aires, UCES.

*Fecha de recepción: 23/02/09*

*Fecha de aceptación: 13/04/09*