

# INTENTOS DE PERSUASIÓN NARRADOS Y ACTUADOS EN EL CONTEXTO DE UNA SESIÓN DE PSICOTERAPIA

## *NARRATED AND ACTED ATTEMPTS TO PERSUADE, IN THE CONTEXT OF A PSYCHOTHERAPY SESSION*

Ruth Kazez\*

### Resumen

El presente artículo estudia los deseos y defensas presentes en el discurso de una paciente con un síndrome oculorrenal en el contexto de una sesión de psicoterapia. A través de la aplicación del algoritmo David Liberman en sus tres niveles, focaliza en el análisis de secuencias narrativas relatadas y desplegadas durante la sesión para describir una estrategia de persuasión llevada adelante por la paciente, quien posee una gran riqueza intelectual y de recursos expresivos.

El interés de este trabajo es clínico y metodológico. Desde el punto de vista clínico, pone de manifiesto que el despliegue para convencer tanto a sus familiares como a su terapeuta, expone el núcleo del riesgo a repetir situaciones traumáticas. En el aspecto metodológico, constituye un aporte al estudio de las secuencias narrativas y de los nexos que existen entre ellas.

**Palabras clave:** investigación en psicoterapia, déficit visual, análisis del discurso, defensas, deseos.

### Summary

The present article examines the wishes and defences manifested in the discourse of a patient with a papillorenal syndrome, in the context of a psychotherapy session. The David Liberman algorithm is applied on its three levels, focusing on the analysis of narration sequences reported and displayed during the session to describe a strategy of persuasion carried out by the patient, who has a wide scope of intellectual and expressive resources.

The interest of this work is clinical and methodological. From the clinical point of view, it shows that the attempts to persuade both her family as her therapist, exposes the core of the risk to repeat traumatic situations. From the methodological perspective, it is a contribution to the study of narrative sequences and the links between them.

---

\* Magíster en Problemas y Patologías del Desvalimiento de UCES y DEA de Psychanalyse (Université Denis Diderot Paris 7). Coordinadora del Programa de Investigaciones “Discapacidad Enfoques Clínicos y Psicosociales” de IAEPICIS-UCES. Docente de Posgrado en UCES. E-mail: rkazez@yahoo.com.ar

**Key words:** psychotherapy research, vision impairment, discourse analysis, defences, wishes.

### **Introducción**

Este estudio partió del interés clínico en contribuir a la reflexión de la comunicación terapéutica y de la elaboración de metas clínicas con una paciente que combina un déficit visual de larga data con una gran riqueza intelectual y de recursos expresivos. Tomando ese punto de partida, indagamos acerca del modo en que se ubica dicha paciente frente a sus familiares y a su terapeuta, a quienes atribuye dificultades para verla. Despliega diversas estrategias para ser mirada, algunas de las cuales la llevan a tener accidentes, lo que constituye el motivo de consulta.

Nos propusimos detectar el andamiaje defensivo y de deseos, observar las particularidades en las estrategias de armado de relatos, uso de actos de habla y palabras y finalmente detectar aspectos ligados a la repetición o al riesgo de repetir situaciones traumáticas.

A tales fines analizamos de manera exploratoria una sesión de psicoterapia a través de la aplicación del ADL en sus tres niveles, para luego describir una de las situaciones nucleares halladas. Se realizó un estudio más extenso, del cual reseñamos los aspectos salientes y presentamos una articulación de los resultados obtenidos en ambas etapas.

### **Ercilia**

Se trata de una joven de 28 años que padece un síndrome genético con una alteración oculorrenal. Su visión se presenta severamente alterada de manera progresiva, debido a una afección en el nervio óptico y sus riñones se encuentran poco desarrollados. Convive con sus tíos maternos quienes no han tenido hijos. Su madre también padecía una afección renal y falleció junto a su segundo hijo durante el parto. Esto ocurrió cuando Ercilia tenía cinco años. A partir de entonces vivió con su padre, hasta sus diez años en que se mudó con sus tíos, cuando su padre formó una nueva familia.

La sesión estudiada corresponde al mes de diciembre, a comienzos de año había tenido varios accidentes en la calle. El último de la serie la obligó a permanecer en cama durante un tiempo: se había lastimado la cara, su brazo y pierna derechos debido a una caída en una escalera.

### *Procedimiento y muestra*

Se estudió una sesión donde se analizaron 33 secuencias narrativas, 180 actos de habla y el total de las palabras. Para la segmentación del material se tuvo en cuenta los intercambios centrales con el terapeuta, que dio por resultado la distribución del texto en 6 partes (segmentos A, B, C, D, E y F). Una vez realizado este fraccionamiento,

se estudiaron secuencias narrativas y actos de habla en cada uno de los segmentos y luego, en el análisis global de los tres niveles se incluyeron las redes de palabras. La exploración de las secuencias narrativas se realizó desde dos perspectivas, tuvimos en cuenta las escenas relatadas y las desplegadas al narrar. Dicho de otro modo, analizamos los deseos y las defensas en los relatos y también la función de los mismos. Del total de 33 escenas analizadas, 32 corresponden a la paciente y una corresponde a su madre. Se exponen más abajo las razones por las cuales se decidió incluir en la muestra el análisis de la escena en cuestión.

A. La paciente comienza diciendo que cambió su horario de terapia para organizar a continuación la rehabilitación. Esto le permitió acomodarse y siente que su mente y su cuerpo llegaron a un cierto arreglo. Hace referencia al cambio de consultorio del terapeuta, quien ahora la atiende en un lugar que le permite juntar la rehabilitación física y la terapia. Antes, como el viaje era más largo, terminaba “molida”. Ahora, su cansancio es de trabajo físico o mental (Relatos I a III).

B. Comenta que luego de cada sesión suele tomar un café, pero que después de la sesión precedente se fue a dormir la siesta. Hizo un esfuerzo muy grande, tenía sensación de agotamiento (Relatos IV a V).

C. Se quedó pensando en lo que dijo en la sesión anterior y al respecto hace una generalización: ella debe moverse para que los otros la perciban, esto vale para la relación con sus tíos y además se aplica a muchas otras cosas. (Relatos VI a VII).

D. Como fin de año es época de balances, necesitaría hacer un movimiento entre el pasado y el presente. A propósito menciona que a principios de año tuvo accidentes, y comenzó el año en condiciones físicas “calamitosas”. Se centró en remontar ese estado durante la primera parte del año, cree que respecto del autocuidado cambiaron muchas cosas. Ante la pregunta del terapeuta en relación con el registro de sus posibilidades de estar atenta cuando ocurrieron los accidentes, responde que a principios de año cree haber estado aturdida, no distraída. Sin embargo, al momento de la sesión, afirma estar en condiciones de evitar situaciones como en las que se accidentó. Da una serie de ejemplos en donde describe sus cambios respecto del momento de los accidentes: al bajar una escalera, al caminar por la vereda, al cruzar la calle, al subir al medio de transporte. Siente que encontró “estrategias” para evitar accidentes que ahora empezó a implementar. (Relatos VIII a XIII). Dice también que el hecho de pedir colaboración a otros, para cruzar la calle por ejemplo, le ha ocasionado un dolor en el brazo del cual la toman las personas que la ayudan a cruzar, ya que lo hacen con fuerza. Finaliza diciendo que a fin de año la gente camina por la calle acelerada y que esta época es propicia para un “tortazo” (Relatos XIV a XIX).

E. Luego comenta que estuvo pensando que quisiera ser madre soltera y pensó en quedar embarazada de un donante. Esa idea la hizo sentir feliz y decidió comunicárselo a su tía. Como su tía estuvo en desacuerdo, quedó inundada de angustia. Comenzó a sentir que no podía diferenciar lo propio de lo ajeno, entonces decidió no pensar más en el embarazo. Luego sus tíos vinieron a hablarle y le plantearon las cosas de un modo que no podía discutirse. Esa situación le molestó, porque considera que puede cuidarse bien, y que también podría cuidar a otra persona, aunque también piensa que a veces no se puede cuidar del todo a quien se ama y eso es doloroso. Si bien ellos siempre le han hablado del cuidado, esta vez, le causaron mucho sufrimiento. Ella siente que sus tíos, al pensar en el hijo de ella son egoístas. Considera que en algún momento tendrá que definir su rol ante ellos y eso constituye un esfuerzo enorme. Retoma el tema del movimiento y dice que si ella se mueve de determinada manera, puede lograr que su tía la perciba, mientras que con su tío es como hacerle señas a un ciego, como si él no la viera. Ella quisiera hablar con él acerca del embarazo, pero eso es imposible (Relatos XX a XXX).

F. Su madre y sus abuelos maternos nacieron en situaciones de riesgo, no hay en la familia historias de nacimientos felices. Le gustaría que en el caso de su hijo sea diferente. Su madre sabía que el nacimiento de su segundo hijo podía ser complicado y al no cumplir con las indicaciones médicas, falleció en el parto. Es un modelo de maternidad complicado. A diferencia de su madre, ella quiere cuidarse y piensa que su hijo va a nacer en una cesárea (Relatos XXXI a XXXIII).

## Análisis

### *Secuencias narrativas*

#### **Cuadro I. Análisis de deseos y defensas en el relato**

Relato	Deseos		Defensas	Estado
	Dominante	Complementario		
I	LI	FU	Acorde a fines	E
II	LI	FU	Desestimación del afecto	F
III	LI	FU	Acorde a fines	M
IV	LI		Acorde a fines	F
V	LI		Desestimación del afecto	F
VI	O1		Creatividad	E
VII	O1		Creatividad	E
VIII	O1		Creatividad	E
IX	LI		Acorde a fines	F
X	LI		Acorde a fines	E
XI	LI		Desestimación del afecto	F
XII	LI		Acorde a fines	E
XIII	A2	LI	Creatividad	E

Relato	Deseos		Defensas	Estado
	Dominante	Complementario		
XV	A2	LI	Acorde a fines	E
XVI	A2	LI	Acorde a fines	E
XVII	LI		Acorde a fines	F
XVIII	LI		Acorde a fines	F
XIX	LI		Acorde a fines	F
XX	FG	LI	Acorde a fines	E
XXI	LI		Desestimación del afecto	F
XXII	A2		Represión	E
XXIII	O2		Acorde a fines	F
XXIV	O2		Desmentida	E
XXV	O2		Desmentida	F
XXVI	O2	LI	Acorde a fines	F
XXVII	LI		Desestimación del afecto	F
XXVIII	O1		Creatividad	E
XXIX	O1		Acorde a fines	F
XXX	FU		Acorde a fines	F
XXXI	FU		Acorde a fines	E
XXXII	LI		Desestimación del afecto (en la madre)	F
XXXIII	LI	FG	Desestimación del afecto	E

### *Escenas relatadas*

En un análisis cuantitativo de las 33 secuencias narrativas podemos diferenciar dos grandes grupos: aquellos en donde predominan las defensas funcionales o normales, que constituyen casi el 73% y el 27 % restante, en donde predominan las defensas patológicas. En cuanto a los deseos dominantes, un 48% corresponden al deseo LI (cuadros II y III).

En el cuadro I que expone el análisis cualitativo de deseos y defensas en el relato, podemos observar que los segmentos A y B resultan introductorios, articulan su bienestar físico con la llegada al consultorio. En el segmento C la paciente hace uso de su creatividad combinada con O1 y extiende una conclusión a la que ya había llegado: ella debe moverse para que otros la perciban, eso aplica a muchas situaciones de su vida. Este relato resulta central, ya que se desplegará a lo largo de toda la sesión.

Identificamos como nucleares a los segmentos D y E, en donde se da la oposición entre defensas exitosas y fracasadas. En el segmento D la paciente, empleando defensas funcionales exitosas, refiere una situación de cambio. Este segmento comienza con un movimiento a través del pensamiento, haciendo una propuesta de desarrollar un balance entre el pasado y el presente. Muestra estrategias en las que despliega la oposición antes-ahora. En los relatos que se dan a continuación (XII a XVI) predominan

defensas funcionales que se presentan junto con una combinatoria de deseos LI o LI + A2, en su mayoría en versión exitosa, donde la paciente encuentra estrategias para resolver problemas prácticos, ligados a la evitación de accidentes. La resolución de problemas se aplica a frenar la tendencia a la hemorragia libidinal y dejar de exponerse a posibles lesiones (XIII, XV). Tengamos en cuenta que la representación cuerpo correspondiente al deseo intrasomático, lo entiende como fuente pulsional, marcado por procesos económicos y frecuencias ajenas, donde la subjetividad no encuentra representante.

En el segmento E predominan las defensas fracasadas en torno de la fantasía de embarazo, contando con una proporción levemente mayor de defensas patógenas respecto de las normales. Aquí se observa el fracaso de la desmentida funcional en tanto defensa que le permite realizar acciones armónicas con el contexto. Emplea una desmentida patológica opuesta a un fragmento de la realidad –su patología renal– al fantasear su maternidad. Esta defensa se erige frente al juicio traumatizante que dictamina que su cuerpo no resistiría un embarazo, intentando rechazar la herida narcisista.

La palabra de sus tíos sintoniza con el juicio de realidad que impone la autoconservación, y hace que fracasen tanto la desmentida como la desestimación del afecto. Es así que en las secuencias narrativas XXIII, XXV y XXVI encontramos el retorno del afecto desestimado, a través de la presencia de los componentes O2 en versión disfórica.

Se observa un intento de desidentificarse respecto de su madre quien ha hecho caso omiso de las indicaciones médicas, lo que la llevó a perder la vida junto con la de su segundo hijo en el parto. Este relato remite al desenlace disfórico del deseo LI en el relato correspondiente a la madre, mientras que a lo largo de la sesión intenta mostrar que ha logrado cuidarse, a través de la combinatoria de componentes A2 + LI, en donde enumera las estrategias encontradas para resolver problemas prácticos, ligados a la evitación de accidentes. En última instancia, esta desidentificación respecto de su madre implica aceptar la sugerencia de su tío de no quedar embarazada.

Puesta frente a la posibilidad de desarrollar una contradicción orgánica (ante el aumento de la tensión, se generaría un esfuerzo por incrementarla o ante la disminución de la misma se daría una tendencia a la hemorragia libidinal), en caso que siguiera adelante con el proyecto de embarazo en una situación de soledad o de exposición física, la paciente realiza un doble movimiento apelando primero a la creatividad y luego a la represión que consiste en el intento de rechazar el modelo de maternidad de su madre y decidir no pensar más en el embarazo. Sin embargo estima que el movimiento definitivo tendría que ver con replantear su rol frente a sus tíos.

En este segmento observamos dos combinatorias de componentes. La primera, FG + LI se expresa a través de la fantasía de embarazo, a través del cual ella lograría un estado de felicidad. Su cuerpo, marcado por tensiones y astenias, lograría una homeostasis (XX). La combinatoria LI + O2 puede observarse en la situación en la cual imagina que puede sustraerse de quedar a merced de las intrusiones angustiantes de sus tíos. En esa situación, que demandaría mucho esfuerzo, ella redefiniría su rol ante su familia (XXVI). Cuando la paciente habla de embarazo con sus tíos se ubica a merced de ellos, reproduciendo un vínculo que conjuga apego y desconexión. Esto se pone de manifiesto al expresar la imposibilidad de la comunicación con su tío. Lo define como a un ciego, un personaje egoísta que no la percibe. Su tía en cambio, si ella hace el movimiento correcto, puede verla. Aunque se esfuerza por establecer diferencias entre estos dos personajes centrales de quienes depende, no puede evitar el estado final: queda inundada por los afectos de quienes parecieran alcanzar un equilibrio a costa de ella. En la necesidad de hallar una salida subjetivante de esta situación, va a la búsqueda de representaciones acerca de la historia de los nacimientos familiares. Tanto padres como abuelos representan para ella dobles anteriores –ayudantes– de quienes busca diferenciarse.

La oposición entre los resultados del análisis de los segmentos D y E en el nivel de los relatos nos lleva a pensar en un modo de funcionamiento de la paciente donde se alternan desmentidas patológicas y funcionales. Entendemos que las defensas funcionales pueden ser las mismas que las patológicas, pero a diferencia de estas, no suponen una tendencia a frenar o hacer retroceder la complejización psíquica (Maldavsky, 2007). La desmentida como defensa funcional promueve una conciliación entre los tres amos del yo y presenta dos características: en primer lugar se desarrolla en un contexto adverso, al servicio de la autoconservación, y en segundo lugar, está insertada en un proyecto propio no patológico más abarcativo, por ejemplo cuando la paciente, a pesar de estar dolorida, decide salir a la calle a trabajar. En este punto, la desmentida funcional se asemeja al proceso descrito por Freud (1927d) respecto del humor: *“El humor no es resignado, es opositor; no solo significa el triunfo del yo, sino también del principio de placer; capaz de afirmarse aquí a pesar de lo desfavorable de las circunstancias reales”* (pág 158).

La desmentida patológica por su parte consiste en refutar juicios provenientes de la realidad o del superyó recurriendo a retirar el interés hacia otros aspectos o hacia detalles de la realidad o del yo propio. Recordemos que las defensas patógenas tienen dos funciones, por un lado mantener o aumentar la ilusión de omnipotencia y por otro, rechazar algo: un deseo, un afecto, una realidad. El resultado de su aplicación puede tener tres desenlaces, si es exitosa mantiene la ilusión de omnipotencia y rechaza algo fuera del yo. En el caso que la defensa fracase, se produce una herida narcisista y el retorno de lo rechazado, mientras que si la defensa es exitoso–fracasada se mantiene algo rechazado pero no se logra mantener la ilusión de omnipotencia (Maldavsky, 2007).

En el segmento D los relatos correspondientes a defensas acordes a fines permiten rechazar una realidad dolorosa manteniendo el sentimiento de omnipotencia del yo y la identificación con el ideal. Cuando estas defensas son exitosas, ella se siente orgullosa de sus logros (X, XII, XIII, XIV, XV y XVI) mientras que cuando es fracasada o mixta, retorna la realidad de su cuerpo sufriente (IX, XVII, XVIII, XIX). En este segmento, la paciente recurre a la realidad que la avala, al servicio de la defensa funcional, mientras que en el segmento E, la desmentida es patógena ya que amenaza con arrasar las pulsiones de autoconservación y la deja expuesta a la realidad dolorosa. El uso de la creatividad como defensa funcional, combinado con el deseo O1 le permite lograr una exigua reorganización.

Finalmente en el segmento F retorna la idea del embarazo, esta vez desde la perspectiva de su madre. Aquí se planteó el problema metodológico antedicho, ya que el relato XXXII está referido a su madre y no a ella. El método indica que las escenas deben reflejar una posición del hablante, lo cual no ocurre en este caso. Se trata de una secuencia narrativa donde la madre no hizo caso a las instrucciones médicas y como consecuencia perdió la vida en el parto de su segundo hijo. Entendemos que esta escena debe ser incluida dado que representa a un personaje decepcionante con quien la paciente se identifica, lo cual queda expuesto cuando desoye las voces de cuidado. Su ambivalencia se refleja en el hecho que intenta diferenciarse escuchando a sus tíos cuando al mismo tiempo se accidenta o piensa en embarazarse, apegada a su madre.

En cuanto a la combinatoria entre libido intrasomática y deseo oral primario, podemos observar que el recurso al pensamiento está al servicio de sustraerla de su tendencia a exponerse somáticamente. El esfuerzo al que hace referencia corresponde al efecto de la lucha entre quien es activo en la intrusión sobre quien la padece. Conociendo las consecuencias de una acción semejante queda en el plano de una fantasía que la paciente piensa llevar a cabo en algún momento. En este caso, ambos deseos se conjugan con el deseo fálico genital de un hijo. Al pensar en el nacimiento, logra organizar una situación fantaseada en la que se desidentifica de su madre y abuelas. Observamos una combinatoria LI + FG + O1. El cuerpo como fuente pulsional, en una homeostasis gracias el embarazo, es proyectado hacia el momento del parto. Aquí la paciente piensa que su hijo nacerá en una cesárea. A diferencia de su madre, ella quiere cuidarse (XXXIII).

#### *Escenas actuadas*

La paciente apela a su riqueza en recursos para intentar persuadir al terapeuta acerca de la ausencia de riesgo en quedar embarazada y que como ella ha aprendido a cuidarse, puede cuidar a otros. A tales fines recurre a la estrategia de actuar el relato en sesión en donde la paciente promueve la misma escena frente al terapeuta que frente a su tío. Dicha estrategia persuasiva, desde la perspectiva del relato como función, presenta en un orden interno que nos recordó a las *matrioshkas* o muñecas rusas. Del mismo modo que estas muñecas contienen en su interior otra muñeca más pequeña, un relato



engloba lo que desplegará el posterior. Mientras una primera secuencia narrativa hace de marco introductorio, la segunda es más específica, la que sigue es un despliegue de la segunda y las últimas son ejemplificaciones de la anterior. Por ejemplo, la paciente concluye que debe moverse para que los otros la perciban (secuencia VII), este año cambiaron muchas cosas (X), encontró estrategias para evitar accidentes (XIII) y a partir de allí enumera una serie de hechos en los que las cosas cambiaron, las estrategias que encontró para que esto no ocurra (XIV a XVII).

Cuando la paciente refiere que quiere hacer un balance, busca ser mirada por el terapeuta intentando desde lo actuado en la sesión rectificar la escena disfórica que relata en relación con su tío.

La escena extratransferencial desplegada en sesión nos lleva a reflexionar acerca de las estrategias para convencer que emplean algunos pacientes, que terminan escenificando la reproducción del trauma. Es como si a través de estas escenas actuadas exhibieran ante el terapeuta el núcleo del riesgo a repetir la situación traumática. En estos casos, el intento de convencer se encuentra al servicio de la compulsión a la repetición.

**Cuadro II. Tipo de defensa en las secuencias narrativas (porcentajes)**

Defensas		Relatos	Porcentaje	Total	
<b>Defensas normales o funcionales</b>	<b>Estado</b>	<b>Defensa</b>			
	Exitosas	Acorde a fines	8	24,24%	
		Creatividad	5	15,15%	
	Total defensas funcionales exitosas				39,39%
	Fracasadas	Acorde a fines	9	27,27%	
		Total defensas funcionales fracasadas			
	Mixtas	Acorde a fines	1	3,03%	
	Total defensas funcionales mixtas				3,03%
<b>Total defensas funcionales</b>				<b>69,69%</b>	
<b>Defensas patológicas</b>	Exitosas	Represión	1	3,03%	
		Desmentida	1	3,03%	
		Desestimación del afecto	1	3,03%	
	Total defensas patológicas exitosas				9,09%
	Fracasadas	Desmentida	1	3,03%	
		Desestimación del afecto	6	18,18%	
	Total defensas patológicas fracasadas				21,21%
<b>Total defensas patológicas</b>				<b>30,30%</b>	
Total defensas				99,99%	

### Cuadro III. Tipo de deseo en las secuencias narrativas (porcentajes)

Deseo	Relatos	Porcentaje
<b>Libido Intrasomática</b>	<b>16</b>	<b>48,48%</b>
Oral Primario	5	15,15%
Oral Secundario	4	12,12%
Anal Secundario	5	15,15%
Fálico Uretral	2	6,06%
Fálico Genital	1	3,04%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

#### *Análisis de los actos de habla*

Desde el punto de vista paradigmático, es posible advertir cinco deseos: A2 (relatos de escenas concretas, enlaces causales, justificaciones, órdenes), O2 (referencia a estados afectivos), LI (referencias a estados corporales), FU (autointerrupciones, muletillas) y FG (manifestación de deseos, exageraciones, dramatizaciones) (Ver Cuadro IV).

Desde la perspectiva sintagmática, los resultados del segmento A (5% de la sesión) combinan relatos LI (referencias a estados corporales) con O2 (referencias a estar pasando por un estado) y A2 (información de hechos concretos), mientras que en el B (2% de la sesión) encontramos solo la combinatoria LI y A2. En el tercer segmento (6% de la sesión) no hay referencias a estados corporales y predominan las referencias a estados afectivos (O2) junto con conjeturas, control del recuerdo y enlaces causales (A2). El segmento D (28% de la sesión) contiene referencias a estados corporales (LI) una variedad de elementos correspondientes al deseo anal secundario (deducciones, introducción de un tema, información de hechos concretos, imperativos, aclaraciones, proyectos de acción, dudas, enlaces causales, justificaciones, órdenes e indicaciones acordes a la ley), referencia a estados afectivos (O2), manifestaciones de deseos y dramatizaciones (FG). En este segmento, la información de hechos concretos culmina o bien con una referencia a un estado corporal, una dramatización o una referencia a un estado afectivo, es decir que el deseo anal secundario queda subordinado a los otros tres. En los segmentos E y F el deseo LI no participa, a diferencia de los momentos A, B y D en donde el percentil era muy alto. Esto se debe a que en los primeros dos, hacia alusión a su estado físico actual, al llegar a la sesión, y en el cuarto realiza la descripción de sus cambios respecto de nuevos hábitos de cuidado y cómo esto la ha beneficiado somáticamente. En las escenas relatadas, en el segmento D la paciente refiere haber aprendido a cuidarse y realiza una comparación entre el pasado y el presente, entre actitudes anteriores de no cuidado y otras de prudencia, actuales. Todo esto se ve sostenido por defensas funcionales. Esto coincide con las escenas desplegadas en sesión, en donde prevalecen LI y A2, junto con O2.

El deseo O2 se presenta con percentil alto en los segmentos C, D y E, y parece estar ligado con los estados afectivos que tiene cuando supone que el otro no le cree o no la

registra, a pesar que ella se mueva para ser vista. Este mismo deseo predomina en el nivel del relato en los relatos XXIII a XXVI.

El segmento E (42% del total) se da un equilibrio mayor entre los distintos deseos en ausencia de LI. Predomina A2 (enlaces causales, justificaciones, deducciones, información de hechos concretos) junto con O2 (referencia a estados afectivos) y FG (dramatizaciones). Se repite el mismo esquema del segmento anterior, pero cambiando los deseos de cierre: se mantiene el deseo A2 pero el cierre lo dan los deseos O2 y FG. La descripción del hecho finaliza con una referencia a un estado afectivo o bien con una dramatización. Esto se relaciona con los relatos acerca de su deseo de embarazo y la falta de aprobación por parte de su tío. En el nivel del relato, expresa el deseo de quedar embarazada y la reacción de sus tíos. Puede observarse el cambio en la defensa, de funcional a patógena, con el consecuente retorno en la realidad, desde la palabra de su tío a quien no logra convencer. En el nivel de los actos de habla, el deseo A2 se combina fundamentalmente con O2, afecto que se desprende cuando también fracasa en su intento de convencer al terapeuta.

En el sexto momento (17% del total), prevalece la organización A2 (información de hechos concretos, deducciones), junto con dramatizaciones (FG) y autointerrupciones y muletillas (FU). Los deseos A2 tienen una función organizadora, ya que la paciente presenta hechos concretos a raíz de los cuales intenta sacar conclusiones o realizar inferencias.

**Cuadro IV. Panorama de deseos en actos de habla, en los seis momentos de la sesión y global (percentiles)**

Deseos	Número de segmento y porcentaje respecto del total						Global (100%)
	A (5%)	B (2%)	C (6%)	D (28%)	E (42%)	F (17%)	
	Percentil	Percentil	Percentil	Percentil	Percentil	Percentil	
<b>LI</b>	95+	95+	–	80	–	–	<b>78</b>
<b>O2</b>	95	–	95+	70	50	–	<b>85</b>
<b>A2</b>	90	90	70	75	65	90	<b>85</b>
<b>FU</b>	5	–	5	65	35	50	45
<b>FG</b>	–	–	15	5	40	30	23

*Análisis de redes de palabras*

Para el análisis de redes de signos empleamos un diccionario computarizado que permite distinguir la significatividad de las palabras según el deseo que representan en las verbalizaciones de la paciente. Los deseos que caracterizan el nivel de las palabras corresponden a componentes LI en primer lugar y en segundo lugar encontramos deseos O1 y FU (ver cuadro V).

Como palabras representativas del deseo LI encontramos verbos como “dormir”, “descansar”, sustantivos como “accidentes”, “esfuerzo”, “agotamiento”, “cansancio”, “golpes”, “brazo”, “mano”, “embarazo”, “parto” y “cesárea” y adjetivos como “aturdida” y “acelerada”, todos ellos ligados a estados corporales, dolor y agotamiento físico. Para sustraerse de estos estados caracterizados por la intrusión orgánica, la paciente recurre a pensar estrategias para no accidentarse. En esta bisagra surge un cambio de lógica, de la alteración orgánica al deseo cognitivo, que se pone en evidencia en el recurso a deseos O1 ligados a la búsqueda de un conocimiento abstracto acerca de cómo no accidentarse, que luego de curarse intentará llevar a la práctica.

Los deseos O1 se encuentran representados por los verbos “registrar”, “indicar” y “percibir” por un lado, y “diferenciar”, “pensar”, “creer”, “calcular” y “saber” por otro. También están presentes sustantivos como “mente” o “indicación” y adjetivos como “preciso” o “literal”. La vigencia de este tipo de deseo da lugar a pensar que la paciente emplea un lenguaje abstracto relativo a su realidad conceptual, que tiende a prescindir de hechos concretos. En otra oportunidad analizamos una secuencia presente en las redes de signos de una paciente con disminución visual (Kazez, 2010), en donde la expresión de los deseos O1 adquiriría un valor particular debido a su tipo de visión. Cuando existe un déficit en la agudeza visual, la discriminación de formas, colores, figuras, no consiste en una operación que solo se apoya en la percepción sino que se convierte en una actividad intelectual, necesita del desarrollo de una actividad perceptivo-cognitiva. Una persona con baja visión debe en primer lugar prestar atención para ver, luego el proceso de discriminación es cognitivo y finalmente llega a una conclusión acerca de cuál es el objeto percibido. Este tipo de percepción obliga a desarrollar de modo compensatorio una modalidad de actividad cognitiva que contribuye no solo a dar cualidad a las percepciones poco definidas en la sensorialidad, sino que también, como en este caso, puede hacerse extensivo a otros ámbitos. Por ejemplo la paciente, desde la actividad intelectual se esfuerza por diferenciar y precisar sus pensamientos describiendo sus matices.

En cuanto a los deseos FU, en segundo lugar junto con O1, hallamos verbos como “pasar”, “llegar”, “dar vueltas”, “poder”, “encontrar”, “acostumbrar”, “evitar”, sustantivos como “visita”, “cruce”, “angustia”, “riesgo” y como adjetivos “tranquila”, “equivocada”, “inevitable”. Estos términos denotan un intento de regulación de distancias, desplazamiento espacial y establecimiento de contacto. La paciente se mueve para ser vista por el otro. Crea el contacto, buscando colocarse en su campo de visión y para lograrlo realiza los movimientos correspondientes. Esto se repite en la sesión, donde la efectúa un movimiento entre ideas, entre el pasado y el presente, comparando lo que hacía antes cuando no lograba cuidarse y ahora cuando lo consigue. A través de ese movimiento de ideas, donde se combina componentes FU con O1, busca ubicarse donde ella supone es el lugar al que el terapeuta dirige su mirada.

### Cuadro V. Deseos presentes en las redes de palabras (percentiles)

Deseo	Percentil
<b>LI</b>	<b>85</b>
<b>O1</b>	<b>65</b>
O2	24
A1	27
A2	27
<b>FU</b>	<b>65</b>
FG	45

#### *Discusión*

Este estudio constituye un aporte al estudio de los relatos y de los nexos entre los relatos. Nos interesa focalizar en dos cuestiones: por un lado los relatos poseen distintas funciones: una narrativa de hechos ya acontecidos, y otra actuada donde la paciente produce hechos en sesión. Maldavsky (2007) señala que para poder distinguir entre una función y otra, debemos apoyarnos en las escenas relatadas y luego observar si estas se repiten o no de manera actuada en la transferencia. Por otro lado, proponemos un modelo de análisis para los relatos actuados en donde establecemos una jerarquía entre ellos, que se desarrollan en el transcurso de la comunicación terapéutica.

En cuanto a las dos funciones antedichas hay una secuencia narrativa que las condensa, cuando la paciente indica que ella debe moverse para que otros la perciban (VII). A pesar de ello, en la narración refiere no haber logrado convencer a su tío que ella podrá llevar adelante su embarazo sin riesgos (XXI, XXVI, XXIX, XXX). Al intentar ubicarse en el lugar correcto para ser percibida por sus tíos, proyecta en ellos sus dificultades de visión: a los otros les cuesta verla. Por otro lado, a partir de esa secuencia narrativa, comienza a desplegar relatos frente al terapeuta, tendientes a mostrarle que puede cuidarse y de este modo efectúa movimientos concretos para que el terapeuta la registre. Es aquí que observamos el relato actuado, que despliega una acción tendiente a persuadirlo (XIII, XIV, XV, XVI, XXIV), que puede ser entendida como la repetición del hecho extratransferencial de intento fallido de convencer al tío.

La diferencia central entre el relato como acción y el narrado es que en este último el desenlace se presenta como disfórico (XXV) correspondiente a la combinatoria de deseos O2 y la desmentida patológica fracasada, mientras que en el actuado, frente al terapeuta, combina deseos O1 y creatividad exitosa (VII). Este análisis coincide con el resultado del análisis de las redes de signos, en donde la paciente intenta revertir estados de desfallecimiento orgánico (LI) a través del recurso al pensamiento abstracto (O1).

El desenlace disfórico de la secuencia relatada muestra el retorno de lo sofocado: la desmentida fracasada pone en evidencia un fragmento de la realidad que retorna junto

con el afecto desestimado, frente a la negativa de sus tíos ella queda inundada de angustia (XXI). El deseo O2 combinado con la desmentida fracasada predomina cuando ella descubre que no ha prosperado su intento persuasivo.

La paciente intenta convencer al terapeuta apelando a la estrategia de actuar el relato en sesión. Detectamos que dicha estrategia para convencer, desde la perspectiva del relato como función, posee un orden interno. Del mismo modo que las muñecas rusas albergan en su interior una nueva muñeca de menor tamaño, un relato contiene lo que despliega el siguiente. Tomemos como modelo lo que ocurre a partir de la secuencia narrativa VII, que incluye al relato X. El X a su vez comprende al XI, XII y XIII, y finalmente los relatos XIV a XVII despliegan lo que enuncia el XIII. Siguiendo este orden jerárquico, podemos observar dominancias y subordinaciones entre los relatos, donde la tendencia está marcada por el primero.

Ya en un plano metodológico, en el estudio de las secuencias narrativas desde la perspectiva de su función, dado el orden jerárquico antedicho, en el análisis se plantean subordinaciones. En este ejemplo, al ser dominante el primero (VII) caracterizado por deseos O1 y creatividad exitosa, los relatos contenidos en este quedan subordinados a sus características, más generales.

Se nos plantea el interrogante si este modelo de análisis de secuencias narrativas desde el punto de vista de la función, donde se establecen jerarquías y una anticipa lo que desarrolla la posterior, podrá repetirse en otros casos.

#### Cuadro VI. Panorama de deseos en los tres niveles de análisis

Nivel de análisis	Sesión		
	Deseo	Porcentaje	Percentil
Análisis de relatos	<b>Libido Intrasomática</b>	<b>48,48</b>	
	Oral Primario	15,15	
	Oral Secundario	12,12	
	Anal Secundario	15,15	
	Fálico Uretral	6,06	
	Fálico Genital	3,03	
Análisis de actos de habla	<b>Anal Secundario</b>	<b>60,26</b>	<b>85</b>
	<b>Oral Secundario</b>	<b>5,96</b>	<b>85</b>
	<b>Libido Intrasomática</b>	<b>2,65</b>	<b>78</b>
	Fálico Uretral	21,19	45
	Fálico Genital	9,93	23

<b>Análisis de redes de palabras</b>	<b>Libido Intrasmática</b>	<b>8,23</b>	<b>85</b>
	<b>Oral Primario</b>	<b>13,90</b>	<b>65</b>
	<b>Fálico Uretral</b>	<b>17,02</b>	<b>65</b>
	Fálico Genital	19,13	45
	Anal Primario	2,67	27
	Anal Secundario	29,37	27
	Oral Secundario	9,68	23

Si analizamos los deseos, podemos observar en el cuadro VI la presencia de componentes LI en primer lugar tanto en el nivel de relatos como en las palabras, mientras que en los actos de habla se encuentra en segundo lugar. Como hemos destacado anteriormente, en los tres niveles coincide la alusión a un mundo del cual provienen golpes e intrusiones orgánicas y la relación con un personaje que ella equipara con un ciego, su tío, que no puede verla. Al mismo tiempo consideramos la identificación con su madre fallecida en su segundo parto, cuando planea quedar embarazada desoyendo las advertencias médicas.

Los deseos O1 le ofrecen una vía de salida respecto del entrapamiento orgánico y la astenia. La paciente comienza a imaginar estrategias para no accidentarse, que no puede llevar adelante dado que se encuentra aún en recuperación. Desarrolla pensamientos abstractos que apoyados en su creatividad la rescatan del dolor hemorrágico. Esto puede apreciarse en el segundo lugar que ocupan estos deseos tanto en el plano de los relatos como en el de las palabras.

En el nivel de los relatos este segundo lugar es compartido con A2, esto se evidencia cuando ella comienza a implementar las estrategias encontradas para evitar accidentes. Este componente encuentra su máxima expresión en el plano de los actos de habla, con una gran riqueza de recursos. La paciente no solo realiza esfuerzos por organizar sus ideas y exponerlas de modo ordenado sino que se impone a sí misma un tener que hacer como medida protectora (FU) para evitar un desenlace semejante al de su madre.

Los deseos FU ponen de manifiesto tanto su exigencia de desarrollar medidas que le sirvan para evitar accidentes como su necesidad de realizar desplazamientos espaciales ligados a colocarse en el ángulo de visión de su interlocutor.

Por último, los deseos O2 en versión disfórica hacen referencia al estado afectivo de desazón que se produce en ella cuando su estrategia para convencer a su tío o a su terapeuta no resulta efectiva.

En el plano de las defensas, más de dos tercios son acordes a fines. Particularmente la desmentida se presenta en dos variantes: funcional y patológica. Nos interesa focalizar en la desmentida funcional, ya que es un mecanismo habitualmente presente en personas con discapacidad sensorial o motriz. Esta defensa, presenta características acorde a fines y se da generalmente en contextos adversos, en donde la realidad está caracterizada por los obstáculos o la hostilidad. Esta defensa permite, al estar contextualizada en un proyecto más abarcativo ligado a la vitalidad, desplegar pensamientos o acciones tendientes a la complejización psíquica, aún cuando esto implique desconocer un fragmento de la realidad. Por ejemplo en este caso la paciente para poder ir a trabajar, debe desmentir funcionalmente sus condiciones físicas o las condiciones en las que viaja. Si se impone la realidad, ella queda expuesta a su desvitalización anímica.

Del análisis de los actos de habla y del relato actuado con el terapeuta, se desprende que la desmentida funcional es exitosa, mientras que del análisis del relato narrado se desprende una secuencia, en primer lugar la desmentida funcional es exitosa (XII a XX), hasta que luego fracasa la desestimación del afecto (XXI), y a posteriori aplica la desmentida patológica (XXIV).

En cuanto a la tendencia de la paciente a la repetición de situaciones traumáticas, observamos en el segmento D y en el segmento E la ambivalencia respecto de la identificación con su madre: en el nivel del relato intenta mostrar hasta qué punto ella ha logrado aprender a cuidarse y diferenciarse de ella, mientras que en el nivel de los actos de habla, en el intento de convencer al terapeuta de que puede cuidarse y quedar embarazada, la paciente pareciera proponerse seguir el destino materno.

### **Bibliografía**

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

Freud, S. (1927d). El humor. En *Obras completas* (Vol. XXI). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Kazetz, R. (2003). El algoritmo David Liberman como método aplicable a la investigación en psicoanálisis. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 3, UCES, Buenos Aires.

Kazetz, R. (2009). Los estudios de caso y el problema de la selección de la muestra. Aportes del Sistema de Matrices de Datos. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 13, UCES, Buenos Aires.



Kazez, R. (2010). Estudio del discurso de una paciente con discapacidad congénita sensorial y motriz. Análisis comparativo de dos momentos del tratamiento. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15, UCES, Buenos Aires.

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

Maldavsky, D. et al. (2012a). Distribución de frecuencias de los deseos en las palabras de pacientes y terapeutas en psicoterapia. Un estudio con el diccionario computarizado del algoritmo David Liberman. *Revista Investigaciones en Psicología*, 17(2).

Maldavsky, D. et al. (2012b). Aplicaciones de las distribuciones de frecuencias de los deseos en los actos de habla de pacientes y terapeutas en la investigación clínica con el algoritmo David Liberman. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 16(2), UCES, Buenos Aires.

Plut, S. (2005b). *Estudio exploratorio del estrés laboral y trauma social en los empleados bancarios durante el Corralito*, Tesis Doctoral, Buenos Aires, UCES.

*Fecha de recepción: 17/02/13*

*Fecha de aceptación: 22/03/13*