

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES  
(UCES)

MAESTRÍA EN PROBLEMAS Y PATOLOGÍAS DEL  
DESVALIMIENTO

“Pulsiones, defensas y su estado en los episodios que anteceden a los cortes autoinfligidos en piel. Estudio exploratorio a partir de los relatos de dos pacientes mujeres en tratamiento en un hospital público”

Director de tesis:  
Dr. David Maldavsky

Lic. Delia Scilletta  
4541-6158  
dscilletta@yahoo.com.ar  
dscilletta@hotmail.com

## Índice

### **Introducción**

1. Definición del problema	5
1.1 Planteamiento general del problema	5
1.2. Planteamiento específico del problema	7
2. Objetivos	8
2.1. Objetivo general	8
2.2. Objetivos específicos	9
3. Justificación de la investigación y transferencia de conocimiento	9

### **Estado del arte**

1. Orígenes de la práctica autolesivas	9
2. Definición	12
3. Estadísticas	13
4. Posibles causas	16
4.1. Características psicológicas	16
4.2. Diagnóstico psiquiátrico	17
4.3. Abuso sexual infantil	19
4.4 Suicidio	20
4.5. Disociación	21
4.6. Autocastigo	21
4.7. Influencia interpersonal	22
4.8. Búsqueda de sensaciones	22
4.9. Límites interpersonales	22
4.10. Relación con la sexualidad	23
4.11. La complejidad de las causas o multicausalidad	23
5. Tratamientos	30
6. Técnicas	36
7. Apertura de interrogantes	39

## **Marco teórico**

1. Fundamentos teóricos	39
1.1 Introducción	39
1.2 Pulsiones	40
1.2.1 Libido intrasomática	42
1.2.2 Pulsión oral primaria	53
1.2.3 Pulsión sádico oral secundaria	72
1.2.4 Pulsión sádico anal primaria	84
1.2.5 Pulsión anal secundaria	88
1.2.6 Pulsión fálico uretral	93
1.2.7 Pulsión fálico genital	100
1.3 Formaciones sustitutivas	107
1.3.1 Pulsiones y defensas (sublimación, creatividad, represión, desmentida, desestimación de la realidad y de la instancia paterna, desestimación del afecto)	109
2. Fundamentos y presentación del método: Algoritmo David Liberman (ADL)	133
2.1 Consideraciones generales	134
2.2 Instrumentos	135
2.3 Sobre el nivel de las secuencias narrativas (relatos)	140
2.3.1 Procedimientos en el estudio de los relatos	143
<b>Análisis de los casos</b>	
1. Características de la investigación	147
2. Muestra	147
2.1 Marisa	147
2.2 Lorena	149
3. Procedimientos realizados para la creación de las subunidades de análisis y para la aplicación de la grilla de los relatos	151
4. Unidades de análisis: secuencias narrativas	153
5. Aplicación del instrumento	158

5.1 Resultados de la aplicación de la grilla de análisis de los deseos y las defensas en los relatos al discurso de Marisa	158
5.2 Resultados de la aplicación de la grilla de análisis de los deseos y las defensas en los relatos al discurso de Lorena	158
<b>Análisis de los datos</b>	159
1. Análisis del relato de Marisa	159
2. Análisis del relato de Lorena	161
3. Comparación de los resultados de los análisis de los deseos y las defensas del relato de Marisa y Lorena	165
4. Una visión de conjunto	166
5. Discusión	167
6. Conclusiones	175
Anexos	178
<b>Bibliografía</b>	215

## Introducción

### 1. Definición del problema

#### 1.1 Planteamiento general del problema

A partir del trabajo en la sala de internación de mujeres de un hospital de neuropsiquiátrico, se ponen de manifiesto diversas problemáticas sobre todo con algunas pacientes que presentan serias dificultades no sólo durante el tratamiento sino en el momento de ser externadas.

Este grupo de pacientes se diferencia de otros que pueden ser derivados a servicios como consultorios externos, hospital de día u otras instituciones según sea su diagnóstico, situación familiar y social.

Se presentan con más frecuencia pacientes cuyas características exceden la contención que pueden brindar los servicios e instituciones vigentes surgiendo diversos interrogantes acerca de los motivos de dicha dificultad.

Pueden pensarse varios aspectos que se encuentran imbricados como la realidad externa con una difícil situación social que acrecienta y agrava los conflictos en las instituciones vigentes.

Hay otras instancias que enfrenta el ser humano, no de la realidad exterior sino del interior mismo del psiquismo, y es precisamente sobre este punto que se intentará reflexionar, partiendo del concepto de desvalimiento psíquico.

Cuando Freud habla de las situaciones traumáticas frente a las cuales el ser humano se encuentra desvalido, homologa el peligro externo o realista con el peligro interno o de exigencia pulsional diciendo que la situación económica es la misma en ambos casos.

”En el nexo con la situación traumática, frente a la cual uno está desvalido coinciden peligro externo e interno, peligro realista y exigencia pulsional. Sea que el yo vivencie en un caso un dolor que no cesa, en otro una estasis de necesidad que no puede hallar satisfacción, la situación económica es, en ambos, la misma, y el desvalimiento motor encuentra su expresión en el desvalimiento psíquico.” (1926, pág.157).

Se abren en este punto diversos interrogantes si se liga la concepción del cuerpo desde el psicoanálisis como fuente pulsional (química), lugar de desplazamientos energéticos que pueden concentrarse y neutralizarse en procesos de intoxicación y desintoxicación, con el concepto de pulsión de muerte que Freud introduce en 1920.

Qué tipo de diferenciación o especificidad puede establecerse en la clínica de los procesos tóxicos, a partir de las diversas vías de derivación que encuentra el incremento de la tensión pulsional en el organismo en:

- los estados hipocondríacos, en los momentos de retracción de los cuadros psicóticos,
- los cuadros psicósomáticos,
- los cuadros adictivos,
- los cuadros que se auto infligen daño corporal, y
- dentro de estos últimos, en particular ¿cuál es el lugar del yo del que ejerce la acción y cuál el de quién la padece?

¿Algo de lo vital estaría evidenciando un estado de descomplejización psíquica, de desarticulación de fragmentos del yo y de degradación libidinal a consecuencia del incremento o predominio de la pulsión de muerte? Es decir, ¿de qué manera se manifiesta la eficacia de su valor desubjetivante?

¿Es posible establecer nexos y diferencias entre los intentos de suicidio y otros modos en que se pone en evidencia la pulsión de muerte, como en los cuadros citados?

Asimismo surgen interrogantes en torno a los diferentes afectos, percepciones, tipos de lógicas, regresiones yoicas y libidinales, las defensas en juego, el mundo sensorial y motriz, las posiciones en las que se ubican en los relatos y los tipos de ideales evidenciados.

## 1.2 Planteamiento específico del problema

Si se parte de la clasificación de los cuadros tradicionales puede decirse que la neurosis presenta un cuerpo pasible de ser simbolizado, es un cuerpo que habla, y que presenta palabras dirigidas a algún interlocutor válido.

En las enfermedades psicosomáticas, en cambio, el sujeto carece de un universo simbólico ligado al campo de las palabras y de las fantasías; prevalece en él un mundo plagado de cifras y números.

Lacan (1964) afirma que en el fenómeno psicosomático no existe un cuerpo marcado por una letra sino por un número. Se refiere allí a la frecuencia, período, ritmo, en términos de presencia - ausencia de un estímulo sensorial. Los estímulos se considerarán idénticos siempre y cuando posean la misma frecuencia.

Estas cantidades tienen una distribución temporal, un período que se transmite por el sistema nervioso. Las cantidades mundanas no acceden a dicho sistema debido a la presencia de una barrera protectora.

Pero también el cuerpo propio, como un otro diferente, igualmente cuantitativo, resulta exterior al sistema nervioso, y desde él ciertas cantidades y sus correspondientes períodos resultan estímulos ineludibles.

Emerge entonces la pregunta acerca de la significación que se le otorga al número en lo anímico y cuál es la relación del mismo con los procesos psicosomáticos, adictivos y tóxicos en general.

Refiere Maldavsky (1996) que “cuando prevalece el conflicto con la conciencia moral el paciente se halla inmerso en un mundo de autorreproches, pero cuando a ello se le agrega una alteración de la autoconservación, la realidad se puebla de cuentas que no cierran y que sólo se saldan entregando pedazos del cuerpo (mutilaciones, adicciones, accidentes, afecciones psicosomáticas), o la totalidad del organismo viviente.” (pág. 224)

¿Qué sucede entonces en los sujetos en los cuales el propio cuerpo carece de simbolización de manera similar a lo que sucede en las enfermedades psicosomáticas, pero el daño corporal no se realiza de manera inconsciente como puede ser un proceso ulceroso o de hipertensión arterial sino de manera activa y manifiesta evidenciando una necesidad imperiosa de agredir el propio cuerpo?

Como síntesis de los recorridos arriba mencionados, surgen las siguientes preguntas de conocimiento alrededor de las cuales se articulará esta investigación:

- ¿Cuál será la posición subjetiva de los pacientes en los momentos que anteceden a un acto violento autoinfligido?
- ¿Cuáles serán los deseos predominantes en los momentos que anteceden a un acto violento autoinfligido?
- ¿Cuáles serán las defensas (y su estado) o combinatorias defensivas privilegiadas en los momentos previos a dicho acto?

Para dar respuesta a estos interrogantes se analizará el discurso textual de dos pacientes, una de ellas se encontraba internada debido a que se autoinfligía cortes en piel y la otra realizaba tratamiento ambulatorio en la misma institución presentando el mismo padecimiento.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo general

Explorar la posición subjetiva de los pacientes en los momentos que anteceden a un acto violento autoinfligido

### 2.2. Objetivos específicos

2.2.1. Explorar los deseos predominantes en pacientes que se auto infligen cortes en piel en los momentos previos al acto.

2.2.2. Explorar las defensas (y su estado) o combinatorias defensivas que prevalecen en los pacientes que se auto infligen cortes en piel en los momentos que anteceden al acto.

2.2.3. Explorar el mundo sensorial y motriz en pacientes que se auto infligen cortes en piel en los momentos previos al acto.

2.2.4. Explorar las posiciones en el discurso de pacientes que se autoinfligen cortes en piel en los momentos que anteceden al daño.

## 3. Justificación de la investigación y transferencia de conocimiento

La diversidad de patologías que se encuentran dentro de los cuadros tóxicos se presenta como toda clínica como una exigencia de trabajo para la teoría. Teniendo en cuenta que las mismas forman parte de una combinatoria problemática del contexto institucional y social, justifica el presente desarrollo la necesidad de esclarecer algunos interrogantes como los arriba expuestos que permitan una mayor comprensión de estos cuadros y la complejización de sus especificidades y abordajes terapéuticos.

## **Estado del arte**

## 1. Orígenes de la práctica autolesiva <sup>1</sup>

Se focalizará ahora la temática específica de las autolesiones mediante la realización de cortes en piel y se sintetizará el recorrido bibliográfico.

En relación a los orígenes de estas prácticas puede decirse que algunas de ellas datan de mucho tiempo atrás, sin embargo, parecen tener diversos significados, sobre todo teniendo en cuenta los contextos sociales. Muchas veces son motivadas por causas culturales que corresponden a tradiciones arraigadas y centenarias que imponen estos ritos a determinados grupos sociales.

Los primeros antecedentes de mutilación se encuentran en la antigua Grecia, donde se practicaba la circuncisión, que consistía en retirar la piel que rodea al glande. Esto, al parecer, tenía un significado jerárquico dentro de la sociedad egipcia. Con el paso del tiempo, esta práctica fue adoptada por pueblos como el judío y el griego, que identificaban a los hombres no circuncisos como bárbaros.

En la actualidad, para las tribus Masai de Kenya, (del norte y centro de África) el hecho de mutilarse una parte de su cuerpo es sinónimo de renacer. Implica el final de la niñez y el comienzo de un nuevo camino de madurez. Desde esta perspectiva, se supone que tanto mujeres como hombres serían capaces de enfrentar cualquier reto de la vida, después de atravesar por un dolor como el que significa la mutilación. Practican la circuncisión como un ritual de bienvenida al niño, ceremonia que lo convierte en un nuevo hombre al que se le permite tener relaciones sexuales.

---

<sup>1</sup> "El planeta de los simios XXXII. Automutilación" ([www.grupoelron.org](http://www.grupoelron.org))

La infibulación, también conocida como clitoridectomía, es una práctica que se realiza en algunas culturas de África y Asia y consiste en la remoción total o parcial del clítoris de la mujer y la deformación de los labios.

Para algunos, la infibulación es parte de una ceremonia de iniciación, con la que la niña ingresa a la madurez sexual y le es permitido procrear. También es para ellos una forma de resguardar la virginidad, impedir la masturbación y el placer durante el acto sexual. Refieren que si las niñas no hacen este ritual, toda clase de castigos (incluida la expulsión de la tribu) recaerá sobre ellas.

En África se lleva a cabo en forma generalizada en 28 países. En el Oriente Medio se practica en Egipto, Omán, Yemen y los Emiratos Árabes Unidos. También existen registros de prácticas en casi toda Europa y Estados Unidos.

Sin embargo, la circuncisión, tanto femenina como masculina, que practican las culturas africanas, se traduce para otras culturas en mutilación y es considerada una práctica denigrante y cruel, afirmando que la principal razón de ser de la infibulación, radica en un ancestral machismo que busca privar a la mujer de sus órganos sexuales. Debido a ello el 6 de febrero del año 2003 se impuso el Día Mundial contra la Mutilación Genital Femenina. Según el Comité Interamericano sobre Prácticas Tradicionales, han sido infibuladas 135 millones de niñas y cada año 2 millones corren el mismo riesgo.

Dentro del concepto mutilación se encuentran prácticas tan diversas como la circuncisión, la infibulación, la castración y hasta la automutilación, que

en la actualidad en algunos países está relacionada con tendencias y hasta con modas.

Por otro lado, también hay quienes reconocen encontrar una alternativa de vida en estas prácticas. No son pocos los países en los que existe un movimiento importante de personas que acuden a la remoción voluntaria de alguna parte del cuerpo o automutilación, con fines estéticos o decorativos y que llaman arte.

## 2. La definición

Cortarse es la forma más común de herida autoinfligida (SI, por su sigla en inglés, *self injured*). En respuesta a las preocupaciones que giran en torno a esta temática se creó una Red Internacional para el Estudio de la auto-lesión.

En el año 2006 los principales investigadores en este ámbito trabajaron en pro de un consenso en relación con cuestiones claves. Un año más tarde, en junio de 2007, se definió como: “La deliberada, auto-infligida destrucción de tejido corporal resultante en daño inmediato, sin intención suicida y con fines que no sean socialmente sancionados” con la coincidencia de varios autores (Gratz, 2006, p. 241; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, y Kelley, 2007).

Como tal, este comportamiento se distingue de conductas suicidas que manifiestan la intención de morir, de las sobredosis de drogas, y de otras formas de comportamientos autoperjudiciales, incluidos los sancionados

culturalmente y los realizados para mostrar efectos estéticos; formas repetitivas, estereotipadas encontrados entre individuos con trastornos del desarrollo y discapacidades cognitivas, y las formas más graves (por ejemplo, la autoinmolación y autocastración) que se encuentran entre las personas con psicosis, la SI puede entenderse como un subconjunto de esta gama más amplia.

### 3. Las estadísticas

Ana Muñoz (1990) refiere la dificultad para dilucidar la frecuencia en que se presenta esta patología porque suele ser una conducta secreta. Las líneas telefónicas de ayuda reciben llamadas de personas que se han autolesionado durante años sin comunicarlo debido a la vergüenza, el miedo al rechazo y desprecio de los demás.<sup>2</sup>

Las estadísticas son difíciles de reunir y varían ampliamente, estudios recientes estiman que entre el 1-15 % de la población de los EE.UU. (2-8 millones de personas) se realizan cortes en piel (Deiter, Nicholls y Pearlman, 2000).

En Gran Bretaña una fundación privada (Fundación Camelot) realizó una encuesta nacional sobre autoflagelación que arrojó que una de cada diez jóvenes se lastima. Mientras que una línea telefónica de ayuda adolescente (Childline) de ese mismo país registró, los últimos dos años (2008-2009), un aumento de llamadas de un 65 % de jóvenes preocupados por el tema.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> "Autolesiones: ¿por qué algunas personas se hieren a si mismas?" [www.cepvi.com](http://www.cepvi.com)

<sup>3</sup> "Autoflagelación. Jóvenes que se cortan" [www.armoniainternet](http://www.armoniainternet)

Cerca de un diez por ciento de las hospitalizaciones son el resultado de autolesiones. Las mujeres tienen mayor riesgo de dañarse a sí mismas entre los 15 y 19 años; los hombres, entre los 20 y 24 años. Whitlock, Eckenrode, y Silverman (2006), informaron de una muy pequeña diferencia de género. Sin embargo, los últimos estudios han encontrado, en general, tasas similares de hombres y mujeres (Brière y Gil, 1998; Klonsky et al., 2003; Whitlock et al., 2006). Las principales diferencias de género se encuentran en los métodos empleados para la autolesión ya que las mujeres son más propensas a cortarse mientras que los hombres parecen más propensos a quemarse (Laye Gindhu y Schonert-Reichl, 2005).

Refieren estos autores que la mayoría de los casos admitidos en hospitales se relacionan con sobredosis de drogas. Alrededor de la mitad de los hombres ingresados en hospitales por autolesiones y un cuarto de las mujeres, ha bebido alcohol durante las horas previas. Alrededor de un cuarto de las personas en tratamiento por autolesiones, ha intentado también suicidarse.

En relación a la edad de inicio generalmente es alrededor de los 13 ó 14 años (Favazza y Conterio, 1989; Lloyd-Richardson y Prinstein, 2007).

Según una investigación realizada por Klonsky, D. y Muehlenkamp, J. (2007) aproximadamente el 4% de los adultos se autolesionan (Brière y Gil, 1998; Klonsky, Oltmanns, y Turkheimer, 2003).

En Estados Unidos y Canadá, entre el 14-15 % de los adolescentes han presentado al menos un episodio de SI (Gindhu-Laye y Schonert-Reichl,

2005; Ross & Heath, 2002). Un número similar ha sido encontrado en una muestra de estudiantes universitarios (Gratz, 2001; Whitlock et al., 2006).

También un estudio sobre la SI (Whitlock, Purington, Eells, y Cummings, 2006) examina las características (prevalencia, método, edad de inicio, frecuencia) de la autolesión y factores de riesgo asociados en una muestra de estudiantes universitarios. Los resultados revelaron que un 11,68 % admitió que por lo menos una vez se autolesionaron y no se evidenció diferencia de género.

Las autolesiones se producen en aproximadamente el 20 % de los pacientes psiquiátricos adultos (Brière y Gil, 1998) y entre el 40-80 % de los pacientes psiquiátricos adolescentes (Darche, 1990; Di Clemente, Ponton, y Hartley, 1991; Nock y Prinstein, 2004).

En relación al origen étnico puede decirse que las tasas de autolesiones son más altas en los caucásicos que en los no caucásicos, una tendencia que se ha informado a través de poblaciones con trastornos psiquiátricos y forenses (Gratz, 2006; Guertin, Lloyd-Richardson, y Spirito, 2001; Jones, 1986; Maden, Chamberlain, y Gunn, 2000).

Otros estudios no han replicado este vínculo entre la etnicidad y la auto-lesión (Whitlock et al., 2006), aunque no se han encontrado hasta la fecha otros estudios que arrojen tasas más bajas en no caucásicos que en caucásicos.

#### 4. Posibles causas

#### 4.1 Características psicológicas

En relación a las posibles causas se ha relacionado, entre otras cosas, con las características psicológicas del selfinjured. La más importante es tal vez la emocionalidad negativa, como la depresión y la ansiedad (Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico, y Gibb, 2005; Gratz y Roemer, 2004; Klonsky et al., 2003). Puede servir también para expresar ira o disgusto, para influenciar sobre otros, buscar su ayuda o para resistir pensamientos suicidas (Klonsky D.; Muehlenkamp, J., 2007).

También otros estudios demuestran que las personas que se autoinfligen daños en piel al hacerlo obtienen el alivio de intensas emociones (Brière y Gil, 1998; D'Onofrio, 2007; Gratz y Roemer, 2004). Los individuos parecen emplear este método con el fin de regular las emociones, tales como la hostilidad y la ansiedad, aunque parece representar un alivio a corto plazo (Favazza y Conterio, 1989; Ross & Heath, 2002; Walsh, 2006).

Las personas que se cortan, a menudo sienten que tienen poco control sobre su vida. Quizás también crean que es inútil, inadecuado o inconveniente expresar enojo o tristeza de manera directa hacia una persona o respecto de una situación.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> “Cómo puedo ayudar a un amigo que se corta” [www.kidshealth.com](http://www.kidshealth.com)

Otra particularidad que presentan es el déficit en el manejo de la emoción. Además de evidenciarse una mayor presencia de emociones negativas las personas que se autoinfligen daños corporales muestran también dificultades para registrar sus emociones y son más propensos a tener problemas para expresarlas en comparación con los que no se autoinfligen daño (Gratz, 2006).

Dos estudios encontraron que estas personas son más propensas a experimentar disociación (Gratz et. al. 2002; Zlotnick et al., 1996). Asimismo, tienen dificultades para identificar y comprender sus emociones, son menos conscientes de las mismas en comparación a los que no se autoinfligen daños por lo cual se la ha relacionado con la alexitimia (Lundh, Karim, y Quilisch, 2007; Zlotnick et. al. 1996).

Además de evidenciar problemas con la emoción parecen particularmente propensos a ser autocríticos y tener intensas experiencias autodirigidas de ira o desagrado. Estas experiencias de ira son frecuentemente citadas como causas de autolesión (Klonsky, 2007; Herpertz et. al. 1997; Klonsky et al., 2003; Soloff et al., 1994) y, más recientemente, la baja autoestima (Lundh et al., 2007).

#### 4.2 Diagnóstico psiquiátrico

La manifestación del proceso autolesivo no implica la presencia de un determinado diagnóstico. Una abundante gama de investigaciones sugieren que dichas personas presentan diagnósticos heterogéneos con un amplio espectro de trastornos psicológicos (Klonsky et al., 2003; Nock et. al., 2006).

En el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Edition Revision (DSM-IV-TR; Asociación Psiquiátrica Americana, 2000), las auto-lesiones aparecen sólo una vez, como síntoma de un trastorno de la personalidad borderline. Este diagnóstico se caracteriza por una emocionalidad negativa y disregulación de la emoción (Muñoz, 1995; Mennin et al., 2005). En consecuencia, el vínculo entre este diagnóstico y la autolesión no es de extrañar porque ambos presentan emocionalidad negativa y dificultad para su regulación y manejo como principales características.

Otros diagnósticos también indican un aumento de la probabilidad de autolesión, por ejemplo, los síntomas depresivos y los trastornos de ansiedad (Andover et al., 2005; Klonsky et al., 2003; Ross & Heath, 2002).

También hay razones para creer que la auto-lesión a menudo co-ocurre con los trastornos de la alimentación tales como la bulimia y la anorexia. El modo desordenado de comer puede ser motivado por emociones negativas comparables a los que tienden a preceder la autolesión (Jeppson, Richards, Hardman y Granley, 2003; Mizes y Arbitell, 1991).

Una gran escala de estudios recientes de estudiantes universitarios encontró una correlación entre los síntomas de trastorno alimentario y la autolesión (Whitlock et al., 2006). Al mismo tiempo, no todos los estudios confirman este vínculo y la mayoría de los autoinjurers probablemente no tienen trastornos de la alimentación (Zlotnick et. al., 1999).

Las personas que sufren de trastornos de abuso de sustancias son más propensas a autolesionarse. En las autolesiones y en el abuso de

sustancias subyacen similares procesos psicológicos y ambos producen daño fisiológico (en el cuerpo).

Joiner (2005) teoriza diciendo que el uso de sustancias ayuda a las personas a habituarse al violento daño autoinfligido. Aunque no hay pruebas directas de esta explicación conceptual, sí las hay que los individuos que presentan abuso de sustancias se autolesionan más que los no usuarios de drogas (Langbehn Pfohl, 1993).

#### 4.3 Abuso sexual infantil

Algunas teorías afirman que debido a que algunos SI se les prohibió revelar la verdad acerca de abusos y/o maltratos vividos en la infancia, utilizan la automutilación como un modo de expresar al mundo el horror del abuso vivido. Refiere (R.P. Kluft, 1990)<sup>5</sup> que la automutilación y otras conductas autodestructivas son comunes en personas que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia, debido a las emociones intensas y desagradables que los recuerdos del abuso pueden llegar a producir, o bien como un modo de castigarse a sí mismas, por haber interiorizado una imagen negativa, con autodesprecio y baja autoestima.

Algunos profesionales de la salud mental dan por sentado que las personas que practican la SI han experimentado algún tipo de abuso de niños, especialmente abuso sexual infantil y que el abuso conduce al desarrollo de SI. Por ejemplo, Noll y colegas (2003) proponen que en las víctimas de abuso sexual infantil que se autolesionan "pueden ser reactualizados el abuso

---

<sup>5</sup> "Autolesiones: ¿por qué algunas personas se hieren a si mismas?" [www.cepvi.com](http://www.cepvi.com)

perpetrado en ellos” (p. 1467) y Cavanaugh describe la autolesión como una "manifestación de abuso sexual" (2002, p. 97).

Sin embargo, la investigación sugiere una relación más modesta. Una reciente revisión global, resultado de 43 estudios, encontró que la relación entre el abuso sexual infantil y la autolesión fue modesto (promedio ponderado acumulado  $\phi = .23$ ; Klonsky y Moyer, 2007).

También se llegó a la conclusión de que el abuso sexual infantil y la autolesión pueden estar asociados ya que se correlacionan con los mismos factores de riesgo psicológicos (Kraemer et al., 2001). En suma, aunque el abuso de los niños puede desempeñar un papel importante para la población de SI, muchos de los que han sido víctimas de malos tratos no se van a autolesionar, y muchos de los que se autolesionan no han sido objeto de abusos.

#### 4.4 Suicidio

Las conductas suicidas son diferentes a las que llevan a las autolesiones aunque comparten algunos factores de riesgo psicosocial (Muehlenkamp, 2005; Walsh, 2006). Las personas que se autolesionan no tienen necesariamente riesgo suicida, muchos de ellos nunca han intentado suicidarse ni tampoco tienen pensamientos suicidas.

Sin embargo, una parte considerable de la población SI (50 % de la comunidad, 70 % pacientes hospitalizados) ha intentado suicidarse al menos una vez (Muehlenkamp y Gutiérrez, 2007; Nock et al., 2006). Esta

investigación ha puesto en evidencia que dicha población manifiesta rechazo a la vida, mayor apatía, autocrítica exacerbada, menos conexiones familiares y menor temor al suicidio con el consecuente mayor riesgo suicida.

Los médicos han especulado mucho acerca de por qué las personas se autolesionan. Por ejemplo Klonsky (2007), como se dijo más arriba, refiere que la mayoría de las veces la autolesión es una estrategia para aliviar las intensas y abrumadoras emociones negativas tales como ira, ansiedad, frustración y tienden a estar presentes antes de producirse la autolesión y la misma es seguida, a menudo, por un sentimiento de alivio o tranquilidad. En esta investigación el autor expone las razones comunes que motivan la SI, por ejemplo, para liberar la presión emocional, para detener malos pensamientos o para manejar el estrés.

#### 4.5 Disociación

Algunas personas que se dañan a sí mismas a veces se sienten irreales o no sienten nada en absoluto. Estas experiencias pueden ser aterradoras y algunos sujetos pueden utilizar el autodaño para interrumpir estos episodios disociativos. El daño físico o la vista de la sangre pueden ayudar al self injurers a recuperar un sentido de sí mismo. Algunas razones manifestadas para realizar autolesiones se encuentran ligadas con las sensaciones, o sea, realizan el acto para sentir algo (incluso si se trata de dolor), o para sentirse reales (Klonsky, Muehlenkamp 2007).

#### 4.6 Autocastigo

Muchos autoinjureros identifican los motivos por los cuales se dañan con el autocastigo o la ira autodirigida. Este patrón es coherente con la baja autoestima en quienes se autolesionan (Klonsky et al., 2003; Lundh et al., 2007). Para estas personas la autolesión puede ser experimentada como familiar, como ego sintónica o autocalmante.

#### 4.7 Influencia interpersonal

En algunos casos, la autolesión puede ser una forma de vincularse con amigos. Algunas de las razones citadas que justifican la autolesión están ligadas a la búsqueda de atención, ayuda, apoyo y control de comportamiento en los demás. Asimismo es importante aclarar que algunas personas no son plenamente conscientes de que su autolesión es alentada o reforzada por sus efectos sobre los demás (Klonsky, Muehlenkamp 2007).

#### 4.8 La búsqueda de sensaciones

Algunos pueden usar una lesión como un medio para generar entusiasmo o regocijo, las razones dadas por algunos selfinjureros son las de tener una experiencia de alta intensidad o divertida. Si se realizan por esta razón, las autolesiones pueden ocurrir en torno a amigos o compañeros. En cambio, si se producen como consecuencia de autocastigo, antisuicidio o como producto de conductas disociativas es más probable que se realice en privado y se mantenga en secreto (Klonsky, D. Muehlenkamp, J., 2007).

#### 4.9 Límites interpersonales

Para algunas personas, las autolesiones se usan para afirmar límites. Marcar la piel, que separa a las personas del entorno puede ayudar a algunos a sentirse más independientes, autónomos o diferentes. Muchos describen la experiencia como algo que permite tener el control de sí mismos y sobre los otros, nadie más que ellos pueden tener el control (Klonsky, D, Muehlenkamp, J., 2007).

#### 4.10 Relación con la sexualidad

Algunos autores sugieren una relación entre una imagen corporal negativa y un aumento de síntomas de depresión e incidentes de SI (Muehlenkamp, Swanson y Brausch, 2005). Una de las áreas de estudio que está empezando a ser explorada es la posible relación con la sexualidad femenina (Alexander y Clare, 2004; McKay, Gavigan y Kulchycky, 2004; Skegg y Nada-Raja, 2003; Whitlock, et al., 2006). Muchos estudios encontraron que las personas con una historia de SI tenían más probabilidades de ser mujeres bisexuales o que se cuestionaban su orientación sexual (Whitlock, Powers, y Eckenrode, 2006). La relación entre la SI y la sexualidad fue respaldada por un estudio (Skegg y Nada-Raja, 2003) cuyos autores sugirieron que una de las razones de esta correlación es la creencia de que la misma atracción sexual puede considerarse como preocupante por algunas mujeres como consecuencia de entornos que no validan su identidad sexual. Esta falta de validación sexual y su posterior efecto sobre la SI también fue apoyada por un estudio cualitativo de dieciséis lesbianas o bisexuales con autolesiones. Estas mujeres informaron que sentían que no se les permitía expresar sus emociones sobre su sexualidad. Los investigadores también observaron que cuando se sienten diferentes o rechazadas a continuación se autolesionan (Alexander & Clare, 2004).

#### 4.11 La complejidad de las causas o multicausalidad

Muchos estudios han examinado las causas fundamentales de esta conducta y concluyen que se relaciona con diversos factores tales como la búsqueda de atención, abuso de sustancias, estados de depresión, violencia y abuso sexual como precursores (Linehan, 1993; Saxe, Chawla, & van der Kolk, 2002; Gratz, Conrad & Romer, 2002; Crouch y Wright, 2004; Denov, 2004; Nicholson, 2004; Nixon, Cloutier, y Aggarwal, 2007).

Scott Poland (2006)<sup>6</sup> refiere que es difícil la comprensión de este comportamiento para los adultos y que a menudo son muy críticos de las autolesiones. Estas son, por ejemplo, algunas de las razones que los estudiantes han compartido con este autor: que vierten en esta conducta la ira y la tensión y surge una inmediata liberación que se torna adictiva, que es una forma de castigarse a sí mismo y, por último, que el cuerpo expresa lo que las palabras no pueden decir. A su vez, este autor menciona múltiples explicaciones: biológica (debido a que a través del corte se produce la liberación de endorfinas); psicológica (porque este comportamiento a menudo es precipitado por una discusión con padres o amigos, o por una decepción o humillación, porque regula las emociones y también debido a que muchos autoinjures se avergüenzan de esta conducta y la ocultan); psicoanalítica, ya que es una forma de castigarse a sí mismo.

La literatura sobre las autolesiones se ha centrado históricamente en los factores de riesgo ambientales. Como tal, los investigadores han encontrado un vínculo entre el abuso sexual infantil y la aparición de este tipo de comportamiento en la adultez (Boudewyn y Llem, 1995), incluida la SI (Gratz, Conrad y Roemer, 2002; Zoroglu et al. 2003). El abuso físico en la

---

<sup>6</sup> “Autolesiones: ¿por qué algunas personas se hieren a si mismas?” [www.cepvi.com](http://www.cepvi.com)

niñez también ha sido sugerido por otros autores como un posible factor de riesgo (Carroll, Schafer, Spensley y Abamowitz, 1980).

Sin embargo, Gratz (2006) señala que los factores de riesgo pueden ser ambientales (por ejemplo, malos tratos en la infancia) o individuales (por ejemplo, las dificultades para la expresión de la emoción y su intensidad).

A partir de un estudio realizado en una universidad con una muestra de 133 estudiantes (89 mujeres, 44 hombres) Gratz y sus colegas (2002) informaron que el trauma infantil, la inseguridad, el descuido, así como los abusos físicos, sexuales y emocionales se correlacionaron significativamente con la frecuencia de SI medido por el número de incidentes de la vida. Además, indica que la salud materna y paterna, el abandono emocional, así como apego inseguro, predijeron significativamente SI en las mujeres, mientras que la separación del cuidador durante la infancia aumentó el SI previsto para los hombres.

Asimismo, este estudio realizado por Gratz y sus colegas (2002) es uno de los pocos estudios que examinaron el papel de la relación padre-hijo como un factor de riesgo. Los resultados revelaron que el abandono emocional y la calidad de los vínculos padres - niños fueron asociados con riesgo de SI en la edad adulta. Estos resultados señalan claramente la importancia de investigar tanto el trauma infantil (abuso físico o sexual) como la calidad del vínculo padre - hijo como factores de riesgo en las muestras de SI.

Posteriormente, Gratz (2006) amplió estas conclusiones anteriores con un número mayor de muestras de la mujer. En este estudio el autor llegó a la conclusión de que los malos tratos durante la infancia (un compuesto de

abuso sexual, físico y / o emocional, abandono o sobreprotección), afectan de manera positiva la intensidad / reactividad y la frecuencia de autolesiones en las mujeres. Si bien estos dos estudios sugieren un vínculo con el maltrato infantil, no está claro qué aspecto de los malos tratos está contribuyendo a tal efecto. Asimismo, ambos estudios utilizaron una muestra que se limita solo a los estudiantes de psicología. Además, la sustancial discrepancia en la prevalencia (38 % y 37 % respectivamente) en relación con otras muestras similares (por ejemplo, Favazza, De Rosear y Conterio, 1989; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006) sugiere que esta muestra no era plenamente representativa de los estudiantes universitarios.

Si bien estudios anteriores han documentado estos factores de riesgo, como los arriba expuestos, este es uno de los pocos que ha asignado un grupo de control con el fin de realizar una comparación precisa de la SI y la población en general. En relación con el grupo control, el grupo NSSI (*nonsuicidal self injury*) informa significativamente niveles más altos de emoción - disregulación, contextos menos seguros junto a los padres (o tutores), y más experiencias de trauma en la infancia y abuso.

Los participantes fueron reclutados para realizar un estudio sobre cómo los adultos jóvenes lidian con el estrés. Los estudiantes fueron informados verbalmente de que la finalidad del estudio era explorar a los adultos jóvenes en el uso de diversas estrategias de afrontamiento (tanto de buena como de mala adaptación). Este pequeño engaño tenía como fin evitar la estigmatización de NSSI como señaló Gratz (2006).

Se realizó a través de un inventario (DSHI) - auto-cuestionario - que reúne diecisiete temas, basados en comportamientos, que ha sido desarrollado por Gratz (2001) para evaluar los daños autoinfligidos

perjudiciales. El DSHI se realizó sobre la base de la definición conceptual de la NSSI expuesta más arriba.

También Ana Muñoz (1990) intenta esclarecer qué sucede en las personas que se dañan a sí mismas y cita a James Tighe, Raj Persaud y Richard P. Kluft, diciendo que tienen miedo de llegar a lastimar a alguien, así que vuelven su agresión hacia sí mismos buscando liberarse de ella. A veces se considera a estas personas como buscadoras de atención, o que se autolesionan porque creen que ésta es la única manera de comunicar o manejar malestar.<sup>7</sup>

Puede comenzar como manera repentina de dejar salir ira, frustración o autodesprecio hasta llegar a convertirse en un modo de hacer frente a los conflictos que, al seguir ocultos, suelen generar más malestar.

Refieren estos autores que la severidad de la lesión no depende de la gravedad de los problemas subyacentes. En general, con el tiempo, la persona se hace más tolerante al dolor que se inflige, de modo que tienen que hacerse un daño más severo para obtener la misma sensación de alivio. Esta espiral puede dar lugar a dolencias permanentes e infecciones serias.

Las formas más frecuentes, puntualizan, son los cortes en los brazos, las manos y las piernas, y menos comúnmente la cara, el abdomen, los pechos e incluso los órganos genitales.

---

<sup>7</sup> “Autolesiones: ¿por qué algunas personas se hieren a si mismas?” [www.cepvi.com](http://www.cepvi.com)

Muchas personas afirman que comenzaron a dañarse a sí mismas en la niñez, disfrazando los rasguños y moratones como accidentes y que progresaron hacia cortes y quemaduras más sistemáticas en la adolescencia.

Algunas personas que se cortan afirman que lo hacen porque se sienten muertas. Otras dicen que cortarse les genera una sensación momentánea de alivio ante un atroz vacío emocional. Otras veces las motiva una compulsión intensa de lastimarse. Cuando satisfacen el impulso de cortarse, sienten un alivio fugaz de la incontrolable tensión.

Por último, hacen referencia a otra teoría psicológica diciendo que todo comportamiento tiene consecuencias que lo están recompensando o castigando de algún modo, por ejemplo, lograr la atención de otra persona a través de la autolesión o castigarla de alguna manera por no haberla protegido de los abusos, por ejemplo.

Para finalizar, Nock, M.; Teper, R. y Hollander, M (2007) se refieren a las motivaciones de este comportamiento como multideterminado y que no puede ser explicado por un solo modelo. De un modo similar a Scott Poland (2006) sugieren varios factores que ayudan a explicar el desarrollo y mantenimiento de la autolesión, aspectos a tener en cuenta a la hora de comprender esta conducta: biológicos (por ejemplo, disfunciones serotoninérgicas), psicológicos (por ejemplo, la autocrítica), el medio ambiente (por ejemplo, los medios de comunicación social).

Proponen cuatro factores que determinan la autolesión: uno intrapersonal, por ejemplo, cuando surge la necesidad de sentir algo; factores que incluyen síntomas de trastorno de estrés posttraumático y de depresión mayor, por ejemplo, para deshacerse de sensaciones displacenteras o para

distraerse de malos pensamientos; factores que incluyen estados de desesperación y una historia de intentos de suicidio; factores sociales (interpersonales), por ejemplo, para obtener la atención de otros.

En relación a la teoría biológica<sup>8</sup> afirma que los cortes desencadenan la liberación de endorfinas en el cuerpo que crean adicción. Según la American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT) los cortes liberan rápidamente endorfinas al torrente sanguíneo provocando una sensación de relajamiento. Estas sustancias son opiáceos naturales, químicos producidos por el sistema nervioso que, como cualquier otra droga producen una sensación de bienestar y alivian el dolor, mientras dura el efecto.

Se considera así que estas personas han llegado a ser adictas a sus propias endorfinas, motivo por el que continúan cortándose repetidas veces. Pueden incluso sufrir una especie de síndrome de abstinencia si no se cortan durante un tiempo. Los medicamentos usados para tratar adictos a la heroína son eficaces con quienes se autolesionan, pero sólo en las personas que dicen tener una sensación similar a la producida tras tomar drogas después de cortarse.

Esta teoría biológica pone en evidencia algunos aspectos ya planteados por Freud (1930). Es así que desde un punto de vista psicoanalítico puede decirse que:

“...los métodos más interesantes de precaver el sufrimiento son los que procuran influir sobre el propio organismo. Es que al fin todo sufrimiento es sólo sensación, no subsiste sino mientras lo sentimos, y sólo lo sentimos a consecuencia de ciertos dispositivos de nuestro organismo.”

---

<sup>8</sup> “Autolesiones: ¿por qué algunas personas se hieren a si mismas?” [www.cepvi.com](http://www.cepvi.com)

“El método más tosco, pero también el más eficaz, para obtener ese influjo es el químico: la intoxicación. No creo que nadie haya penetrado su mecanismo, pero el hecho es que existen sustancias extrañas al cuerpo cuya presencia en la sangre y los tejidos nos procura sensaciones directamente placenteras, pero a la vez alteran de tal modo las condiciones de nuestra vida sensitiva que nos vuelven incapaces de recibir mociones de displacer. Ambos efectos no sólo son simultáneos; parecen ir estrechamente enlazados entre sí. Pero también dentro de nuestro quimismo propio deben de existir sustancias que provoquen parecidos efectos, pues conocemos al menos un estado patológico, el de la manía, en que se produce esa conducta como de alguien embriagado sin que se haya introducido el tóxico embriagador. Es muy de lamentar que este aspecto tóxico de los procesos anímicos haya escapado hasta ahora a la investigación científica... No sólo se les debe la ganancia inmediata de placer, sino una cuota de independencia, ardientemente anhelada, respecto del mundo exterior. Bien se sabe que con ayuda de los ‘quitapenas’ es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio que ofrece mejores condiciones de sensación. Es notorio que esa propiedad de los medios embriagadores determina justamente su carácter peligroso y dañino” (pág. 78).

## 5. Acerca de los tratamientos

Algunos trabajos han dedicado la investigación al estudio de los tratamientos psicológicos y su posible eficacia. Nock, M. y Teper, R. (2007) por ejemplo, centran su trabajo en la enseñanza de la regulación de la emoción y en las estrategias para aumentar la participación en el tratamiento.

La Terapia Conductual Dialéctica (DBT) es un tratamiento complejo que incluye diferentes enfoques tales como la terapia cognitiva y la terapia

centrada en el cliente (Linehan, 1993 para DBT para adultos y Miller, Rathus y Linehan, 2007, para DBT modificados para adolescentes).

Aunque la mayoría de los estudios sobre su eficacia se centran en los individuos con trastorno de la personalidad borderline y la reducción de los comportamientos suicidas algunos han señalado que la DBT también ayuda a reducir la incidencia de la autolesión (Turner, 2000). Sin embargo, la investigación también ha fracasado para encontrar diferencias en la reducción de la SI entre DBT y otros tratamientos (Linehan et al., 2006).

Lo que la investigación sugiere es que la DBT no necesariamente es más eficaz en la reducción de autolesiones que otros tratamientos, aunque sí lo fue en relación a los comportamientos suicidas. Sin embargo se necesita de una investigación adicional para identificar cuáles son los efectivos ingredientes por los cuales se obtiene la reducción de los mismos.

Durante el tratamiento se realiza una evaluación exhaustiva de los trastornos mentales y los problemas de comportamiento y se los mide de forma continua utilizando una tarjeta o agenda diaria de autolesiones, uso de alcohol y de otras sustancias, la frecuencia y la intensidad de los pensamientos (Miller et al., 2007). Esta es llevada cada semana al tratamiento para ser revisada con el médico. El clínico de la DBT ayuda así a identificar los antecedentes y las consecuencias de las autolesiones a fin de que puedan comprender mejor sus comportamientos y ser capaces de modificarlos.

Aunque muchos aspectos de la DBT proceden directamente de la terapia de conducta y en el cambio de comportamiento, la DBT también incluye un énfasis en la aceptación. El equilibrio entre el cambio y la aceptación es un elemento central de la DBT. De hecho, el término dialéctica se refiere a un enfoque filosófico en el que la verdad se obtiene mediante la combinación de los puntos contradictorios (tesis y antítesis) hacia una nueva síntesis.

La aceptación es especialmente valiosa en el caso de las autolesiones, a menudo motivadas por la incapacidad de tolerar pensamientos

y sentimientos a fin de aprender a aceptar y tolerar una experiencia o circunstancias actuales en lugar de tratar de cambiarlas. Este énfasis de la DBT se asemeja a los métodos utilizados en otros tratamientos en los que el médico contribuye a que el paciente pueda tolerar determinados estímulos, lo que evita la necesidad de escapar o de evitarlos, lo que llevaría, dicen, a comportamientos tales como autolesiones, intentos de suicidio, uso de sustancias o agorafobia.

El tratamiento DBT ambulatorio de los adolescentes desarrollado por Miller y sus colegas (2007) transcurre en un periodo de dieciséis semanas, que es significativamente más corto que el de un año (período recomendado para adultos). Inclusive está siendo evaluada una versión más corta en un programa de tratamiento en el cual los adolescentes participan en forma intensiva en grupos de cuatro horas al día, cinco veces por semana durante un mes. Esta versión más intensa se desarrolló como una opción de tratamiento para adolescentes en riesgo particularmente alto de suicidio y otras conductas peligrosas, sobre todo durante el período inmediatamente posterior a una internación.

En todas las formas de DBT, los clientes tienen acceso a su médico para realizar consultas telefónicas y recibir entrenamiento fuera de los períodos de sesiones. Esto es de incalculable valor para el tratamiento de las crisis que puedan surgir y también ayuda a los adolescentes a aprender a utilizar herramientas cuando realmente las necesitan.

También generan y practican comportamientos alternativos como un medio para la regulación de la emoción y la comunicación con los demás. Por ejemplo, sugieren que el ejercicio aeróbico puede ser eficaz para disminuir la autolesión (Wallenstein y Nock, 2007).

Sin embargo, algunos comportamientos interfieren los comienzos del tratamiento, tales como la falta de colaboración, por ejemplo, decir de manera reiterada "no me importa" o permanecer en silencio largos periodos de la sesión.

Scott Poland (2006) dice que las escuelas deberían aumentar su sensibilidad frente a estas conductas, sugiere que cuando los maestros vean a un estudiante con marcas y / o vendas, investiguen de manera privada o refieran al estudiante a una enfermera o a un consejero.

Estos últimos pueden formar, dice, una asociación de apoyo cuyo objetivo no sería detener inmediatamente el comportamiento sino reconocer la lucha y ayudar a disminuir la conducta. Asimismo previene como un aspecto muy importante a tener en cuenta, no prometer que se mantendrá en secreto este comportamiento a los padres. El brindarles esta información es de suma importancia para obtener su apoyo y comprensión.

La forma más común de tratamiento es prescribir antidepresivos, sin embargo, no todos los que se cortan están deprimidos. Refiere este autor (Poland, 2006) que son más prometedores los tratamientos dialécticos del comportamiento debido a su intensidad ya que como requisito solicitan al paciente, como se explicó más arriba, mantener una revista de los acontecimientos que desencadenan el impulso y el terapeuta está a disposición durante la semana.

Algunos jóvenes han encontrado estrategias útiles que sustituyen esta conducta y los distrae de la necesidad imperiosa de cortarse. Es importante que las enfermeras y consejeros sean concientes de la importancia de estas estrategias y las incluyan como métodos de ayuda. Por ejemplo, la escritura con marcador rojo sobre la piel o sobre papel, el cepillado del cabello o los dientes una y otra vez o chupar caramelos.

Enfermeras y consejeros pueden ayudar de este modo a desarrollar estrategias de sustitución para reducir la incidencia de la autolesión. Los administradores pueden formar un grupo de trabajo y de investigación de este comportamiento y desarrollar las directrices locales para la educación, intervención y notificación a los padres.

Muchas psicoterapias utilizadas para el tratamiento de autolesiones fueron desarrolladas inicialmente para tratar los trastornos mentales y otros problemas asociados con la autolesión como, por ejemplo, el trastorno límite de la personalidad o la depresión.

Aunque cada uno de los tratamientos tales como la terapia cognitivo conductual, la dialéctica, tienen características específicas que los diferencian, también comparten algunas técnicas como el uso de evaluaciones y de intervenciones conductuales como, por ejemplo, la programación de la actividad.

Debido a que estos elementos parecen ser compartidos por todas estas terapias es posible que representen el núcleo de los mecanismos de cambio que deben incorporarse en cualquier tratamiento de autolesión.

Las Terapias Psicodinámicas también han comenzado a mostrar evidencia empírica de su eficacia en la reducción de autolesión (Bateman y Fonagy, 2001; Moneen, Woodland, Faugli, Daae, y Eilertsen, 1995; Ryle, 2004).

A través de ellas parecen lograrse transformaciones, creación de nuevas y positivas relaciones interpersonales, aumento de la conciencia y expresión de los afectos y el desarrollo de la propia imagen. Sin embargo, no hay hasta la fecha estudios realizados que hayan tratado de identificar los principales mecanismos de cambio terapéutico y su dinámica dentro del tratamiento de la autolesión.

En relación a la investigación sobre las terapias psicodinámicas puede decirse que ha informado de mejoras significativas (Korner, Gerull, Mears y Stevenson, 2006). Estas mejoras se mantuvieron entre uno y cinco años de seguimiento. Moneen y colegas (1995) informaron de importantes cambios positivos en las relaciones psicosociales que se asocian típicamente con autolesiones, aunque no específicamente sobre el informe de SI.

Similares resultados fueron obtenidos por Bateman y Fonagy (2001), quienes informaron que las reducciones significativas en los intentos de suicidio y lesiones se mantuvieron dieciocho meses pos-tratamiento, junto con mejoras en la depresión y los síntomas ansiosos, las relaciones interpersonales y, en general, los niveles de angustia.

La terapia cognitivo- analítica (Ryle, 2004), que combina dinámica y terapias cognitivas también ha documentado el éxito en la reducción de autolesiones, la mejora general psicosocial entre los individuos con trastorno de la personalidad borderline (Martens, 2006) y, por último, las psicoterapias de apoyo que hacen hincapié sobre la base de fortalezas personales y la mejora de la autoestima han demostrado apoyo preliminar para la reducción de SI y síntomas borderline (Aviram, Hellerstein, Gerson y Stanley, 2004).

En relación a la farmacoterapia hasta la fecha, no se han conocido estudios que evalúen la eficacia de los diferentes medicamentos en la reducción de autolesiones. Sin embargo, hay investigaciones que documentan la utilidad de la farmacoterapia para la reducción de muchos de los síntomas de los trastornos mentales que co-producen el de las autolesiones, tales como la depresión y la ansiedad (por ejemplo, Bridge et al., 2007).

En síntesis, la autolesión es un comportamiento complejo, heterogéneo en su presentación, características y funciones. Como resultado de ello, muchos médicos están perplejos e inciertos acerca de la mejor manera de proceder en el tratamiento de esta conducta. Sobre la base de las investigaciones, se llega a la conclusión de que un modo prometedor de abordar la psicoterapia con un autoinjurer es entendiendo el comportamiento a partir de la perspectiva del cliente.

En consecuencia, la realización de un análisis cuidadoso de los síntomas psiquiátricos que subyacen a las autolesiones y de la dinámica interpersonal puede proporcionar una guía esclarecedora para el tratamiento.

Una vez que se identifican las características específicas de las autolesiones, los médicos pueden recurrir a las pruebas basadas en las relaciones y los tratamientos antes señalados.

La clave para tratar eficazmente la SI, según refieren estas investigaciones, se encuentra entonces en la capacidad del clínico de establecer una relación empática con su cliente y ser flexible en la adaptación de los tratamientos apoyado en un individualizado enfoque multimodal.

## 6. Técnicas

Algunas de las técnicas sugeridas por diferentes autores<sup>9</sup> son hablar sobre el tema, contárselo a alguien, salir a caminar con un amigo, romper en pedazos periódicos viejos, escuchar música fuerte y bailar o encontrar alguna otra distracción o válvula de escape para canalizar sus sentimientos. Estas estrategias no reemplazan la ayuda de un tratamiento con un profesional, dicen, pero posiblemente resulten útiles en el corto plazo.

Asimismo parecen de suma importancia, señalan, los procesos empáticos tales como: "sé que tus sentimientos deben resultarte abrumadores algunas veces. Has tenido que atravesar situaciones difíciles. No es de extrañar que sientas dolor. Deseo ayudarte a encontrar una manera de afrontar estas situaciones y no te sigas haciendo daño". A su vez, alertan sobre lo perjudicial que puede resultar no tomar en serio el dolor de alguien que se corta. Por ejemplo: "pero tú tienes una vida maravillosa", o "las cosas no son tan malas como parecen", es probable que la persona sienta que no se le está dando importancia a su problema.

---

<sup>9</sup> Véase "Autolesiones: ¿por qué algunas personas se hieren a si mismas?" [www.cepvi.com](http://www.cepvi.com) y "Cómo puedo ayudar a un amigo que se corta" [www.kidshealth.com](http://www.kidshealth.com)

Por último, para finalizar, se detallarán algunas de las técnicas que estos autores proponen para reducir el riesgo de las lesiones:

I. Parar e intentar descubrir qué tendría que cambiar para no sentir más el deseo de dañarse.

II.- Contar hacia atrás empezando desde el diez.

III.- Buscar cinco cosas alrededor, una para cada sentido, para dirigir la atención hacia ellas y hacia el presente.

IV.- Respirar lentamente. Inspirar profundamente por la nariz y expulsar el aire por la boca.

Proponen que si perdura aún la necesidad de dañarse puede intentarse lo siguiente:

V.- Pintar una línea usando témpera y los propios dedos o dibujar con marcador rojo en la parte del cuerpo donde querían cortarse.

VI.- Utilizar un saco como los de boxeo para golpear.

VII.- Hacer flexiones rápidas, saltar a la soga o cualquier otro tipo de ejercicio físico intenso.

VIII.- Gritar (aunque sea un grito silencioso).

IX.- Frotarse con hielo en la zona donde se siente el deseo de lesionarse. Muchos coinciden en los beneficios de esta técnica. Algunas personas sienten que el impulso de lastimarse desaparece también si aprietan un cubo de hielo contra la palma de la mano con fuerza, dicen que provoca la misma sensación en la piel que la producida por los cortes.

X.- Abrir cualquier libro al azar y empezar a leerlo en voz alta, o tener preparado un libro concreto para estos casos, un poema o algo que se haya escrito especialmente para leer en estos momentos. Si se profesa alguna religión puede recitarse una oración.

XI.- Empujar con fuerza la pared, como si se quisiera desplazarla o echarla abajo (pero sin golpear, sólo empujar). O bien tirar de un objeto muy pesado, tratando de arrastrarlo.

Estas son estrategias, refieren, para utilizar justo en el momento en que surgen los deseos de dañarse. Proponen que luego pueden utilizarse otras estrategias:

XII.- Buscar la ayuda de un psicólogo.

XIII.- Analizar con detalle qué es lo que lleva a tener esos sentimientos, qué pensamientos, situaciones o emociones concretas; qué sucedió justo antes de que surja el deseo de dañarse.

XIV.- Llevar un diario donde se puedan anotar los pensamientos, emociones y sucesos del día. Sugieren centrarse más en los aspectos positivos de la vida y escribir los negativos desde una perspectiva de búsqueda de soluciones, preguntándose si es posible aportar algo bueno a la larga, cómo puede utilizarse el suceso para crecer, etc.

También sugieren encontrar recursos y alternativas diferentes, como buenos libros o recurrir a los grupos de ayuda en línea para adolescentes que se lastiman a sí mismos. Sin embargo, alertan del cuidado que debe tenerse de algunos sitios Web destinados a personas que se cortan ya que ofrecen consejos útiles sobre cómo resistir estos impulsos, pero las historias o las imágenes que aportan estas personas tal vez originen el impulso de cortarse en aquellos que las leen o las miran. Y algunos sitios fomentan una sensación de hermandad o solidaridad entre las personas que se cortan, lo que podría frenar el deseo de la persona de buscar ayuda.

En ocasiones, cortarse deriva en heridas graves o en la muerte, incluso cuando el suicidio no sea el objetivo a consecuencia de serias

infecciones si no reciben tratamiento de inmediato. Pueden también entrar en estado de shock (por la pérdida de sangre).

Señalan también que muchas personas caen en comportamientos que son dañinos para sí mismas, como fumar o beber en exceso. Pero la diferencia principal entre estos comportamientos y el de alguien que corta repetidamente sus brazos, refieren, es que la gente no fuma con la intención de dañarse. El daño es un efecto secundario desafortunado, y la razón por la que fuman es el placer, en cambio, quienes se cortan proponen lastimarse.

En suma, se desarrollaron hasta aquí diversos aspectos contemplados por diferentes investigadores que giran en torno a la pregunta de investigación. Se describieron los orígenes de la práctica autolesivas, se definió qué es lo que se entiende por autolesión en piel, se detallaron las estadísticas que evidencian el estado actual de dicha problemática, se especificaron las posibles causas asociadas (las características psicológicas del que se daña, su relación con el diagnóstico psiquiátrico, con abusos sexuales infantiles, con intentos de suicidio, con la disociación, el autocastigo, la influencia interpersonal, con la búsqueda de sensaciones, con los límites interpersonales y con la sexualidad, al fin, se presentó la propuesta de algunos autores de una complejidad de las causas o multicausalidad). Por último, se puntualizaron los distintos tratamientos propuestos y las técnicas sugeridas.

## 7. Apertura de interrogantes

Una vez realizado este recorrido por el estado actual de la bibliografía que investiga la temática en cuestión, cabe ahora la pregunta por los aspectos que no parecen haber sido trabajados hasta ahora, ligados a la metapsicología y a la producción de subjetividad en los sujetos que se autoinfligen cortes en piel. De este modo se llega a la pregunta que origina esta

investigación, indagación que se tratará de analizar a través de conceptos psicoanalíticos, como las pulsiones y las defensas (y su estado) constitutivas del psiquismo, a través de un método construido para tal fin con fundamentos del psicoanálisis, ADL, o algoritmo David Liberman.

## **Marco teórico**

### 1.1 Introducción

El desarrollo de este estudio se basa en la teoría psicoanalítica, en particular en la metapsicología freudiana, que es, a su vez, el fundamento teórico del método que se utilizará para el análisis de la clínica. Se partirá de la teoría freudiana de la producción de las manifestaciones, como un indicio de la estructura del preconciente en la que se hace notoria la eficacia de las fijaciones pulsionales y las defensas.

Se comenzará en primera instancia con el desarrollo de uno de los dos pilares de la teoría psicoanalítica, el concepto de pulsión y los diversos tipos de pulsión según los momentos evolutivos. Luego se especificará otro de los conceptos claves del psicoanálisis, las defensas (sus estados, sus diferentes clases y yoes que las ejecutan).

### 1.2 Pulsiones

Freud, S. (1905) define a la pulsión, por un lado, como “la agencia representante psíquica de una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir [...] uno de los conceptos del deslinde de lo anímico respecto de lo corporal” (pág. 168); “un concepto fronterizo de lo somático respecto de lo

anímico [...] el representante psíquico de poderes orgánicos” (1911, pág. 74); “un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma” (1915, pág. 117). O sea, definiciones que conciben a la pulsión misma como el representante psíquico de fuerzas somáticas. Por otro lado, en artículos posteriores, parece trazar una distinción entre la pulsión y su representante psíquico. Por ejemplo, al decir que una pulsión “nunca puede pasar a ser objeto de la conciencia; sólo puede serlo la representación que es su representante. Ahora bien, tampoco en el interior de lo inconciente puede estar representada si no es por la representación [...] Entonces, cada vez que pese a eso hablamos de una moción pulsional inconciente o de la moción pulsional reprimida, no [...] podemos aludir sino a una moción pulsional cuya agencia representante-representación es inconciente” (1915, pág. 173). Asimismo, en 1915 refiere que la agencia representante psíquica (agencia representante-representación) de la pulsión “persiste inmutable y la pulsión sigue ligada a ella” (pág. 147) y más adelante agrega que es “una representación o un grupo de representaciones investidas desde la pulsión con un determinado monto de energía psíquica (libido, interés) [...] junto a la representación interviene algo diverso, algo que representa a la pulsión”. En consecuencia, la pulsión ya no es considerada como agencia representante psíquica de mociones somáticas, sino como no psíquica en sí misma predominando con posterioridad este segundo punto de vista.

Cabe aclarar, asimismo, el distingo que realiza entre la pulsión y el estímulo. En 1895 diferencia las excitaciones “exógenas” y las “endógenas” (pág. 112), diciendo que éstas últimas son estímulos que “provienen de células del cuerpo y producen las grandes necesidades: el hambre, la respiración y la sexualidad” (pág. 297), conceptos que dieron lugar, luego, a los conceptos de pulsión, que actúa como una fuerza constante a diferencia del estímulo que opera “de un solo golpe.” (1915, pág. 114).

La implicancia de este concepto en la clínica condujo a Freud a la complejización del mismo a lo largo de su trabajo teórico diferenciando las

pulsiones sexuales, de autoconservación, narcisista, de objeto, de muerte (1895, 1915, 1917, 1920, 1923, 1930).

Freud describió las pulsiones oral primaria, oral secundaria, anal primaria, anal secundaria, fálico uretral y fálico genital. Maldavsky (1992, 1994, 1996) agregó a este conjunto la libido intrasomática siguiendo los lineamientos que Freud (1926) dejó abiertos en el siguiente párrafo:

“Así, es probable que en el curso del nacimiento la inervación dirigida a los órganos de la respiración preparara la actividad de los pulmones, y la aceleración del ritmo cardíaco previniera el envenenamiento de la sangre” (pág. 127).

Se comenzará ahora entonces el desarrollo de las diferentes pulsiones descritas.

### 1.2.1 Libido intrasomática

Desde un punto de vista psicoanalítico puede entenderse al cuerpo de diferentes modos según se lo relacione con la eficacia de la palabra y la fantasía (como en las histerias), con la imagen (como en las perversiones), o con los asuntos económicos cuando se lo liga con los procesos pulsionales y se lo describe, desde un punto de vista metapsicológico, como fuente y primer objeto pulsional. Esta teoría concibe al cuerpo “como lugar de generación, circulación, concentración, distribución, neutralización, retención, liberación y eventual depositación de los procesos pulsionales” (Maldavsky, 1992, pág. 281). Un cuerpo compuesto por un conjunto de células afines pero diferentes que crean una tensión vital que hace de obstáculo a la tendencia igualadora de la pulsión de muerte haciendo que lo tóxico expulsado por un grupo de células se transforme en nutriente para otro (Freud, 1890).

En 1920 complejiza esta primera hipótesis de la alianza intercelular antitóxica, cuando se pregunta cómo es que lo vivo se opuso a la tendencia interna a retornar al estado inorgánico. Postula entonces la hipótesis referida a la articulación entre elementos químicos diferentes pero afines que generan

tensión vital. Cada célula o un grupo de ellas neutralizan su tendencia autointoxicante a través de la unión con otras diferentes pero químicamente afines aumentando de este modo su vitalidad. De esta manera transforma lo tóxico en trófico y, a la vez, se crea una alianza por complejización que permite generar una tensión vital opuesta a la tendencia a la inercia que caracteriza a la pulsión de muerte. Afirma, entonces, que para sobrevivir y multiplicarse se combina con una sustancia diferente pero a fin, si esto no ocurre la célula muere por razones internas, por la imperfecta eliminación de sus propios residuos.

“Abandonado a sí mismo, entonces, el infusorio muere de muerte natural por la imperfecta eliminación de sus propios productos metabólicos; pero quizá todos los animales superiores mueran, en el fondo, por esa misma incapacidad” (pág. 47-8).

En el mismo texto añade otras dos hipótesis ligadas a la vitalidad pulsional. Una responde a la pregunta por el motivo por el cual lo vivo resistió a los embates de las incitaciones exógenas, más poderosas que las endógenas, y por ello imposibles de procesar sin desorganizar la propia estructura, o sea, cómo lo vivo no fue aniquilado por los embates del mundo exterior cargado con energías más potentes. Postula entonces la existencia de un segundo grupo de células que forman una coraza protectora contra los estímulos, que surge cuando la “superficie más externa deja de tener la estructura propia de la materia viva, se vuelve inorgánica” (pág. 27), con el fin de filtrar los estímulos provenientes del exterior y preservar la vitalidad. Describe esta formación como una coraza que se forma al quedar calcinada la superficie del cuerpo por lo cual se vuelve no excitable. La muerte de cierta parte del cuerpo que da lugar a la formación de la coraza protectora contra los estímulos, con el fin de preservar el resto, resulta así acorde a fines.

Esta serie de interrogantes lo lleva a preguntarse también cómo lo vivo se perpetuó a lo largo del tiempo formulando, de esta manera, una tercera hipótesis acerca de un grupo de células, plasma germinal, que se aman a sí

mismas, preservan su energía y aspiran a la unión con otras afines pero diversas en un cuerpo diferente, con el fin de reproducir ejemplares idénticos.

“Así, estas células germinales laboran en contra del fenecimiento de la sustancia viva y saben conquistarle lo que no puede menos que aparecérsenos como su inmortalidad potencial, aunque quizá sólo implique una prolongación del camino hasta la muerte. Nos resulta en extremo significativo el hecho de que es la fusión de la célula germinal con otra, semejante a ella y no obstante diversa, lo que la potencia para esta operación o, aún más, se la posibilita.” (pág. 40)

Maldavsky (1992) agrega a este grupo de hipótesis otras dos relacionadas con la formación de corazas protectoras: una, de carácter químico, se constituye a partir del trabajo de ciertas sustancias en el interior del organismo con el fin de preservarlo estableciendo las defensas inmunitarias; describe “la eficacia de otro conjunto de células, que aunque no hacen de coraza de protección antiestímulo tienen una función equivalente: vigilar la intrusión de elementos extraños al sistema, reconocerlos como tales y aniquilarlos, como podríamos decir respecto de los procesos inmunitarios” (pág. 280). La otra interviene como freno de la intrusión afectiva del contexto a través de una desafectivización funcional, o sea, es también acorde a fines.

Siguiendo con los momentos iniciales, lógicamente más elementales de la estructuración del psiquismo, se continuará ahora con los parámetros propuestos en relación a los dos conceptos pilares del psicoanálisis. Puede decirse que prevalecen en el plano de la sexualidad, la libido intrasomática, y en el plano anímico, el yo real primitivo.

Freud considera la diferencia entre los diversos yoes a partir de cuatro teorías: la de las identificaciones, representaciones, afectos y funciones (1915, 1917, 1923, 1925). Partiendo de esta última puede decirse que el yo de realidad inicial se orienta en el mundo diferenciando los estímulos de los cuales puede fugar (mediante el mecanismo de fuga de la percepción) de los estímulos de los cuales no lo logra. El organismo inerte, en el cual todavía

sólo existen neuronas y cantidad (Freud, 1950), se procura mediante las percepciones una primera orientación en el mundo. Reconoce de este modo un adentro y un afuera, la exterioridad en los momentos iniciales resulta indiferente a diferencia de la incitación endógena (pulsional) reconocida por el fracaso de la fuga adquiriendo así mayor relevancia para la economía psíquica y la complejización de la estructura inicial. Es importante destacar, sin embargo, que si bien la sensorialidad está inicialmente desinvertida se produce un enlace con el contexto a través, por ejemplo, de los contagios afectivos y la telepatía.

En síntesis, es posible cancelar los estímulos exógenos mediante el alejamiento de la fuente estimulante, la sensorialidad inicialmente no recibe investidura, o sea, resulta indiferente, en cambio, los estímulos internos sí reciben una investidura de carácter creciente. La función primordial del yo real primitivo es diferenciar las incitaciones exógenas (estímulos discontinuos), de las cuales es posible fugar, de las endógenas o pulsionales (estímulos constantes) frente a las cuales la tentativa de fuga motriz resulta imposible.

La conciencia inicial capta dichas tensiones endógenas y percibe sus variaciones cuantitativas bajo la forma de los afectos. Estos se constituyen así como la primera cualidad, lo primero nuevo. Como contenido de conciencia contrapone al ello un yo, que comienza siendo percepción del ello, función que adquiere importancia en el procesamiento anímico inicial de la libido ya que su fracaso conlleva a la dificultad para captar la vitalidad de los propios procesos pulsionales.

Esta primera categorización que realiza el yo, la diferenciación de los estímulos provenientes del exterior de los que provienen del interior, la realiza siguiendo el principio de constancia en el intento de mantener una tensión diferente de cero (principio de inercia), proceso denominado por Freud como homeostasis y por Waddington (1957) y Maldavsky (1986) como homeorresis (homeostasis con cierta dirección).

Un estímulo externo determinado puede desaparecer entonces mediante una acción muscular que posibilita la fuga, también otras acciones como el berreo permiten que un estímulo externo como el pecho aparezca (Freud, 1930). O sea, el estímulo pulsional requiere acciones y reacciones específicas para su tramitación mientras que el perceptual puede ser eliminado o recuperado mediante una acción.

La formación del yo real primitivo atraviesa diferentes momentos, en un comienzo intenta expulsar todo estímulo fuera del sistema neuronal y luego pretende eliminarlos mediante la fuga. El fracaso de este recurso lleva a que los estímulos pulsionales, vueltos dolorosos, reciban una primera investidura. Finalmente, se articulan ciertas investiduras de órgano con un equilibrio recíproco y se constituye la primera estructura psíquica que intenta aliviar la tensión pulsional mediante una alteración interna más que la acción específica.

Las acciones que en un comienzo eran ejercidas por otro surgen luego en el yo de realidad inicial. Entre ellas se encuentran el desarrollo de la coraza protectora contra los estímulos mundanos y una sobreinvestidura de los estímulos pulsionales. Estos últimos, endógenos, se vuelven concientes como afectos. Estos se constituyen así como la primera transmutación anímica de los procesos pulsionales, el primer lenguaje del erotismo, contenido primordial de la propia conciencia y del intercambio con los otros.

Deben constituirse las corazas protectoras hasta aquí descritas y establecerse los ritmos primordiales entre los procesos pulsionales y contextuales, como los ritmos circadianos, para que el afecto pueda surgir como conciencia del ello y el estado de sopor sea sustituido por la posibilidad de conciliar el sueño y el dormir. Como se dijo antes, Freud (1915) decía que durante el desarrollo del yo real primitivo los estímulos exógenos ante los cuales puede huir resultan indiferentes. Maldavsky (1992) refiere que dichos estímulos (no diferenciados ni investidos) son los que configuran el contexto, complemento necesario de la coraza protectora contra los estímulos. Por contexto se entiende entonces la captación de ritmos mundanos, primera

consecuencia de una investidura de lo sensible, indiferenciado, pero no totalmente indiferente.

Las funciones del yo real primitivo ligadas a la conciencia primordial se relacionan con los afectos y las percepciones provenientes de diferentes exteriores: la pulsión, el contexto, el cuerpo. En relación a estas últimas, es importante destacar las intrasomáticas, en particular, las dolorosas, ya que de ellas derivan las representaciones - órgano y, de su articulación, una rudimentaria representación - cuerpo.

Cabe agregar otras dos funciones específicas de este yo de realidad inicial, una corresponde a los diferentes desempeños motrices auto y aloplásticos como la alteración interna (Freud, 1950) y, a los movimientos anímicos, actos puramente internos como los procesos proyectivos, introyectivos e identificatorios.

Freud (1926) define al afecto en términos descriptivos al decir que está constituido por tres elementos: la descarga, la percepción de la descarga y el matiz afectivo siendo este último común a todos los afectos mientras que la descarga y su percepción faltan en el dolor. Cuando los factores cuantitativos son hiperintensos y desbordan el sistema neuronal y la conciencia, o sea, cuando ésta queda arrasada por un estímulo desbordante (como en el caso del dolor orgánico), no puede desarrollarse el matiz afectivo ya que la conciencia sólo capta diferencias.

En términos metapsicológicos (1926) lo define como reediciones de vivencias preindividuales, como los ataques histéricos universales, o sea, anteriores a la constitución del yo como casquete superficial del ello (Freud, 1923) gracias a la sobreinvestidura de la sensorialidad. En estos comienzos el yo es pasivo, es sólo conciencia del ello, su actividad sólo consiste en expresarse como cualidad en los afectos. Los afectos iniciales son conversiones directas de la libido, sin mediación anímica, son neoformaciones automáticas (Freud, 1926), lo primero nuevo, primera diferencia de la pura cantidad. A diferencia de ellos, los desarrollos de afecto son reproducciones,

como los ataques histéricos individuales, conversiones orgánicas de la libido que suponen dos requisitos: que de todo el proceso cuantitativo inicial se toma sólo el matiz (la parte por el todo) y el hacerse a sí mismo lo padecido (identificación). Estos desarrollos de afecto se reproducen así como advertencias dirigidas al interior de lo anímico, o sea, un yo señala a otro yo determinado peligro, a través de la captación del matiz afectivo. Maldavsky lo define como “un acto puramente interno caracterizado por un desprendimiento de libido narcisista, que promueve efectos intracorporales, cuantitativos, y que es también susceptible de conciencia” (Maldavsky, 1992, pág. 132-3).

El yo, sede de los afectos (Freud, 1923), los sufre en los inicios de modo pasivo cuando se le presentan de modo automático, tóxico, luego los genera para otro yo como reproducciones tendientes a generar respuestas defensivas. El yo que emite las señales es el yo real primitivo, el que las recibe en un comienzo es el yo placer purificado y, más adelante, el yo real definitivo.

El afecto, así como la pulsión, tiene un fragmento orgánico, cuantitativo, por lo cual se presenta también como exigencia de trabajo para lo anímico. Este componente orgánico se relaciona con la modificación intrasomática que lleva a procesos vasomotores y secretores, o sea, a una alteración interna a partir de la puesta en marcha de un conjunto de neuronas - llave. Se diferencia de la pulsión, debido a que el afecto deriva de ella, se constituye como una transmudación de la libido a partir de un acto psíquico con el fin de aligerar la tensión pulsional generando nuevos problemas para lo anímico sobre todo al hacerse evidente el displacer. Asimismo, mientras la pulsión como elemento meramente cuantitativo no puede acceder a la conciencia, el afecto se instaura como representante psíquico de aquella (el primordial, inicial) al constituirse como cualidad de la cantidad y, en consecuencia, es susceptible de conciencia.

El afecto, como el deseo, es un acto psíquico puramente interno a diferencia de las percepciones y las vivencias. Sin embargo, mientras los afectos llegan a la conciencia por sí mismos cuando se desarrolla un amago, un planteo de sentimiento, los deseos o pensamientos inconcientes requieren

de la proyección o del preconciente para acceder a ella. Asimismo, mientras que el deseo se desplaza de una representación a otra a través del preconciente o la proyección en el afecto la libido sólo se desprende, o sea, en todos los afectos se produce una descarga intrasomática (Freud, 1926) salvo en el dolor en el cual surge una hemorragia interna. Como consecuencia de esta descarga se produce una transmudación de la libido que no solo la hace inutilizable para el trabajo anímico sino que, además, lo exige multiplicado. Maldavsky (1986) conjetura, a partir de los textos de Freud, que se trata de libido narcisista debido a lo cual el yo pierde cada vez más la investidura disponible a medida que aumenta la intensidad de los afectos, sobre todo los displacenteros.

Por otro lado, tanto el afecto como la percepción son contenidos de conciencia. Sin embargo, si bien ambos tienen el rasgo de la cualidad uno y otro derivan de procesos cuantitativos diferentes (Freud, 1950). El afecto proviene del procesamiento de las variaciones cuantitativas pulsionales mientras que la sensorialidad deriva del procesamiento de las frecuencias cuantitativas mundanas y las percepciones corporales. Asimismo, la sensorialidad sólo puede constituirse como tal si el afecto no invade la conciencia ni es nulo, o sea, que la percepción “es sobre todo una traducción sensorial (por proyección) de los procesos de sentimiento” (Maldavsky, 1992, pág. 132).

Los estados afectivos se constituyen como el contenido primordial de la conciencia, expresan los procesos pulsionales, sobre todo, la libido. Como ya se dijo, es la primera formación psíquica, lo primero nuevo o neoformación (Freud, 1926) que se constituye como creación de una mayor complejización en el seno de Eros y como una salida de la hegemonía del principio de inercia.

La intensidad de un afecto depende entonces de la capacidad yoica para inhibir o procesar las exigencias pulsionales e, inicialmente en el bebé, de la asistencia del adulto antes de que ocurra el desborde pulsional. El requisito para la constitución y el mantenimiento del matiz o tono afectivo es la captación de la empatía o de la ternura de sus cuidadores. Este proceso es anterior a la

constitución de la sensorialidad y de la formación de huellas mnémicas, y condición de su posterior ensambladura. El modo en que se establecen estos vínculos primordiales, comunidad pulsional intercorporal, tiene un carácter químico y constituye el llamado sentimiento oceánico (Freud, 1930). Al decir de Maldavsky, “una doble unidad primordial, requisito y garantía de las ulteriores complejizaciones en las estructuras anímicas e interindividuales” (1992, pág. 136). La constitución de la exterioridad mundana, compuesta también por procesos pulsionales y estados afectivos, aparece así unida a la generación de la conciencia y la cualidad anímica del sentir.

Parafraseando a Bion (1963) refiere Maldavsky (1992) que un requisito previo a la construcción de un aparato para pensar los pensamientos es la creación de un aparato para sentir los propios sentimientos. O sea, se accede a la conciencia de la propia vitalidad por el camino de la empatía y la captación de la vida pulsional del interlocutor, vía matiz afectivo.

En los momentos iniciales de la estructuración psíquica el yo y el ello constituyen una unidad primordial en la cual el yo es sólo conciencia del ello, complejo entramado de procesos pulsionales e imperativos filogenéticos. Uno de los factores intervinientes en el desarrollo del matiz afectivo es la producción de la espacialidad anímica inherente a esta etapa y su proyección en lo mundano donde se encuentra con el afecto materno como requisito para la cualificación. Esta espacialidad pone en evidencia una pugna interpulsional (Freud, 1923), sobre todo la que surge entre Eros (sexualidad y autoconservación) y la pulsión de muerte. Esta última tiende a la consumación directa, de modo absoluto y perentorio mientras que Eros intenta ligar la pulsión de muerte y neutralizar el retorno a lo inerte mediante complejización estructural, a través de ensambladuras vitales crecientes. La libido desexualizada de reserva que se constituye de este modo no permite entonces la descarga sensual absoluta. En consecuencia, es un requisito para el surgimiento del matiz afectivo un cierto equilibrio interpulsional (Eros – pulsión de muerte).

Se requiere asimismo, para el desarrollo de este proceso, el resguardo de la coraza protectora, ya citada, contra la intrusión de magnitudes exógenas que se estructura mediante la generación de una zona indiferente, despojada del sentir. Citando a Cesio (1974) Maldavsky (1992) se refiere a este proceso como “una especie de muerte en el sentir por el abrumamiento derivado del contacto con lo pasional ajeno, algo así como un estado de sopor defensivo normal, en que la pulsión de muerte queda al servicio de Eros” (pág. 144). En los casos de abrumamiento propios de una depresión sin sentir, este mismo mecanismo puede cambiar de signo y volverse duradero como última protección de lo vital a expensas de la desaparición de lo anímico. En esas situaciones “el problema no consiste tanto en el dolor sino en el odio supresor vuelto contra él” (op. cit. pág. 144).

Una de las consecuencias de este desenlace es que el cuerpo queda a merced de ritmos, frecuencias ajenas, intrusivas, inaccesibles a la identificación. Como postula Lacan (1964) el número pasa así a ser expresión del modo en que permanece afectado el cuerpo.

La sensorialidad cenestésica (percepciones intracorporales) surge a partir de la proyección no defensiva del sentir, de un matiz afectivo del cual proviene la matriz de la representación cuerpo. La sensorialidad mundana, en cambio, deriva de la proyección no defensiva hacia un interlocutor (contexto familiar) que reintegra al yo su propio órgano sensorial, por ejemplo, una madre que devuelve al hijo su mirada acompañada de investidura de atención. Esta última falla en las esquizofrenias y las adicciones pero en ésta falla también la mirada y la representación cuerpo no se constituye entonces debido a que falta el matiz afectivo que requiere la proyección fundante de la exterioridad. La sensorialidad, en consecuencia, carece de significatividad, de investidura y de la certeza que se acopla a lo percibido, debido a que inicialmente la conciencia es idéntica a la convicción. La misma es adjudicada a un psicótico en estado alucinatorio y es inaccesible al yo ya que desapareció el matiz afectivo como certeza acerca de la propia vitalidad pulsional. En consecuencia, el estado de retracción conduce a un goce anónimo en la indiferencia, el autorreproche por abandonar la investidura expresa el desamparo ante la falta de empatía del

contexto, el dolor por perder dicho enlace es proyectado y retorna, luego, como estimulación intrusiva, por ejemplo, en la incorporación y los estados de tormento culposo. El yo se ubica así como sustancia informe, viscosa que requiere estimulaciones desmesuradas, arrasadoras, como los dolores orgánicos, con el fin de sostener un precario carácter estimulante.

Como consecuencia de esta falla, inherente a las patologías tóxicas como las adicciones, la angustia hipocondríaca propia de la retracción autoerótica de la libido en la esquizofrenia, queda muda, suprimida mediante la actividad adictiva.

El encuentro con un contexto familiar carente de empatía llevaría a la imposibilidad de ligar la libido intrasomática, que inviste órganos y, como consecuencia, a la abolición del matiz afectivo (primera transacción entre los procesos pulsionales y la realidad). Este se constituye como la primera conciencia de sí, posee como todo elemento anímico, algo que proviene del interior (como el proceso de desprendimiento de libido narcisista, bajo la forma de hemorragia interna en el dolor, o de una descarga secretora o vasomotriz en otros afectos), y algo del estímulo mundano. El sentirse es un efecto del encuentro con un contexto empático (familia, asistentes). Este desarrollo queda interferido en dos situaciones, por una intrusión ansiosa ajena o por su opuesto, el vacío afectivo promoviéndose una sustitución a través de la supresión autoerótica.

Podría suponerse en estos casos una identificación con el destino que el cuidador da a los procesos pulsionales del bebé, o sea, la abolición de la vitalidad. Junto al rechazo de la realidad desaparece el matiz afectivo y el mismo yo queda abolido. Esta desintegración yoica se evidencia en la imposibilidad de dotar de lenguaje a la pulsión. La inermidad ante la especulación numérica ajena, la carencia de cualificación afectiva y sensorial y la angustia hipocondríaca generada conllevan a la supresión del afecto y al cuerpo carente de significatividad. La expulsión de la fuente pulsional misma como factor que sustenta el sentir se pone de manifiesto de diversos modos que contienen algo en común, una actividad vertiginosa. Por ejemplo, un

chupeteo frenético, una respiración agitada. Este estado de vértigo que se evidencia en la aceleración y en la sensación de caída muestra el estado de arrasamiento anímico por ritmos ajenos.

Como sustituto de la sensorialidad no constituida se produce una introyección orgánica, o sea, una inversión del proceso proyectivo: la libido que debía investir un estímulo sensorial recae sobre un órgano y lo toma como objeto. Este proceso se debe no sólo a las fallas acontecidas en el contexto sino también a una fijación pulsional al órgano de la tensión de necesidad, debido a lo cual la libido se desprende hacia la zona erógena de modo precario y retorna invistiendo al órgano. De este modo, el yo real primitivo queda perturbado, por la intoxicación orgánica, y fijado a un trauma. Dicha fijación “consiste en un apego a un estado de tensión voluptuosa no trasmudada en descarga, o bien descargada sin complejización, sin crear un espacio anímico para ella. [...] La fijación a esta desaparición subjetiva genera un tipo particular de defensa ulterior, la desestimación del afecto” (Maldavsky, 1992, pág. 177).

### 1.2.2. Sobre la pulsión oral primaria

En “Tres ensayos de teoría sexual” Freud (1905) describe una actividad sexual infantil en la cual el placer aparece ligado a la excitación de la zona oral que acompaña a la alimentación. Incluye así la noción de apuntalamiento o anáclisis que remite a la manera en que la pulsión sexual se apoya en la de autoconservación. El ejemplo por excelencia está dado por la conducta del chupeteo surgida de una actividad previa que es la succión.

La pulsión oral primaria se centra, de este modo, en el goce en la succión. También es importante destacar al menos tres placeres ligados a esta zona erógena, el placer por chupetear, el de paladear y jugar con la comida o la lengua dentro de la boca y, por último, el placer por tragar.

Es posible que entre estos componentes voluptuosos en principio prevalezca el placer por tragar. De hecho, Freud (1931) sostuvo que “el ser amamantado es relevado por el mamar activo” (pág. 238). En la anorexia y en

la bulimia se advierte el carácter pasivo del deglutir, sea porque la garganta queda clausurada, (anorexias), o porque está siempre abierta ante el exterior, (bulimias), o porque también queda invadida desde ese otro exterior que viene del sistema digestivo, en los vómitos posteriores a una ingesta voraz.

En la garganta coexisten tres actividades de enorme peso en cuanto a la economía pulsional: uno es la respiración, que tiene que ver con la investidura de órganos; otro es la alimentación, ligada a la deglución, que pone en evidencia la importancia de objetos nutrientes que, a diferencia del oxígeno, pueden no estar; por último, la fonación, que corresponde a las voces del cuerpo, complemento de las actividades expulsivas, en principio, la de las columnas de aire.

La migración de la investidura hacia el exterior sigue un camino inverso al de la alimentación, el pasaje del placer por tragar al placer por paladear recibe un doble aporte, que lleva a pensar el espacio generado en torno del sistema oral digestivo (Garma, A. 1931) como un lugar ajeno dentro del cuerpo, así como sensaciones de repleción, vacío, ardor, dolor en la periferia interior. Desde este sistema, cuyo núcleo son las pulsiones de nutrición, parten las investiduras hacia la región oral. Por otro lado, dicha migración de la investidura se orienta también por la incitación derivada de la expulsión del aire desde los pulmones, que rebota en la región palatal y genera una diferencia térmica. Por último, la migración de la investidura llega a los labios y el correspondiente placer por el chupeteo, descrito por Freud (1905) como “un contacto de succión con la boca (los labios), repetido rítmicamente, que no tiene como fin la nutrición” (pág. 163), y como modelo de las exteriorizaciones sexuales infantiles.

La pulsión es autoerótica porque se satisface en el propio cuerpo. La zona erógena entendida como “un sector de piel o mucosa en el que estimulaciones de cierta clase provocan una sensación placentera de determinada cualidad” (pág.166), en esta etapa es la boca. El objeto de la pulsión, el pecho materno, coincide con la fuente pulsional debido a lo cual no

es inscripto como ajeno. En cuanto a la meta pulsional, que implica un modo de relación con el objeto, es la incorporación.

Esta fase de la sexualidad corresponde al momento de apertura de las zonas erógenas. La creación de la primera zona erógena se produce a partir del encuentro entre dos ritmos, el ritmo pulsional que deriva de una distribución temporal que le es intrínseca y el ritmo provisto desde el exterior aportado por la madre o quien ejerza la función de respetar el ritmo propio de las necesidades del infante.

Este encuentro determina la inscripción de huellas mnémicas, que corresponden a un enlace entre dos inscripciones: la del objeto y la de los movimientos placenteros de descarga.

La zona erógena se forma así por un proceso proyectivo centralmente condicionado (Freud, 1905), es decir, por un proceso psíquico determinado neurológicamente. Esta proyección es de origen filogenético y tiene un carácter constitutivo del psiquismo, una proyección no defensiva se encuentra con un estímulo como soporte de lo proyectado gracias al cual se produce un cambio de signo de displacentero a placentero.

Este desarrollo permite que la tensión de necesidad surgida en el interior y registrada en la periferia exterior (por proyección) como prurito o picazón se transforme en sensación placentera mediada por vivencias de satisfacción.

A través de la succión, que satisface las pulsiones de autoconservación (que se manifiestan fallidas en patologías tales como las anorexias y las bulimias) y la repetición de la vivencia de satisfacción se irá obteniendo un plus, una ganancia de placer, que permite los primeros registros asociados con el principio de placer.

La vivencia de satisfacción permite ligar por simultaneidad dos tipos de inscripciones, una deriva del alivio de la tensión de necesidad, con el

consiguiente pasaje del displacer al placer, la otra se basa en la articulación entre motricidad y estímulo erógeno, proceso que constituye una matriz rítmica fundamental.

El placer se define como una cualidad de la cantidad, como un ritmo. De este modo la pulsión sexual impone su propio principio, el del placer, que es diferente al principio que rige a las pulsiones de autoconservación.

El autoerotismo oral primario comienza estrechamente apegado al criterio de la alteración interna, descrita en el apartado previo, sobre todo en el deglutir inherente al mamar pasivo. A medida que la investidura se desplaza hacia el exterior, este criterio se combina con el de la acción específica, que tiene un valor autoerótico, al menos en cuanto al modo de alcanzar el goce. O sea, al mismo tiempo que se sigue el criterio de la alteración interna se abre el camino al establecimiento de un nexo sensorial con el mundo, al cual se le aplica este mismo criterio, el autoerotismo. El tragar pasivo es remplazado por otro, activo, y la decisión de dejar pasar algo al interior del cuerpo por la frontera que es la garganta se convierte en un asunto de Estado de importancia primordial, hasta el punto de que es posible que el contenido alimentario quede demorado indefinidamente en el interior de la cavidad oral (Maldivsky, 1986).

El recorrido que sigue la proyección de la tensión de necesidad en una zona erógena es el del tracto digestivo en sentido inverso al del ingreso de la comida en el estómago (Spitz, 1956). Por un retroceso en el vínculo causal, el alivio derivado de la resolución de la tensión de necesidad se articula con las sensaciones dejadas por el alimento en la garganta, en la boca y en los labios.

A partir de este momento dos series de cualidades se articulan en la conciencia: las de las variaciones en los desarrollos de afecto, en la gama placer-displacer, y las de las percepciones de un objeto estimulante en la periferia corpórea, con lo cual el psiquismo se abre a un comienzo de vinculación interpersonal.

La autoestimulación de los labios se constituye en el modelo placentero; los labios besándose a sí mismos representan la confluencia entre fuente y objeto, donde la zona erógena aparece generando su objeto: “El pecho es un pedazo mío, yo soy el pecho” (1941-38, pág. 301)

Los ojos siguen el mismo modelo autoerótico: el niño mira los ojos de su madre en los cuales ve sus propios ojos mirándose. El objeto no aparece inscripto en el aparato psíquico como tal sino como un estímulo generado por la zona erógena: la imagen visual de la madre es generada por la vista, la imagen táctil del pezón es generada por los labios. La experiencia de apertura de la zona erógena queda registrada como un movimiento de autoengendramiento ilusorio de sí (Maldavsky, 1986).

Cada zona genera su propio objeto en una configuración fragmentada, islas relacionadas por una sustancia intersticial equiparable a un líquido que otorga una pseudo - unificación.

El autoerotismo inicial culmina en el momento en que el niño se hace dueño de su polo perceptual, gracias al enlace entre la pulsión periférica y la sensorialidad ya investida desde la voluptuosidad. Cuando resurge la necesidad, se re invisten las huellas mnémicas en el esfuerzo por repetir las vivencias de satisfacción dando lugar al surgimiento de los primeros deseos, a través del recurso alucinatorio que acompaña y sostiene la actividad autoerótica.

En cuanto a los afectos, como cualificación específica de esta pulsión, puede decirse que el dolor posee la forma del sentimiento de futilidad. Constituye una forma de la tristeza caracterizada por la captación de un universo sensorial animado pero carente de significatividad para quien lo percibe, ya que se ha arruinado el recurso gozoso a la alucinación que resulta insustituible. Ningún encanto del mundo perceptual alcanza para consolar de tal pérdida, ni despierta el interés vital ni el placer obtenidos en ese espacio autoerótico alucinatorio, al cual resulta imposible volver o renunciar.

La furia se expresa en el terreno del desempeño motriz que gobierna a la percepción. Freud (1919) sostenía que la envidia (o mal de ojo) posee un carácter mudo y que contiene una tendencia destructiva vehiculizada por el camino de la percepción. Esta no se detiene en las fronteras del objeto sino que se introduce en él con el objeto de promover la muerte en su núcleo vital cohesionante, de donde mana la esencia, sustancia ligadora que satisface la sed de amor al conocimiento (tomado como acceso a una percepción que aparece en el lugar de una alucinación).

La angustia se presenta como pánico, estado al cual aludió Freud (1921) como un afecto que puede aparecer en la masa, por ejemplo, cuando muere el líder. Entonces, cada componente queda expuesto a la aniquilación por el enemigo. La masa (por ejemplo, el ejército) aparece como un conjunto de elementos equivalentes entre sí, cuya diferencia es solo posicional (determinado lugar en un regimiento o batallón). La masa es expresión de ese conjunto de puntos ligados entre sí por un espíritu, por una esencia. El pánico corresponde entonces a una angustia ligada a la fragmentación del cuerpo (como un todo abstracto) ante la pérdida de su elemento cohesionador. Es consecuencia de la pérdida de un nexo entre fragmentos anímicos equivalentes, con la consecuente vivencia de falta de sujeto idealizado cohesionante. La persistencia en el recurso autoerótico culmina en el estado de pánico producto de que se ha perdido el soporte que mantiene la estructura libidinal. Es el momento del derrumbe de la sobreinvertidura libidinal.

Si el niño succiona el chupete alucinando el pecho, al no producirse el ingreso de alimento, se mantiene el chupeteo en estado de terror, hasta que el incremento de la necesidad genera una desestructuración intrapsíquica, una fragmentación en huellas mnémicas correspondientes a zonas erógenas equivalentes. O sea, cuando no logra satisfacer autoeróticamente una tensión de necesidad surge el terror que es la contrapartida del pánico. Deriva de que ha aparecido un sustituto de dicho sujeto, pero cambiado de signo, con un carácter hostil, aniquilante. Freud (1921) lo describió al aludir al estado hipnótico de parálisis ante un enemigo que habrá de aniquilar al yo. La hipnosis por terror es consecuencia de la proyección del ideal en un sujeto poderoso, y

en este caso constituye un modo de entregarse a la muerte. La parálisis motriz del estado de terror deriva también de que, para este lenguaje de pulsión, el desempeño motriz por excelencia está ligado a la actividad perceptiva a una gesticularidad que hace aparecer o desaparecer el objeto gracias al simple acto de mover un dedo, parpadear o emitir sonidos. En la hipnosis, la percepción misma se vuelve pasiva, gobernada por la atención del otro, que aniquilará al yo. La hipnosis del aterrado deriva de la proyección de la furia envidiosa en un sujeto poderoso y hostil.

Por último, el éxtasis de goce surge cuando una percepción, alucinada o no, coincide con la huella mnémica, animada por el despertar de una tensión de necesidad y la correspondiente investidura de la pulsión oral primaria.

En relación a la motricidad, como se dijo, tiene como meta percibir o generar la percepción, y la sensorialidad posee un carácter puntiforme. La coherencia entre los elementos aportados por cada canal sensorial es generada por una abstracción, como la esencia. La motricidad prevalente es precisamente esa que gobierna la percepción, como girar los ojos para localizar visualmente un objeto o para seguirlo con la mirada, ladear la cabeza para oír mejor algún sonido, o mover la mano para tocar. Los dedos de las manos generan actos que pretenden hacer aparecer o desaparecer algo, paralizarlo o volverlo móvil, de un modo mágico, es decir, con un castañeteo de dedos u oprimiendo un botón.

Asimismo, la motricidad de la lengua genera incitaciones placenteras e impresiones sensoriales. Tiene gran importancia respecto de la direccionalidad de la atención, que puede concentrarse en la voluptuosidad oral o dirigir hacia un mundo diverso, caracterizado por la cualificación de las percepciones. De allí deriva la frase *“lo tengo en la punta de la lengua”*, cuando se ha olvidado un nombre que suele aflorar a la conciencia (Maldavsky, 1986).

También la actividad de soplar, como inversa de la succión, puede presentarse como causa de la aparición o desaparición de un objeto. El soplo

contiene también una referencia al espíritu como factor eficaz en la producción de la materia sensible.

Liberman, D. (1962) describió, asimismo, el uso de la motricidad para expresar pensamientos. La duda, por ejemplo, podría manifestarse como el acto de girar la cabeza de derecha a izquierda, ya que en cada hombro está representada una de las dos alternativas intelectuales en pugna.

En cuanto a la percepción el camino para la ligadura de esta pulsión consiste en investir un mundo sensorial determinado. El modo de percibir la realidad en esta etapa es a la manera “puntillista”, o sea, la percepción es puntiforme. La realidad está compuesta por numerosos elementos puntuales cuya coherencia global depende de una idea, más que de la imbricación entre múltiples percepciones, acciones, pensamientos y palabras (Freud, 1915).

Con el objeto de comprender la particularidad de este modo de percibir la realidad pueden compararse diversos criterios con los que puede configurarse la materia sensible, diferentes modos de concebir el todo y las partes. Maldavsky (1986) cita a modo de ejemplo el caso del árbol que puede descomponerse de diferentes modos según predomine uno u otro lenguaje de pulsión: en tronco, raíces, ramas (clase concreta) para el fálico genital; en retoño, arbusto (vector temporal) para el oral secundario; o abedules, robles eucaliptos (clase abstracta) para el oral primario.

Lo percibido en esta etapa es un todo abstracto, en el cual cada segmento puede ser otro todo abstracto, como cuando algo (un rostro, por ejemplo), se fragmenta en múltiples puntos, todos equivalentes, los cuales a su vez pueden transformarse en otros idénticos.

Freud (1919) se refirió al espíritu como uno de los dobles del cuerpo describiéndolo como sedimento de esta bipartición entre percepción y huella mnémica. En realidad, el cuerpo es el doble del espíritu, es su consecuencia y la percepción es un efecto de la memoria y el pensar. Como ocurre en la alucinación el espíritu hace precisamente de unificador de los componentes

sensoriales puntiformes, a los cuales da coherencia. Esta concepción puntiforme del cuerpo y del mundo tal vez sea el efecto de la proyección de una percepción registrada en la mucosa oral en el momento en que surge la sed. Estas sensaciones, condensadas en la fórmula "lengua arenosa", (Maldavsky, 1986) corresponden a un conjunto de puntos dispersos, captados de un modo táctil en la cavidad oral misma. El líquido, que opera en este caso como una sustancia que cohesiona los puntos dispersos y les da un orden, cobra para lo anímico el valor del espíritu. En el proceso alucinatorio que acompaña al chupeteo, es precisamente este líquido, lo que aparece como presunta percepción, forzada desde la huella mnémica. Un término aparece como mediador entre los líquidos y el espíritu: la esencia, que condensa ambos tipos de significatividad.

La realidad sensorial está compuesta por numerosos elementos puntuales cuya coherencia global depende de una idea, más que de la imbricación entre múltiples percepciones, acciones, pensamientos y palabras. A modo de ejemplo, puede pensarse en las diferentes formas o ideas (escorpión, cruz, león) que pueden percibirse a través de la unión de los distintos puntos luminosos de las estrellas en una vista nocturna.

La formalización de la materia sensible en términos de un doble, el espíritu, se presenta en los hechos como la aparición de dos puntos lumínicos que se desplazan manteniendo entre sí la misma distancia, como representantes de lo fundamental de la mirada materna. En esta etapa el niño percibe sus propios ojos en la mirada de otro, tomados como productos propios. Permite la coordinación motriz correspondiente, por ejemplo, la binocularidad, con el desarrollo consecuente de las investiduras de atención.

En relación con la propia fonación el niño imita los sonidos oídos sólo en la medida en que éstos sean una duplicación de los propios, de modo que se escucha a sí mismo en las voces ajenas. La secuencia en la producción de los sonidos va del gorjeo al laleo, y de éste al balbuceo, acompañando el desplazamiento desde el placer por tragar al placer por paladear, y de éste al goce en el chupeteo.

La actividad psíquica orientada hacia el mundo es la condición de un cambio en la relación con la percepción y la motricidad. Se trata de un conflicto entre dos alternativas: o bien considerar al mundo sensorial como no interesante y permanecer sumido en estados de somnolencia o de goce intracorporal, o dotarlo de interés y de atractivos. Esto no implica que se reconozca la existencia autónoma de una realidad mundana, sino solo que se considere a este mundo sensorial como el correlato de la voluptuosidad oral primaria. Ese mundo es generado por el órgano perceptivo mismo cuando el niño supone que todo lo percibido es parte de sí, como describe Freud, (1930) al referirse al sentimiento oceánico.

Como consecuencia de lo dicho hasta aquí es posible señalar que durante este periodo pueden producirse diversas fallas de la atención: una deriva de que se privilegian las incitaciones endógenas por sobre las mundanas. Se presenta cuando la constitución de la zona erógena se acompaña de una fijación libidinal intrasomática. Entonces el mundo sensorial, salvo quizá las percepciones internas, carece de significatividad, o la posee de manera escasa, y se retorna rápidamente al refugio en las sensaciones internas como defensa ante las decepciones mundanas. El cambio de la investidura desde el órgano a la percepción del órgano permite la creación de algunas representaciones del cuerpo, de carácter cenestésico, que cobran vigencia y son reactualizadas en momentos en que sobrevienen las preocupaciones hipocondríacas. Otra puede ser consecuencia de una frustración o decepción en el encuentro entre la vida pulsional y el mundo sensorial.

El enlace entre la pulsión oral primaria, motricidad sensorial, e incitación perceptual constituye un paso decisivo. Cuando se da una frustración pulsional en este momento ocurre un incremento de la tensión de necesidad (la sed), que es proyectada en la zona erógena como ardor de garganta, como prurito en el paladar o como picazón en los labios, o como todo esto junto.

Algunos términos que se manifiestan con frecuencia cuando predomina este lenguaje de pulsión se relacionan, por ejemplo, con el verbo “estar” que alude a cualidades de los objetos, a diferencia de lo que sucede en otras pulsiones como, por ejemplo, la oral secundaria que alude más a contenidos afectivos. Parece emplearse también para hacer referencia a una localización espacial. Para manifestar estados afectivos es preferido el verbo tener, o quedar. El verbo “ser”, a su vez, es usado para dar cuenta de rasgos abstractos de los objetos.

Los desplazamientos espaciales (ir, venir, caer, subir) constituyen un acto no deliberado, se halla decidido por otra mente, a la que el protagonista sirve. En cuanto a los verbos extractivos (sacar conclusiones, extraer líquidos) aspiran a sustraer una esencia, una conclusión. Desde la posición de quien lo padece, el resultado es que queda en estado de un despojo.

Son prevalentes los verbos de tipo representacional como comprender, soñar, creer, pensar, ver, espiar, fotografiar, recordar, leer, relatar, experimentar, imaginar, suponer, estudiar, enseñar, aprender, inferir, deducir.

Entre los sustantivos preponderan los que aluden a entidades mentales: idea, sueño, memoria, lenguaje. También los adjetivos tienen un carácter abstracto: infinito, inmenso.

El valor o ideal de esta etapa es la verdad, entendido como un bien obtenido por revelación, es un fin cognitivo. No se ajusta a la realidad sensible mediante operaciones prácticas o experimentales sino que la reordena desde una perspectiva abstracta, que pretende extraer de la materialidad una esencia. Lo que se extrae del otro, en última instancia, es su subjetividad, por lo cual pasa a ser sólo un miembro de una clase abstracta, una mera expresión de dicha clase, sobre el cual el sujeto realiza una actividad cognitiva pero sólo para conocer la clase, y no a este individuo particular.

La representación grupo se encuentra centrada en torno de un profeta, un iluminado que tiene el poder por haber obtenido la revelación y es representante del sumo bien ante el resto, al cual da cohesión.

Pueden investirse diversas posiciones: ubicarse en el lugar del investido por el líder como su representante, su héroe cognitivo; colocarse como objetos pasivos desde los cuales el líder extrae su saber, pero que pese a todo logran realizar una identificación con el personaje hegemónico o, por último, puede operar como medio, instrumento y objeto de conocimiento, sin que les sea posible obtener una identificación con el líder.

Entre los integrantes del grupo la relación es extractiva de una esencia, y cada uno posee una relación de equivalencia con el resto, en la medida en que el líder los mantiene cohesionados y garantiza la posición correspondiente en el conjunto.

La relación entre los participantes del grupo es de gran lejanía afectiva, con una fuerte carencia de empatía. A menudo la distancia es interplanetaria, es decir una distancia pública mediada por aparatos como telescopios, microscopios, radios, televisión u otros instrumentos que constituyen una extensión de los órganos sensoriales despojados de todo contacto tierno.

En los grupos es posible además que el sujeto se ubique en la posición de gran angular, por ejemplo, en un rincón desde el cual puede ver sin ser mirado, o en la posición superior, ya que al mirar desde arriba se sustrae igualmente a los intercambios intersubjetivos.

El nivel central en el cual se desarrollan los procesos retóricos corresponde al plano lógico. Atañe a las relaciones entre las palabras y sus referentes, es decir, no tanto la realidad cuanto el supuesto concerniente a ella: "vi un unicornio" contiene una contradicción lógica no porque el unicornio no exista sino porque se tiene el consenso de que en realidad este animal corresponde sólo al mundo mítico (Maldavsky, 1986).

Existen diversas situaciones que ponen en evidencia estos procesos: el terreno de los juegos retóricos, en cuyo caso se da por supuesto que los centauros y unicornios, por ejemplo, son animales inexistentes, pero se los incluye en la manifestación con fines expresivos, como ocurre en las obras literarias. También es posible hacerle creer a otro que se está en presencia de un milagro, por lo cual se hacen presentes a la percepción de unos pocos elegidos (alternativa patógena, efecto de la desmentida, que sólo se sostiene en la medida en que otro crea lo increíble y pierda el juicio). Por último, pueden presentarse también como convicción, estar convencidos de que están ahí realmente, en contra del supuesto genérico de que ello es lógicamente imposible (efecto de la desestimación que desconstituye la norma consensual, por lo cual la afirmación genérica “no existen” deja de tener eficacia y entonces es posible creer lo no creíble).

El segundo y el tercero son mecanismos patógenos: el segundo es efecto de la desmentida, contiene un ataque a la norma consensual lógica que queda desafiada y burlada, en cambio el tercero la desconstituye a través de la desestimación.

La complejidad del proceso de abstracción de la realidad reúne tres aspectos: la identificación que agrupa dos términos del propio cuerpo. Lo común a “vagina” y “poro”, que hace posible la sustitución, no se halla en el plano semántico, como en las metáforas, sino en el plano lógico. En efecto, lo común es que ambos términos se agrupan en torno de un nombre: “agujero”. La sustitución revela una desmesura en cuanto a la generalización, un desarraigo de las palabras respecto de sus referentes específicos, derivados del mundo de las percepciones y las correspondientes huellas mnémicas, y en ello hallamos el criterio para la pérdida de la proporción. Por otro lado, a este proceso identificatorio se suma la multiplicación y expansión de lo único (el poro). Por último, también se produce una pérdida de la proporción por un exceso de reducción.

Este proceso retórico, que eleva hasta un punto extremo la abstracción del término común entre lo sustituido y su reemplazante, es el complemento de otro que sustituye “yo” por “nadie”. Esta sustitución revela la situación anímica prevalente en el momento en que emerge este lenguaje de pulsión, cuando existen zonas erógenas equivalentes, no unificadas entre sí. El valor de las palabras como “agujero” es el de una esencia que permite unificar y dar coherencia a un conjunto de elementos equivalentes (como “vagina” y “poro”) que de lo contrario se dispersan.

En la esquizofrenia la formación sustitutiva de las fantasías primordiales se alcanza mediante un proceso crecientemente descualificante, que despoja de su especificidad a cada término. La formación de sustitutos obedece así al pasaje de lo concreto a lo abstracto. Hay un único elemento que hace de conector, el nombre, lo esencial de la cosa misma, pero en lo cual ésta pierde su especificidad, su lugar en una clase, para coincidir con la clase misma.

La transformación que en este lenguaje de pulsión se realiza de “yo” en “nadie” se diferencia de lo que acontece en otros lenguajes del erotismo. Por ejemplo, cuando prevalece el lenguaje del erotismo sádico anal primario el “yo” queda sustituido por “él”, mientras que cuando predomina el sádico oral secundario es sustituido por “tu”. La hegemonía del lenguaje del erotismo intrasomático conduce a reemplazar “yo” por “nada”. Esto implica una creciente desconstitución de la unificación identificatoria cuanto más primigenio sea el lenguaje de erotismo dominante.

En cuanto a las contradicciones propias de este lenguaje puede decirse que hay dos formas de negar una afirmación, una es poner el contrario: blanco-negro (A2). Esta forma implica escoger un término opuesto al afirmado por el interlocutor, con la consiguiente definición de los propios proyectos. La otra es poner el contradictorio: blanco-no blanco (O1). Implica sólo agregarle un “no” a la afirmación del otro. Esta contradicción lógica, característica de la pulsión oral primaria, se transforma en un entrampamiento cuando no es posible el cuestionamiento de la contradicción ni la fuga. El cuestionamiento

queda neutralizado por un desvío del pensamiento hacia otra contradicción lógica y, la fuga, por la afirmación de que toda la realidad es idéntica y, en consecuencia, está compuesta de otras tantas contradicciones lógicas.

Expresarse tiene un valor cognitivo, sea para comunicar una revelación, sea para generar un mundo sensible, sea para extraer un saber, una esencia, a costa del interlocutor. Cuando prevalece esta última meta, sustractiva, el propio decir tiene un carácter ambiguo, para evitar ser objeto del conocimiento ajeno y además para hacer que el otro se manifieste y se vuelva accesible a la penetración cognitiva del sujeto. Siguiendo la orientación defensiva ante la penetración cognitiva ajena, el propio decir puede tomar la forma de un conjunto de claves que constituyen un laberinto en el cual se pierde la inteligencia del otro.

Refiere Freud (1915):

“La escena primordial, como acto masturbatorio, es equiparada a la extracción de líquidos (por ejemplo, de pus) de una parte del cuerpo (p. ej. de los granitos del rostro). La consecuencia de ella, es decir, la fantasía de castración, es equiparada a descubrir una parte del cuerpo (p. ej. la mejilla) cubierta de agujeros (los poros de la piel). La escena de seducción, causa de la escena primordial, podría consistir, por lo tanto, en experimentar un prurito y recorrer con la yema de los dedos la mejilla, hasta hallar el granito lleno de pus, con lo cual se constituye el deseo extractivo.” (pág. 456)

A su vez, Maldavsky (1991, 1998, 1999, 2001, 2004, 2007) dice que los relatos se presentan, desde un punto de vista psicoanalítico, bajo la forma universal de un estado inicial de equilibrio (fantasía de vida intrauterina), seguido del surgimiento de una tensión (fantasía de seducción), la tentativa de tramitarla (escena primaria), las consecuencias de ello (fantasía de castración) y un estado final.

Este lenguaje de pulsión oral primario, como los otros, puede combinarse con diferentes defensas en el transcurso de estos diferentes

estados. A veces se ensambla sólo con la desestimación y la proyección, defensas inherentes al lenguaje de pulsión en sí mismo, mientras que en otras ocasiones se combina con mecanismos patógenos ulteriores, como la desmentida y la desestimación, en el tiempo edípico. En tal caso es necesario distinguir entre aquellas situaciones en las que prevalece la defensa (y por lo tanto se da un desarrollo que va de la megalomanía a la hipocondría), y otras en las que retorna lo sofocado (y en consecuencia aparecen delirios manifiestos de ser o bien objeto de experimentación o bien un instrumento para ésta). Igualmente, existen situaciones mixtas, que van de la retracción narcisista a la restitución. En tales casos aparecen delirios y/o alucinaciones desinvertidos, que por lo tanto no son creídos, y que pueden mantenerse en secreto o expresarse sólo ante quienes no entienden lo dicho a la manera de una locura privada, no pública.

Cuando prevalecen la desestimación y la proyección no patógenas el estado inicial se presenta como una situación de paz cognitiva. El sujeto está incluido en un grupo dominado por una certeza estereotipada (científica o de otro tipo). Los contactos entre las personas son igualmente estereotipados, pero existe una protección por un orden y un saber dados, con lo cual el sujeto se supone un miembro del cuerpo social, equiparable a los otros integrantes, y con conciencia de que posee allí un lugar determinado, una posición fija. Las incertidumbres que asaltan al protagonista son resueltas mediante los recursos internos del orden en el cual está incluido, con lo cual quedan neutralizados los estallidos de terror y pánico. La conexión con la realidad está mediada por instrumentos o aparatos que transforman el conflicto inmediato en un problema abstracto, y del mismo modo ocurre en los nexos interpersonales, sobre todo cuando aparecen escenas en que el protagonista es víctima del abuso del poder por parte de otros. Por ejemplo, la situación de un joven educado en una comunidad fuertemente tradicional y aislada del resto.

El surgimiento de la tensión se presenta como una catástrofe que conmociona al sistema precedente, y simultáneamente como vivencia de haber sido elegido para recibir la revelación de una verdad que ilumina aquello ante lo cual fallaba la argumentación previa. Tal vivencia de ser elegido combina los

sentimientos de tristeza y terror por el arruinamiento del sistema anterior, y las angustias e incertidumbres por ser convocado para una aventura cognitiva, que implica un creciente alejamiento de aquellos espacios y vínculos ligados a la fórmula previa.

La fantasía de escena primaria se manifiesta como un momento de revelación, de iluminación en un súbito encuentro con una clave abstracta, a la manera de una fórmula matemática. Se trata de una solución elegante y sencilla que da nueva coherencia, en un grado de mayor abstracción, a los hechos hasta entonces dispersos, que pasan a ser reunidos y entendidos a la luz del nuevo saber. En el encuentro con esta revelación se reúnen el pánico y el éxtasis, y al mismo tiempo se presentan los riesgos de padecer la envidia ajena.

El estado final puede presentarse de modo eufórico o disfórico. El primero consiste en la perpetuación de la situación consagradoria, hasta que la vida concreta se extingue y perdura el espíritu, lo esencial del legado intelectual como cima inaccesible para los discípulos. En cambio en el segundo, disfórico, puede sobrevenir un permanecer en la vivencia de fracaso, de nostalgia de una armonía cognitiva perdida que nunca existió. A la desazón por la futilidad de la propia existencia se le agrega un sentimiento de envidia hacia una supuesta genialidad ajena, que ha accedido a la revelación de una idea negada al protagonista, y extraída precisamente de éste, a su costa. En lugar del logro puede aparecer la convicción envidiosa de haber sido víctima del plagio, del robo de una idea que el otro ha tomado como propia. La situación penosa puede llegar hasta el punto en que el protagonista queda consumido por esta envidia, combinada con el encierro en la nostalgia de una ilusoria certeza perdida, y con estados de pánico y terror ante la imposibilidad de enfrentar el caos de un mundo crecientemente incomprensible. También puede ocurrir que la revelación de la idea, sea anonadante para el sujeto que la recibe, por lo cual no le queda más remedio que enmudecer, quizá por la falta de recursos para comunicarla o de interlocutores que puedan ser destinatarios del mensaje. Por último, puede presentarse un desenlace disfórico si la verdad revelada permanece incomunicada porque el mero hecho de intentar explicarla condena

a una situación de compromiso por tener que elegir ciertos términos en lugar de otros, y por lo tanto perder el lugar de privilegio de quien ha recibido el don por vía de milagro, sin verse obligado a participar, en un nexo puramente mental con la clave abstracta. En estos casos, en lugar de la consagración pública ésta se da en secreto. Mientras tanto, en público se celebra la presunta genialidad de un personaje ignorante, que sólo ha accedido a un fragmento parcial y/o distorsionado del núcleo de la fórmula. También puede presentarse la misma estructura con otros ropajes, a veces ligados a una religiosidad mística.

Asimismo, si en el relato predominan las defensas patógenas pueden producirse diferentes desenlaces. La prevalencia de la desmentida implica una postura activa, extractiva de una conclusión de otro, que queda sumido en un estado de caos creciente, presa de certezas alucinatorias o delirantes. La postura es la de un plagiario, desconocedor del origen de las ideas que expone. El estado inicial no difiere demasiado de la precedente, sólo que tiene el agregado de la envidia ante la supuesta potencia cognitiva ajena.

Al surgimiento de la tensión, por el hundimiento del sistema de creencias preexistente al sentimiento de futilidad y el pánico, se le agrega la envidia por advertir que otros pueden desarrollar proyectos alternativos. Entonces suele producirse un acoplamiento del sujeto a quienes mantienen esta postura activa, con el ánimo de espiar los anticipos cognitivos ajenos y apropiarse de ellos prematuramente.

En el momento de la revelación el sujeto puede participar del éxtasis cognitivo de un genio en medio de un estallido de violencia envidiosa, de carácter extractivo. En consecuencia, en el momento consagratorio, aspira a hacer pasar como propio el descubrimiento ajeno, sin que le sea posible, con todo, exponer la secuencia lógica que conduce a la justificación de la solución propuesta.

La aspiración de quien desarrolla la desmentida consiste en hundir a un genio en la psicosis, en la cual el pensamiento ha perdido los nexos con el

mundo. Así ocurre cuando prevalece la defensa y es posible recurrir a otro a quien extraer una esencia. Sin embargo, puede darse también un retorno de lo desmentido, por lo cual ese otro, a la manera de un doble cambiado de signo, se transforma en siniestro mensajero del trauma, de la aniquilación del yo y la consiguiente caída en una penosa incertidumbre.

En cambio, el predominio de la desestimación implica el desarrollo de una convicción omnipotente de ser dueño de un poder cognitivo intransmisible, ya que el mundo ha quedado sepultado en un estado de caos y aniquilación. El relato, entonces, puede presentarse a través de una versión megalomaniaca cuyo estado inicial corresponde a una situación en que un personaje se encuentra dominado por un líder ignorante, hasta que ocurre una catástrofe que aniquila el sistema precedente. La vivencia de fin de mundo que acompaña este suceso se ve compensada con la convicción de recibir una revelación por la vía de un milagro, que solo es posible mantener en silencio ya que los destinatarios del mensaje han muerto. Este encierro que interfiere en la posibilidad de la circulación por el mundo, vuelve tóxica la euforia del éxtasis, con lo cual el énfasis se desplaza hacia la preocupación hipocondríaca. Esta megalomanía tiende a arruinarse quedando sustituida por una intoxicación de libido narcisista, que se presenta como angustia hipocondríaca.

La versión hipocondríaca puede no centrarse en la falta de algo, como expresión de la castración, sino en el agregado, como refutación de dicha castración en la mujer y como expresión de la convicción de haber sido fecundado por el padre, en el hombre. Tal fecundación parte del supuesto de que el hijo es engendrado y parido por la mente o, en el plano alimentario, de que la escena primaria se consuma oralmente.

En el relato del momento restitutivo el yo se coloca en la posición de objeto o instrumento para la experimentación de un sujeto ajeno. El estado inicial se presenta como una situación paradójica de caos predecible, es decir, un desorden en el cual un déspota siembra el terror y el pánico y se ensaña con el protagonista hasta que su violencia envidiosa queda saciada.

El surgimiento de la tensión se desarrolla en un sujeto ajeno y hostil. La resolución de la tensión se presenta como la sustracción de la identificación, del ser, el cual pasa a pertenecer a ese sujeto extraño, que se hace dueño de la esencia del protagonista. Este puede ceder un órgano corporal o el cuerpo íntegro, por lo cual queda convertido en un autómata. La consecuencia de esta sustracción consiste en quedar perdido en un mundo incoherente y vacío, como un laberinto, un espacio interplanetario o un desierto, despojado definitivamente de la propia esencia. Para prevenir estos riesgos pueden aparecer alternativas, como la negativa a abandonar el espacio familiar (pese al displacer vivido allí), o la salida, ateniéndose rígidamente a órdenes preestablecidas que impiden que sobrevenga la situación de perderse al ser privado del control mental que tenía el líder originario sobre el cuerpo del individuo.

Cabe aclarar en este punto lo que acontece con la motricidad sensorial según trate de captar una percepción o una alucinación. Freud (1900) sostuvo que el soñar constituye un modo del despertar sin por ello dejar de dormir. Esta transacción entre la vigilia y el dormir deriva de que con el soñar despierta la conciencia que acompaña al surgimiento de la imagen onírica, esta conciencia posee las características propias de la implicada en el lenguaje del erotismo oral primario, en el cual coexisten percepciones y alucinaciones vigiles. También queda implicado en el proceso de la alucinación onírica un tipo de motricidad, la que atañe a la actividad perceptiva, como es inherente al mismo tipo de lenguaje de pulsión. Sin embargo esta motricidad sensorial difiere cuando se trata de captar una percepción o una alucinación. En este último caso la motricidad es comandada desde la vida pulsional y la protección de una forma y un contenido mnémicos, mientras que en el primero, la motricidad es gobernada por las investiduras de atención vueltas hacia unas formas generadas por proyección y unos contenidos aportados desde el mundo. Por lo tanto, en el caso de la percepción, la motricidad sensorial se rige a partir de transacciones entre el deseo y la incitación mundana, que falta en la alucinación onírica y en la vigilia.

Asimismo, es importante aclarar que la regresión yoica necesaria para el desarrollo de una alucinación tiene en la psicosis un carácter defensivo, mientras que en el soñar posee un valor funcional, al servicio de la preservación del dormir. El sueño deriva de un camino regrediente de lo anímico hacia el polo de la percepción en lugar de apelar a la motricidad.

### 1.2.3 Pulsión sádico oral secundaria

El momento anterior (el autoerotismo inicial) es superado cuando se produce la separación del objeto de la zona erógena a causa de un nuevo proceso proyectivo debido a lo cual se produce la desintegración de la coincidencia entre fuente y objeto.

La incitación pasiva en la mucosa gingival que produce la dentición en esta etapa del desarrollo despierta una respuesta activa motriz sádica, facilitada por la fuente pulsional, el morder y devorar (meta). Como consecuencia de los cambios producidos a partir de la dentición se pierde el goce autoerótico que estaba dado por la incitación recíproca entre las encías o por la estimulación por la lengua en los labios.

Se evidencian a partir de esta etapa, dos conflictos entre el yo y el objeto: uno surge como consecuencia de la tendencia de los componentes de Eros a neutralizar la pulsión de muerte a través del sadismo de la actividad motriz, el modo de hacer desaparecer al objeto odiado consiste en incorporarlo dificultándose, de este modo, la posibilidad de discernir entre sadismo y masoquismo.

Por otro lado, la pugna entre sexualidad y autoconservación (dos sectores de Eros), lleva a otro conflicto, el amor hacia el objeto, investido también como ideal, en contraposición al hambre y al egoísmo, que lleva a devorar. Surge la dificultad para establecer un nexo con el objeto de amor debido a que la incorporación implica su desaparición.

El modo de tramitar estos conflictos se basa en el intercambio con el mundo a través de la expresión de las emociones, recurso que posee dos funciones. Con el objeto de explicitar la primera de ellas se comenzará describiendo la configuración de la materia sensible intersubjetiva que se ordena en este momento evolutivo en torno de una combinatoria de rasgos que facilitan al yo el reencuentro en el otro con los propios estados afectivos, en los terrenos térmico, táctil, auditivo, visual, gustativo, olfatorio.

La realidad se configura como un doble específico, la “sombra” (Freud, 1917, 1919). Cabe aclarar en este punto que, siguiendo a Freud (1914), los dobles se constituyen como ideal (lo que yo seré), idéntico (lo que yo soy), anterior (lo que yo fui) y, por último, como lo que salió de mí.

El yo capta en el otro los estados afectivos presentes (doble idéntico), los previos (doble anterior) o también puede anticipar en las expresiones ajenas el estado afectivo y la economía pulsional que advendrá. Por último, el objeto transicional se constituye como doble derivado de lo salido del yo, a partir de lo expelido del cuerpo (mocos, sudor, lágrimas) como expresión del sentir (Maldavsky, 1986, 1999). Estos intercambios facilitan al yo el encuentro de transacciones para el conflicto generado por la contraposición entre la investidura de amor hacia el objeto y la autoconservación, sobre todo, a partir del pasaje de la incorporación a la introyección y la identificación. Así, el yo placer purificado emite un juicio de atribución (Freud, 1925) a partir del cual decide si el objeto es bueno (placentero), en cuyo caso se lo inviste con amor; o útil, situación en la que el objeto será incorporado o introyectado y pasará a formar parte del yo propio; o bien, será expulsado o proyectado y será arrojado fuera del yo. La contradicción entre amor y egoísmo se resuelve mediante la introyección que permite tramitar el componente libidinal que se contrapone a la autoconservación cuando la acción específica es morder e incorporar. En estos procesos proyectivos e identificatorios adquieren importancia la palabra oída, en la que se combinan líneas melódicas y designaciones de fragmentos del cuerpo (nariz, boca, mano, ojos) o al cuerpo íntegro (bebé, nene).

En cuanto a la tramitación del otro conflicto, el de la neutralización de la pulsión de muerte mediante la devoración del objeto hostil, puede decirse que al albergar un enemigo interno se produce una imposibilidad de diferenciación entre sadismo y masoquismo. Este resto imposible de tramitar lleva al desarrollo de otra función de la expresión de los afectos, por ejemplo, los espasmos de sollozo de tipo azul (Kreisler, Fain y Soulé, 1974). Estos parecen ser una tentativa de inducir al otro a que desarrolle alguna actividad. El fracaso de este intento lleva al desarrollo de estallidos de furia impotente, en el cual el grito de rabia sustituye a la incorporación de oxígeno. En síntesis, la expresión de las emociones intenta apoderarse de la motricidad ajena a través del sentir, como modo de neutralizar la pulsión de muerte de un modo diverso a la devoración.

La manipulación afectiva presupone que el interlocutor, por amor o temor, utilizará su motricidad aloplástica para procesar la pulsión de muerte ajena y no la propia. Renunciará para ello al propio egoísmo (autoconservación), a favor de las exigencias de tramitación pulsional del convocante impuestas mediante la expresión afectiva.

Cuando resurge una tensión pulsional, sobreviene un anhelo de reencontrar el objeto que satisfizo la necesidad. Dicho anhelo reúne la pulsión de autoconservación, que impone perentoriedad, y la libido, responsable de los procesos proyectivos, identificatorios y de las inscripciones simbólicas que aspira al encuentro del objeto amoroso. Si éste no aparece a la percepción el proceso que se inició en un estado de añoranza puede transformarse en impaciencia y, por último, culminar en desesperación y en un estallido de rabia impotente en el cual la pulsión de muerte deshace la estructuración simbólica alcanzada y daña su posterior complejización. Si fracasa el apoderamiento motriz del otro puede manifestarse un espasmo del sollozo. La diferencia entre ambas manifestaciones radica en que en la desesperación coinciden y se potencian la angustia y el dolor ante la pérdida del objeto y, en el espasmo del sollozo el dolor se une con la urgencia colérica e impotente.

La escena del juego del carretel (Freud, 1920) es un buen ejemplo para comparar lo que sucede cuando la expresión afectiva está al servicio de promover sentimientos en otros e inducirlos a realizar determinados actos. Refiere Freud que el bebé se venga en el carretel por lo que la madre le hace al alejarse recurriendo a este juego. Así, pues, el niño en lugar de un estallido de desesperación, localiza en el carretel al yo propio anterior pasivo que entendía la desaparición de su madre como caer fuera de su mirada. De este modo pasa a ser activo recurriendo a la motilidad aloplástica y proyectando fuera el fragmento anímico en el cual se desarrollan los afectos. Esta postura se diferencia de aquella en la cual el sujeto se coloca en la posición de quien urge de manera activa con la expresión de sus estados afectivos en el grito exigente y coacciona con su demanda a otro, quien termina recurriendo a su propia motilidad aloplástica. Lo común a ambas posturas es el intento de neutralizar la pulsión de muerte vía motricidad.

Sin embargo, sólo puede resolverse el conflicto restante, entre amor y egoísmo, si la pulsión de muerte es neutralizada por la eficacia del grito que exige un desempeño motriz ajeno al yo y por la mediación de la respuesta del otro tomado como sombra. Sólo si se cumplen estos dos últimos requisitos podrá producirse el pasaje de la incorporación a la introyección y la identificación. Esto se debe a que la apropiación libidinal del objeto a partir de la inscripción de huellas mnémicas preserva de la agresividad que retorna desde el objeto y también, del riesgo del perderlo ya que se conserva en la memoria. La introyección va acompañada de la inscripción psíquica de un modelo que nombra al cuerpo íntegro o partes del mismo. Estas palabras, aunque aún no pueden ser proferidas comienzan a formar parte de un tesoro de huellas mnémicas que aportan significatividad e identificación al yo o a fragmentos del mismo. Es posible de este modo tramitar la libido narcisista, que acompaña y se encuentra en pugna con la autoconservación.

En síntesis, debido a que el bebé no puede diferenciar aún entre la ausencia transitoria del objeto y la pérdida definitiva (Freud, 1926) el anhelo se trueca al poco tiempo en impaciencia, luego en desesperación y, por último, en furia autodestructiva. Así la pulsión sádico oral secundaria es tramitada, de

manera creciente, por alteraciones somáticas ligadas a la incorporación (bulimia, anorexia, vómitos, ingesta de sustancias) o por otras actividades en las cuales adquiere predominancia el morder (onicofagia, bruxismo). El objeto lleva adherida libido narcisista y su ausencia amenaza llevarla consigo, de allí el esfuerzo por no padecer una hemorragia pulsional y el sufrimiento por el dolor producido por la decepción del anhelo. Se produce entonces el cierre sobre sí como modo de restañar la herida por la que se drena la investidura.

Hasta aquí se describieron dos caminos posibles para el infante para el procesamiento de la pulsión oral secundaria, por un lado, su tramitación anímica y, por otro, el recurso a la alteración somática. Se describirán ahora otros procedimientos defensivos patógenos cuya defensa central es la desmentida de la pérdida del objeto. Un camino posible en estos casos es recurrir a un doble como la sombra, otro es ubicarse como la sombra de los estados afectivos ajenos, ya que de estos depende que el otro ejecute los desempeños aloplásticos que neutralizan la pulsión de muerte. Este último recurso deja un resto de envidia imposible de tramitar ya que se supone que en el otro se desarrolla un engrandecimiento narcisista, un incremento del sentimiento de sí a costa del sentimiento de inferioridad del yo. Esta es la situación que se encuentra en la base de la contradicción semántica que llama entrega amorosa al sentimiento de exclusión, alegría a la tristeza, gratitud a la envidia, amor al egoísmo, vida a la muerte.

Se llega así a la motricidad y a la configuración de la materia sensible específicas que caracterizan a la pulsión sádico oral secundaria. La primera se encuentra ligada a la expresión de las emociones y la segunda al encuentro de un doble (sombra) que posibilita mantener la coherencia en el desempeño muscular. Si la realidad no coincide con lo que espera el yo, este configura la materia sensible de modo tal que pueda desmentirse la ausencia del objeto. Esto es posible debido a que desde el punto de vista de las expresiones faciales, todos los objetos son equiparables, la madre sonriente, otra persona o una máscara con la misma expresión (Spitz, 1954). Asimismo es posible de este modo, desconocer la diferencia entre la expresión afectiva ajena y el propio estado emocional, por ejemplo, ante el placer registrado en el yo puede

distorsionarse una expresión de tristeza en el rostro materno como si fuese una expresión de alegría. Dichas deformaciones son efecto de una desmentida no patógena, que de mantenerse el yo se amolda cada vez más en cuanto a sus estados afectivos, a las indicaciones contenidas en las expresiones emocionales del otro, modelo, ideal, y/o sujeto. El yo se transforma de este modo cada vez más en la sombra del otro (doble). Se agrega a todo este proceso un incremento de la envidia (dado que gracias al yo que depende amorosamente del objeto este alcanza el sentimiento de sí) y la instalación de una contradicción semántica (por ejemplo, disfrazando un acto egoísta como expresión de amor), indicio de la eficacia de la desmentida patógena combinada con la pulsión sádico oral secundaria.

Algunos de los destinos ulteriores de la fijación sádico oral secundaria son el complejo de Edipo invertido y la posición homosexual, en consecuencia, el desarrollo de una desmentida de la castración materna y, por último, la afirmación de la propia omnipotencia gracias a la manipulación afectiva del interlocutor. El modo de defenderse de los sentimientos de inferioridad y de culpa que surgen de la autoobservación del superyó es interponer una postura sacrificial, y expiatoria. La desmentida se expresa así como contradicción semántica, como exigencia. La manipulación mencionada se vale de dos aspectos para llevarse a cabo. En primer lugar, se instala en el superyó ajeno y despierta culpa, por otro lado, induce al desarrollo de sentimientos de gratitud, felicidad, amor, reconocimiento y contrarresta otros de carácter egoísta y narcisista.

Este sistema está basado en una contradicción semántica que llama amor al egoísmo, ya que quien exige dice hacerlo por amor al otro, y sacrificarse por él cuando el deseo subyacente es de carácter egoísta y narcisista. Dicha contradicción deriva de situaciones infantiles en las cuales el yo se vio impelido a procesar una decepción colocándose como sombra del estado afectivo ajeno.

La exigencia es el núcleo patógeno de la estructura preconciente de las depresiones y melancolías. Su estructura es una contradicción semántica

que contiene cuatro términos: un significante que alude a un significado inverso, un refuerzo de dos reproches: el impedimento de la crítica y el de la fuga. Se produce, como consecuencia de dicha contradicción, no un apoderamiento de la motricidad voluntaria sino de los afectos (dolor, culpa).

Rosolato (1975) describe una tríada: sacrificio - (expiación), reparación – perdón ligada al esfuerzo de la defensa por restablecer el contacto con el ilusorio paraíso perdido. Maldavsky (1986) describe al sacrificio, o sea, la renuncia a un deseo como la transformación de la tentación, la reparación como la transformación del pecado y, por último, el perdón como la transformación del castigo y el retorno a la ilusoria felicidad primordial.

Refiere Freud (1915) que el proceso psicótico se desarrolla a lo largo de tres momentos sucesivos que dan cuenta del pasaje de la retracción narcisista a la restitución. La particularidad de las situaciones en las cuales se ha producido una fijación sádico oral secundaria es la siguiente: el primer momento de retracción narcisista se manifiesta como deseo de autodevoración; se retira la libido del superyó (de la función de formación de ideales) hacia el yo y se produce, como consecuencia una imposibilidad para discernir lo bueno de lo malo, lo útil de lo perjudicial. El segundo momento de consumación del acto se evidencia como estado de exaltación en el dolor, ilusorio sentimiento de sí gracias a la ingesta de su doble reasegurador. Se produce una retracción libidinal desde el superyó (abolido) hacia el yo y un triunfo maníaco: el yo pierde distancia con respecto al ideal, al cual ha asimilado a su estructura. Se ofrece a si mismo un doble como garante de su omnipotencia, acto de apropiación que tiene el modelo de la devoración. Por último, en el momento reconstitutivo surge la queja posterior por los efectos del acto previo, el doble pasa a ser exterior y hostil, el destino del yo pasa a ser entonces una entrega a ser consumido para el goce de ese otro, constituido por lo que él mismo supuso haber sido antes, o sea, a un superyó sádico preconiente separado generado por el masoquismo inconciente del yo. En el momento reconstitutivo de la melancolía: el yo cae víctima de este juicio de maldad e inutilidad, se desconstituye en el yo la posibilidad de generar juicios positivos, derivados del empuje de Eros. La libido sobreinvierte frase hipercríticas dirigidas desde la

instancia moral y autoobservadora contra el yo siendo su destino la desaparición, la autoaniquilación.

Si se ligan estos conceptos con las fantasías primordiales se obtiene el siguiente cuadro de doble entrada:

<b>Fantasías primordiales</b>		<b>1° Transformación</b> (Contenidos preconcientes accesibles conciencia)
Seducción (despertar de un deseo de autodevoración en el doble)	Tentación	Sacrificio
Escena primordial (consumación de un acto sadomasoquista de ingesta que promueve un estado de exaltación, de goce en el dolor)	Pecado	Reparación (entrega del bien anudado al deseo sacrificado)
Castración (queja por los efectos del acto previo, ej: mirarse las uñas comidas, malestar estomacal por lo	Castigo	Perdón

incorporado, doble de sí)		
------------------------------	--	--

En las melancolías la defensa no se liga a los deseos, como en las neurosis ni a los juicios provenientes de la realidad como en las esquizofrenias o en las paranoias sino a los juicios provenientes del superyó (Freud, 1924). El yo realiza esfuerzos por desarticular al superyó y retira la libido permaneciendo como puro cultivo de la pulsión de muerte, debido a lo cual Freud la denomina a esta estructura neurosis narcisista.

A lo largo de su obra Freud describe diferentes teorías articuladas del superyó (Maldavsky, 1980). La teoría de las representaciones sustenta un origen verbal del superyó, o sea, ligado a la palabra oída. Está estructurado al modo de un imperativo categórico y su investidura proviene de manera directa del ello sin mediación del yo que no puede ejercer su poder crítico. La teoría de las identificaciones sostiene que el superyó surge como consecuencia de una renuncia a una investidura libidinal, a un deseo de ser o de tener. La desinvestidura objetal va acompañada de una identificación secundaria y de allí deriva el superyó. La libido no recae sobre el yo sino sobre el ideal, al comienzo identificado con los padres, luego con otras personas de autoridad, por último se vuelve más abstracto y no coincide con persona alguna. A diferencia de esta función de formación de ideales del superyó, las otras dos funciones (autoobservación, conciencia moral) se apoyan en esta última, ya que ambas implican considerar al yo a partir de valores. Los diferentes afectos desarrollados en el yo se encuentran ligados al sentimiento de sí y a la culpa.

El yo que promueve la defensa frente al displacer producido por estos afectos es el yo placer purificado. Desde un punto de vista económico puede decirse que se realiza un débito de la libido que se retira del superyó; desde un punto de vista dinámico, que es una defensa ante el superyó y, por último desde un punto de vista tópico, que es un proceso inconciente, en el interior del yo, que disuelve identificaciones.

Los efectos que produce la defensa se hacen sentir en el momento reconstitutivo como producto de la desconstitución de un sector del superyó y derivado de una transformación de las investiduras libidinales. En consecuencia, es imposible para el yo hallar un sentido a la realidad y tomar iniciativas preconcientes. El juicio de atribución proyecta ahora al yo, lo condena al no ser.

A diferencia de lo que se produce en los estados de humor (Freud 1927) en los cuales se produce una sobreinvestidura libidinal en el superyó, en la melancolía éste permanece despojado de las investiduras libidinales y queda reducido a un puro cultivo purificado de la pulsión de muerte.

Mientras que la desestimación pretende desarticular los tres sectores de la estructura superyoica, o sea, la autoobservación y la conciencia moral, refutando los juicios acusatorios o denigrantes (promotores de culpa y desvalorización en el yo) y sobre la formación de ideales, la desmentida sólo intenta rechazar las dos primeras. En las melancolías entonces, “no existe para el yo una decisión y un acto que se justifiquen como útiles, y paulatinamente se perfila una única elección válida: el suicidio” (Maldavsky, 1986, pág. 565). O sea, mientras que la desmentida conserva el sentimiento de sí la desestimación permite refutar el juicio que diferencia entre el ideal y el yo en el momento maníaco, allí quedan soldados, el ideal se descomplejiza y se acerca al yo, grandioso, sin sentimientos de inferioridad ni culpa, todo le está permitido. En cambio, en el momento reconstitutivo se evidencian los sentimientos de inferioridad y culpa en forma irrestricta por la resexualización del superyó, el sentimiento de sí se encuentra en el exterior vuelto hostil pudiéndose apelar sólo al autoerotismo.

Mientras que todas las estructuras narcisistas tienen en común y comparten la defensa, la desmentida, evidencian también algunas diferencias, entre ellas los dobles, al cual apelan para desmentir el juicio traumatizante y las fijaciones. En la melancolía la fijación se produce en el momento evolutivo

caracterizado por la devoración y el sadismo dentario cuyo placer masoquista es el sentimiento de culpa, el dolor moral y la desvalorización.

Por ejemplo, si se comparan la perversión y la depresión se encuentra la misma defensa (desmentida) y el mismo yo, (placer purificado), la diferencia entre ambas estructuras radica en qué se pone como sustituto de aquello desmentido. Mientras que las perversiones colocan un doble de sí, en el cual se privilegia la marca sexual, la depresión apela a un doble centrado en torno de la expresión verbal (melódica), facial o postural equivalente a una sombra.

El sentimiento de culpa deriva del deseo de ser reconocido, amado. En otras palabras, el dolor por la falta de reconocimiento y amor se presenta como sentimiento de culpa. Es posible observar en estos procesos una doble vertiente: en el reconocimiento se pone en juego un proceso judicial, o sea, un juicio atributivo que pretende reencontrar en el yo los valores contenidos en el ideal. Surge así el amor del superyó y su expresión amorosa. En cambio, el desconocimiento del superyó pone de manifiesto, en el plano pulsional, aborrecimiento, cólera y dolor moral. Este proceso afectivo y judicial arrasa con ciertos amortiguadores preconcientes transaccionales y empuja hacia el deseo suicida, o sea, una meta autodestructiva.

La meta terapéutica será entonces, en estas estructuras, disminuir la sobreinvertidura restitutiva (resexualización), la degradación, el masoquismo moral y sustituir la resexualización por la desexualización.

A su vez, el sentimiento de culpa se neutraliza con la asunción de una postura grandiosa, que redime los pecados ajenos y hace recaer sobre sí los castigos morales pertenecientes a otros.

Mediante la manipulación afectiva es posible, asimismo, intentar procesar la pulsión de muerte a través del apoderamiento de la motilidad aloplástica ajena. La postura sacrificial parece ser una desfiguración del deseo homosexual, transformación que se basa en una regresión pulsional y yoca a

otro conjunto de frases, debido a lo cual la manera de tramitar los sentimientos de humillación y vergüenza consiste en “colocar la otra mejilla” (Maldavsky, 1999, pág. 291) mediante una expiación que intenta recibir el amor del superyó.

El programa expiatorio y sacrificial, (caracterizado por deponer el propio egoísmo en nombre del amor), culmina en un fracaso ya que en el destinatario de los sacrificios aparecen la ingratitud, el afán de venganza, los celos y la envidia (inherentes a la paranoia, si prevalece la desestimación o a la postura trasgresora si predomina la desmentida). Debido a ello el encuentro con un personaje con dichas características resulta necesario y no contingente. La lógica del amor obtura la posibilidad de procesar los sentimientos de injusticia, motivo por el cual el hecho de consultar, por ejemplo, a un abogado, pondría en evidencia una buena evolución clínica.

Algunos de los destinos de la pulsión sádico oral secundaria van desde la alteración somática hasta la expresión de las emociones y la tramitación simbólica. Dichos destinos se encuentran interrelacionados, cuanto mayor es el procesamiento simbólico, menor es la dependencia de los estados afectivos ajenos. A su vez, si el sujeto paranoico del cual depende el paciente se vuelve más poderoso, el afecto puede quedar desestimado por lo cual en lugar de las emociones predominan las perturbaciones somáticas.

Se agrega a este marco los llamados *panic attacks*, a los que puede equipararse a las angustias de muerte que Freud (1923) consideraba como derivadas del deseo de dejarse morir (Maldavsky, 1999), o sea, como una consecuencia de la pérdida del amor del superyó, y una desinvertidura del yo por libido y por autoconservación. Cuanto mayor es la vivencia de fracaso en los nexos con el mundo mayor es la condena por parte del superyó. Como consecuencia, pueden entenderse las alteraciones somáticas como una transacción entre el dejarse morir y el disfrutar del hecho de estar vivo. Al desaparecer estas soluciones intermedias suelen aumentar las angustias de muerte.

Por último, cabe señalar que así como en las paranoias suele sustituirse “yo” por “él” o “ella” en las melancolías queda sustituido el “yo” por “tu”, reemplazo que refleja los vínculos centrados en torno de las introyecciones y las identificaciones, la dependencia amorosa y el énfasis en los estados afectivos. En las melancolías la agresión motriz se encuentra dirigida hacia el propio yo, a diferencia de las paranoias, tal como refiere Freud (1917) los autorreproches son quejas a un objeto y pueden desencadenar un suicidio. “El yo le habla a un objeto anhelado y ausente que no termina de decretar como perdido, a quien reprocha el dolor que le provoca con su falta” (Maldavsky, 1986, pág. 556).

#### 1.2.4 Pulsión sádico anal primaria

La pulsión anal primaria es un lenguaje del erotismo compuesto debido a que posee dos fuentes de aporte sensual: la mucosa de la ampolla rectal (a los que se le agrega los de cada sector erógeno como la zona que conduce al excremento hacia la eliminación y el esfínter de salida) y el desempeño motriz aloplástico que abarca todo el cuerpo pero sobre todo las extremidades.

Freud (1931) describe al goce pasivo por perder que caracteriza esta voluptuosidad como un estallido orgásmico de furia en la defecación. Dicha rabia pone en evidencia la aspiración a retener de modo infinito el excremento, sustancia activa excitante, debido al goce que genera.

Como consecuencia de ello es posible discernir dos tipos de goces que caracterizan esta erogeneidad: uno se propone como infinito, y el otro, resolutorio, se acompaña de un estallido de humillación y vergüenza ante la pérdida del excremento. Como consecuencia de este estallido de goce surge un desempeño motriz violento, rabioso, a través de la motricidad aloplástica, pataleta que agota la energía de reserva. De este modo al goce pasivo en la ampolla rectal se ensambla el sadismo motriz aloplástico.

Se complementan así la meta por perder, tributaria del erotismo anal, y la meta por aniquilar, tributaria del sadismo. Esta última implica arrojar algo fuera de la mirada y hacer que desaparezca como Freud describe en el juego del carretel (1920). La mirada juega un importante papel en la configuración del mundo sobre el cual recae la agresividad y en la creación del doble específico correspondiente a esta voluptuosidad. Se constituye como imagen especular que se presenta al comienzo como modelo e ideal y tiene por función lograr el pasaje de la pataleta a la coordinación motriz necesaria para un desempeño sádico dirigido a otro.

A partir de la mirada es posible diferenciar la percepción visual del propio cuerpo y la de los otros que presenta un carácter externo, del dolor, puramente interno, del tocarse que aporta sensaciones interna y externa. A las metas de perder y aniquilar se le agrega una tercera consistente en extraer, hacer que el otro pierda el control motriz y tenga un estallido de goce expulsivo.

Se constituye de este modo el afán de venganza como el motor desiderativo de este erotismo y la venganza como ideal o valor a alcanzar.

Como consecuencia del esfuerzo por repetir motrizmente lo percibido (secuencia de movimientos, combinatoria de actos sonoros) la configuración de la materia sensible es captada con un grado creciente de discretización y diferenciación.

Una nueva lógica (que crea y combina representaciones) comienza a regir sobre la percepción y la motricidad. Freud sostuvo en la Carta 52 (1900, 1950) que cada estrato anímico se rige por criterios diferentes. Describió allí una secuencia que comienza con la simultaneidad, continúa con la analogía y concluye con la causalidad. Maldavsky (1999), por su parte, agrega que la causalidad es común a todos los lenguajes del erotismo y la diferencia radica en qué es lo que resulta enlazado en términos causales. Considera este autor que los lenguajes que abarcan hasta el erotismo sádico - anal primario la causalidad liga un acto psíquico (afecto, desempeño motriz) con una percepción. Sólo con posterioridad, a partir del desarrollo del erotismo anal

secundario, las lógicas combinan entre sí causalmente representaciones y pensamientos con cierta autonomía del mundo sensorial.

Dos son los mecanismos que caracterizan a este lenguaje de pulsión, uno es la desestimación de una realidad decepcionante y el otro es la proyección. El primero sólo adquiere carácter patógeno si interfiere en el desarrollo psíquico ulterior, o sea, de estructuras más refinadas, o bien si conduce a desarticular las existentes para reemplazarlas de modo defensivo por otras más elementales. En cuanto al segundo mecanismo citado, la proyección, puede ser utilizado con el fin de colocar una formación sustitutiva, en este caso una imagen especular, en lugar de aquel fragmento de la realidad que se ha desinvertido con el fin de sostener el narcisismo.

Es posible asimismo el recurso a la desmentida no patógena hasta alcanzar un mayor grado de diferenciación psíquica. La formación sustitutiva que se coloca en el lugar de la percepción y el juicio rechazados conserva un mayor respeto de la realidad objetiva y se constituye como transacción entre dos corrientes psíquicas, la acorde al deseo y la acorde con las percepciones y los juicios consiguientes.

El ideal del yo derivado de esta fijación es la justicia y en la estructura de la representación grupo correspondiente el lugar de modelo o ideal está ocupado por un personaje justiciero. Otro se identifica con él, un sujeto omnipotente, héroe mítico que tiene un desempeño vengativo. Otros padecen los actos violentos en los cuales el masoquismo compensa con una identificación (dobles) con la postura sádica a partir de la cual logran recuperar migajas del equilibrio narcisista. Por último, otro grupo de personajes se ubican como ayudantes que padecen el maltrato del resto sin poder recurrir a una identificación con otras posiciones del conjunto.

El desenlace del conflicto entre los complejos de Edipo y de castración se presenta como goce masoquista por ser humillado y avergonzado en un escenario carente de leyes, insignias, grupos antagónicos netos, jueces y público. Por el contrario, la gesta heroica suele ser solitaria y singular, se pone

de manifiesto en la misma la desconfianza, acompañada de certeza, y prevalece el deseo de venganza por sobre el competitivo.

Los relatos suelen presentarse en una secuencia canónica en la cual el estado inicial pone en evidencia una *pax* jurídica natural gracias a que un líder resuelve las tensiones manteniendo un equilibrio en la justicia y neutralizando el abuso de poder. Luego, éste es sorprendido por su inmadurez, inexperiencia ignorancia o carencia de recursos debido a lo cual, en un segundo momento, padece una injusticia y se despierta un afán de venganza. A partir de entonces, dicho protagonista comenzará a construir un plan vengativo, por ejemplo, aniquilando a los ayudantes del líder del grupo opositor contando, a su vez, con la ayuda de un líder espiritual que lo alienta en la gesta heroica. Por último, un combate central lleva a cabo la venganza del ultraje padecido.

El desenlace de este proceso puede ser eufórico, de triunfo o consagración o disfórico, de derrota, humillación, encierro e impotencia motriz. Sin embargo, el final de la secuencia transforma, a veces, en héroes a los mártires derrotados y los aparentes héroes son estigmatizados por la historia.

En el estado final se cierra el pasado en el cual se sufrió la afrenta. Sin embargo, tiene una eficacia siempre presente, el tiempo transcurre y se comienza a desplegar el momento de nostalgia, de evocación del pasado ilusorio y el llanto por los muertos. El final suele presentarse, a su vez, como un retorno a un momento inicial y se reinicia el ciclo.

Las figuras retóricas prevalentes son de naturaleza pragmática del tipo de las órdenes, acusaciones, denuncias, desafíos, provocaciones. También pueden ponerse en evidencia adición o insistencia de un acto verbal como, por ejemplo, una sucesión de amenazas; una inversión, como el halago en lugar de la injuria; por último, una sustitución, por ejemplo, un gesto que reemplaza a una orden.

En cuanto a las palabras que caracterizan este lenguaje de pulsión se encuentran entre los verbos, “vengarse”, “amenazar”, “apresar”, “confesar”, “batallar”, “robar”, “corromper”, “encubrir”, “denunciar”, “insultar”, “sobornar”. Algunos sustantivos son “juez”, “confesión”, “prisión”, “soborno” y numerosos adjetivos y adverbios ligados a la temática descrita.

Por último, a través de la utilización de las palabras como actos es posible generar un estado de parálisis en el interlocutor y entramparlo en contradicciones pragmáticas. Éstas consisten en dos órdenes contrapuestas, de diferente grado de abstracción. Con diversos argumentos, por ejemplo, la excepcionalidad de la situación o del protagonista en cuestión, una de ellas, la más específica, pretende ignorar, desafiar o corromper a la otra, más general, que puede no estar explicitada.

En el caso de que no sea posible desembarazarse de la situación, ya sea, a través del cuestionamiento de la contradicción o de la fuga se dan situaciones con un mayor poder entrampante debido a la presencia de una estructura de órdenes más compleja. En ese caso a la paradoja pragmática se le agrega las prohibiciones de cuestionamiento de la contradicción y la fuga. Un ejemplo de ello es la confesión de un acto criminal durante una sesión terapéutica ya que suscita una contradicción entre una orden genérica, el deber de denunciarlo y otra específica, no ser infidente y guardar el secreto profesional. Este proceso posee un valor entrampante agravado por la imposibilidad de cuestionar la contradicción o de huir.

#### 1.2.5 Pulsión anal secundaria

A diferencia de las fases anteriores en este periodo no surge una nueva zona erógena sino nuevas metas pulsionales que se logran a través del uso de la musculatura, del esfínter anal y del resto del cuerpo. Dichas metas son: guardar, retener, cuidar, poseer, dominar, controlar.

La complejización yoica promueve la creciente eficacia del preconciente verbal, y se abre la posibilidad de proferir los sonidos que nominan las diferentes partes de cuerpo.

Se complejiza, en consecuencia, la representación cuerpo ya que la lógica de la contigüidad imposibilitaba la separación de la individualidad, en cambio, la posibilidad de recibir y proferir un nombre introduce una diferenciación. Esta capacidad que brinda el control de la musculatura del esfínter anal posibilita la constitución de una representación cuerpo propio y ajeno como totalidad cerrada. Dicho dominio se enlaza con la inscripción de la capacidad de regulación del esfínter y con la posibilidad de nombrar.

Dicha unificación nominativa se articula con la unificación visual y motriz. Es factible ahora la sustitución del anhelo de ver el acto defecatorio por su nominación. Se crea así una ilusión de omnipotencia nominativa gracias a la superación de la humillación producida por el fracaso del control de las heces.

Sin embargo, la organización visual de la representación cuerpo es incompleta debido a lo cual es privilegiado el tacto porque informa acerca de lo que no tiene otro registro perceptual.

Freud, (1923) refiere que el cuerpo “proporciona al tacto dos clases de sensaciones, una de las cuales puede equivaler a una percepción interna” (pág. 27). Vista y tacto adquieren un carácter complementario y contradictorio. La unificación de la representación cuerpo posibilita la síntesis de la actividad y la pasividad bajo la forma de un verbo reflexivo: contenerse, dominarse.

Se complejiza así la proyección de una de las sensaciones, que era atribuida al otro, el vínculo táctil asociado con el goce cambia en esta etapa por el placer del tocarse a sí mismo y por la sensación de dominio que esta actividad produce. La representación cuerpo es no sólo objeto de sensaciones internas sino también de percepciones. Sujeto y objeto coinciden en el plano de las representaciones como patrimonio yoico y el tocarse deviene una actividad autoerótica.

Comienza a gestarse una novedad psíquica, un rudimento del sentimiento de culpa, la mala conciencia, precursora del yo, como producto de la unificación del cuerpo que implica también la articulación de actividad y pasividad. Es posible reconocer, en consecuencia, una relación causa – efecto respecto de las propias conductas.

Esta representación cuerpo permite, a su vez, el surgimiento del inicio de la geometría topológica cuyo origen es una conquista yoica que consiste en la articulación entre el tacto y la motricidad con un ordenamiento visual (Piaget e Inhelder, 1973).

Las heces, surgidas del propio cuerpo dotaban de significación al espacio exterior. En esta etapa se produce una novedad consistente en su transcripción en parámetros visuales al articularse con palabras. Su efecto es la unificación del cuerpo a través de una nueva lógica, la analogía. Dicho enlace analógico se da entre distintas inscripciones por simultaneidad.

La palabra es entendida como un don materno quien otorga nombres al cuerpo y sus partes que reciben una marca. A partir de allí se inscribe un nuevo tipo de erogeneidad en el ámbito de la palabra. De este modo, gracias a la proyección de la erogeneidad en la palabra (como punto de encuentro entre pulsión y sensorialidad) el yo reencuentra en el nombre un núcleo de sí.

Las teorías sexuales infantiles resultan de la conjunción entre libido narcisista y egoísmo, procuran dar respuesta al interrogante acerca del origen y se constituyen como forma de dominar el trauma divisado ante el discernimiento del complejo del semejante.

En dichas teorías las vivencias, la sensualidad y las representaciones propias se constituyen como lenguaje. Se enlazan lo visto y lo oído con una jerarquización del primero. Estas teorías intentan explicar aquello que no se ve pero de lo cual hay indicios que pueden ser registrados a partir de los efectos producidos, también registrados por la vista. Para ambos sexos es el

nacimiento de un rival, se le añade a la niña la falta de pene. Del mismo modo que se tiene la ilusión omnipotente de dominio sobre el propio cuerpo se intenta la preservación de la herida narcisista a través del dominio de la realidad exterior.

Las diferencias sexuales son categorizadas desde la lógica de la presencia o ausencia de pene y entendida como existencia o no de un cierre. El otro pasa a ocupar alguna de las posiciones que antes coincidían en el yo, o sea, un objeto pasivo o un sujeto activo

El yo se identifica a un modelo o ideal producto de la proyección de los estados pulsionales en un soporte sensorial. Un nuevo vínculo es producido así con la propia pulsión, el cuerpo erógeno queda atravesado por palabras ante las cuales la rebeldía culmina en sometimiento.

El uso del “no”, posibilidad de inhibir una acción motriz, posibilita el dominio ilusorio de sí. Se produce de este modo una importante conquista anímica, la intelección del término “no” que ya se encontraba disponible con anterioridad. Parece ser una transacción entre pulsión de muerte, sexuales y de autoconservación. En sus comienzos el “no” se constituye como un acto expulsivo que realiza una voluntad hostil propia o ajena. Más adelante se transforma de un acto motriz a un acto verbal opuesto al primero generando una disyunción que anticipa la conquista del símbolo de la negación.

El privilegio del componente cinético que caracterizaba a la representación cuerpo se subordina ahora a la palabra. La prohibición proveniente del modelo es incorporada como propia. Este proceso es el anticipo de la constitución del yo real definitivo que supera la inmediatez del presente gracias al predominio del preconiente verbal ya que es posible recordar una vivencia sin necesidad de repetirla. En consecuencia, se establece una temporalidad distinta a la anterior ya que es posible la diferenciación del pasado y del presente.

La expulsión de lo displacentero se acompaña de una exclamación que reproduce el acto tal como Freud (1920) describe la exclamación del bebé cuando reproduce el “o-o-o” al arrojar el carretel.

Las pulsiones de autoconservación invisten con egoísmo este tipo de motricidad y dan lugar a la producción de sonidos articulados en palabras que quedarán asociados luego al placer por dominar.

En relación a los afectos que se desarrollan en este período puede decirse que el discernimiento del complejo del prójimo, posibilitado a través del surgimiento de la lógica analógica, trae aparejada la constitución de un nuevo lugar psíquico: el del rival fraterno. Sobre él se dirige la investidura hostil cuya meta es el dominio.

Los desarrollos de afectos simples son aquellos placenteros que se relacionan con las metas pulsionales directas, por ejemplo, el esfuerzo por dominar la motricidad voluntaria, el placer por ensuciarse, o la autoestimulación anal a través de la expulsión o retención de las heces. Otro desarrollo de afecto simple es el que se relaciona con el temor a la pérdida de amor y la protección de los padres como consecuencia del sadismo del yo.

Otros derivan de una composición pulsional, por ejemplo, la pulsión de ver, que es una transformación del deseo de aferrar y la pulsión de saber, proveniente de la pulsión de ver. También la pulsión de saber, deriva de las pulsiones de autoconservación (Freud, 1905), que incluyen un conjunto de necesidades vitales: ver el objeto de satisfacción y aferrarlo. De estas dos últimas surge la pulsión de saber cuyo fin es dominar al objeto.

A partir de dicho deseo de saber se originan las teorías sexuales infantiles y se liga al placer por extraer del modelo un don, una palabra. Las heces adquieren el valor de un regalo, una entrega amorosa a la madre. Se espera recibir a cambio palabras que contengan un conocimiento y del mismo se deriva el placer por aferrar un saber.

Otro desarrollo de afecto, la desconfianza, puede derivarse también de este deseo cognitivo. Se pone en evidencia cuando el infante supone que sus padres, a partir de un deseo hostil dirigido a ellos, tienen una conducta retentiva con respecto a las palabras que confirmarían sus vivencias corporales. En cambio, otro desarrollo de afecto, el sentimiento de convicción frente a la palabra del otro, se produce cuando existe coincidencia con las vivencias. O sea, a partir del enlace entre percepción y actividad psíquica se produce este sentimiento de credibilidad, de dar crédito.

Los celos y la envidia, desarrollos de afecto complejos, no pueden mantenerse en amago debido a que el yo es incapaz de inhibirlos. Se encuentran dentro de la gama de la cólera producto de una particular posición del yo "fuera de sí", cuya base es la combinatoria de un deseo de ser con otro hostil.

La complejidad de los celos en el contexto del complejo fraterno enlaza el dolor, por la pérdida de un don; la humillación, debido al fracaso de la utilización de ayudantes; la culpa y el sentimiento de inferioridad, como consecuencia de la comparación del yo con el ideal.

La envidia, en cambio, entraña el deseo de tener algo, un don sobreinvestido con libido, con frecuencia vinculado con lo visible: en la niña ligado al pene y en el varón a la fuerza paterna. A este deseo se le añade otro hostil hacia el rival y un afecto, el dolor psíquico. Suelen asociarse a los afectos descritos otros como la humillación, la desvalorización y la crítica y también un deseo hostil hacia el modelo que concedió los dones deseados al rival y privó de ellos al yo de manera injusta. Surge, como consecuencia, una decepción con respecto al ideal transformada más adelante en una furia que aviva el deseo hostil.

La envidia supone el desarrollo de un goce irrestricto en algún lugar, un yo placer purificado, o sea, el don supuesto en el otro es un goce que el yo vivenció o creyó haber vivenciado y luego perdió.

### 1.2.6 Pulsión fálico uretral

El erotismo uretral parte de una incitación pasiva en la mucosa erógena vesical siendo la orina el componente activo. Dos tipos de goce entran en conflicto, uno de ellos deriva del esfuerzo por retener el objeto estimulante, el otro es consecuencia de que dicho objeto arranca a la mucosa un estallido orgástico, expulsivo, perdiéndose así la sustancia que había sido retenida de modo desafiante. Un estallido de humillación y vergüenza acompaña a dicho orgasmo al doblarse el esfuerzo muscular retentivo.

Algunos rasgos permiten diferenciar dicha pulsión con la sádico anal primaria. Uno es la posibilidad de enlazar la micción con la percepción visual y con la palabra. Otro reside en la imposibilidad de dirigir la orina hacia el interior del organismo, sin riesgo vital, rasgo que introduce un límite a un goce que se propone como infinito. Por último, al erotismo uretral se le agrega la voluptuosidad fálica a diferencia del anal al cual se le adosa un sadismo muscular aloplástico.

Asimismo, el goce uretral va acompañado del estremecimiento que deriva del brusco vaciamiento vesical que crea un efecto de succión o aspiración. La actividad urinaria opera según el sistema de una bomba aspirante – impelente en la cual la expulsión genera un vacío succionante. La metáfora del sueño de la inyección de Irma (Freud, 1900) se basa en este principio. Como consecuencia del supuesto de que es posible una inversión del camino de la orina en la micción, en cuyo caso la uretra pasa a ser una vía para ser penetrada, pueden producirse temor a infecciones.

Un modo de ligar la pasividad erógena uretral vía motricidad es enlazar la micción con la imagen visual y con la palabra. Se adjudica entonces el valor de un territorio propio a aquello marcado por la orina. La furia por perder el goce producido por la excitación pasiva en la mucosa vesical se transforma en el apoderamiento de un espacio ajeno. Debido a este acto de autoafirmación hostil el otro queda ubicado en un lugar pasivo, humillado y avergonzado.

Por otro lado la imposibilidad de abandonar la excitación pasiva puede culminar en un orinarse pasivo, posición que se complementa, a su vez, con la vivencia de padecer la humillación por ser objeto de la micción de un sujeto activo y ambicioso.

El erotismo uretral se enlaza con un universo visual tomado como propio a partir de una marca, la orina, o sea, aquello que sale de mí. La espacialidad psíquica desde la cual se genera el proceso proyectivo está constituida por representaciones cosa, palabras y pensamientos. Esta proyección es funcional, no defensiva, pero puede estar, sin embargo, al servicio de la defensa cuando la realidad es decepcionante.

De este modo se funda un espacio visual como posesión propia, o sea, un terreno familiar. Sin embargo, dicho espacio contiene las marcas previas del espacio preexistente debido a lo cual se produce la competencia, que caracteriza el deseo ambicioso, entre ambas improntas.

Este espacio visual sobre el cual pretende avanzar lo anímico está poblado de fantasías en las que quedan distribuidas tres posiciones: la de quien marca el territorio como propio, o sea, el que se ubica en una posición activa; la de quien sufre la marca, que se ubica como pasivo, posición que se pone en evidencia en el dicho “estar meado por los perros” (Maldavsky, 1999); la de aquello usado para marcar (la orina).

El avance hacia territorios marcados por otros con el objeto de conquistarlos requiere la transformación de este erotismo en deseo ambicioso y la sobreinvestidura de una imagen de potencia que permita la conquista en diferentes planos, por ejemplo, motriz, sexual, cognitivo, ético. El sujeto identificado así con un aventurero avanza por terrenos que pertenecen a un enemigo más poderoso y que puede responder de modo hostil ante la intrusión. Debido a ello dicho avance se encuentra siempre acompañado de angustia.

Asimismo la fijación en la postura pasiva se acompaña del privilegio de desempeños motrices que jerarquizan el componente táctil relacionado al contacto y al frotamiento, por ejemplo, el contacto con otro cuerpo. De este modo el tacto se constituye como recurso para trasponer en actividad las sensaciones pasivas registradas en mucosa. Otro camino tendiente a expresar esta trasposición de la pasividad en actividad parte del supuesto de la aplicación del modelo de la bomba expelente - aspirante a la respiración. O sea, una manera de introducirse en el objeto, influir en sus procesos psíquicos y producir una alteración de la economía pulsional es a partir de la exhalación de sustancias que ingresan en los pulmones ajenos, que pueden llegar a ser calificadas como olores. También el oído es un posible recurso para apoderarse de la voluntad ajena, sobre todo el componente musical.

Por otro lado, como consecuencia de la actividad del pensar se genera, en ambos sexos, una nostalgia del pene materno. Dicha nostalgia se presenta como acechanza de una palabra inexistente. El fundamento del complejo de castración pasa ser así la falta de una palabra para nombrar el falo materno ya que los nombres disponibles son íntimos o cultos. En suma, el complejo de castración es introducido por dicha ausencia nominativa, constituye una herida narcisista y el trauma específico de este erotismo y es, además, el primer paso de la represión originaria.

Debido a que la ausencia nominativa recae sobre la representación madre investida como ideal la castración afecta también al propio cuerpo. En consecuencia, la admisión de la castración se realiza de modo identificatorio. La producción de sustitutos de las histerias de angustia conserva entonces una actividad retórica sustractiva, como marca del trauma, que elimina o atenúa frases, sonidos, actos violentos o injuriosos. La angustia se evidencia así como práctica destotalizante en el lenguaje.

En cuanto a los mecanismos propios de este lenguaje de pulsión la proyección defensiva es central. Se agregan a éste el desplazamiento, que reemplaza a los objetos originarios por otros que los representan, y la condensación.

Asimismo, se accede a la fijación a un masoquismo erótico fálico uretral, caracterizado por el goce en la humillación, la vergüenza y la angustia, como desenlace del conflicto entre los complejos de Edipo y de castración. El primero de ellos, el goce en la humillación se presenta como ser arrojado o como deseo masoquista de lanzarse desde las alturas. El segundo, como ser quemado o como deseo de incinerarse. Ambos constituyen el modo en que se expresan los celos y la envidia. El último, el goce de ser castrado, se presenta como ser cortado o como deseo masoquista de interrumpirse.

El más específico de estos tres afectos es el goce en la castración. El interrogante es el modo por excelencia en el cual se expresa la angustia inherente al deseo de penetración. Sus funciones son abrir el espacio y el tiempo, descompletar un universo visual, generar aperturas a la actividad del pensar. El afecto que expresa la tristeza por la frustración de un deseo ambicioso es el pesimismo.

El nexo con la función paterna, en torno de la cual confluyen deseos de muerte y proyectos identificatorios, permite sostener el espacio de los interrogantes y no desfallecer por la angustia que estos producen. Esta función puede presentar diversas interferencias, entre ellas, una deriva de la hostilidad mortífera y envidiosa del hijo o hija y otra, de las dificultades del mismo padre. Por ejemplo, de su vivencia derivada de su propia historia edípica de que ejercer esta función implica anticiparse a la realidad de su propia muerte subjetiva. De este modo el hijo pasa a ser el representante del padre, del destino. Como consecuencia de ello, puede generar un vacío en lugar de una hostilidad estructurante o ubicarse como rival del hijo, desafiando la ley que impone el reconocimiento de las diferencias generacionales. El hijo entiende esta posición como expresión de desamor.

Se hará referencia ahora a los relatos que expresan esta pulsión que parten desde las fantasías masoquistas centradas, según ya se describió en la humillación, la vergüenza y la angustia.

Las escenas prototípicas se despliegan en una secuencia que incluye dos estados (inicial y final) y tres momentos intermedios de transformaciones. El estado inicial se presenta como rutina, en un espacio cerrado, barrio, club, pueblo, bar. Un personaje dominante rige a un grupo de personas del mismo sexo que se encuentra en un nexo de rivalidad fraterna, presentando un vínculo de competencia, con predominio de la ambición, la exhibición de poder sexual, muscular, económico y/o intelectual.

Coinciden allí pasado y futuro, interior y exterior, y la tendencia competitiva y diferencial se atenúa por un vínculo identificatorio y solidario entre los protagonistas prevaleciendo la sublimación de los vínculos homosexuales en la amistad y la camaradería.

El modo en que despierta la tensión en el equilibrio preexistente es a través de la aparición sorpresiva de un objeto de deseo atractivo y enigmático circundado por la prohibición de acercamiento y penetración. Pertenece a un territorio ajeno y a un ámbito hostil. Puede despertar un deseo amoroso, cognitivo y/o ético. La puesta en marcha de este deseo implica el desprendimiento de la imagen de potencia y aparente libertad que enmascara la falta de compromiso.

El intento de resolver esta tensión implica profundizar en el objeto e introducirse en él contraviniendo la prohibición de acercamiento. El que avanza va descubriéndose crecientemente contaminado por lo contenido en el seno del objeto. Al fin, uno de los dos resulta humillado, avergonzado, envenenado por los celos y la envidia. A través de su vencimiento el protagonista accederá al develamiento del enigma, o sea, el encuentro con un objeto marcado por su propio apellido, que contiene una referencia al padre muerto.

Las escenas relativas a las consecuencias de haber accedido a este discernimiento pueden consistir en una degradación de la función paterna de la categoría de modelo a la de rival. La desubicación, o sea, la vivencia de estar en lugar equivocado o en momento inoportuno es consecuencia del exceso de competencia y del supuesto de que se es acreedor del desamor paterno. Otra

alternativa es el retorno pesimista a la situación rutinaria, desenlace que complementa a la postura evitativa del progenitor. Este retorno se acompaña de angustia, pesimismo e indefensión ante el azar vuelto en contra. Por último, también puede ocurrir que este discernimiento posicione al sujeto en el lugar de aventurero, alguien que opta por mantener abiertos los interrogantes y el compromiso subjetivo. Ello requiere, sin embargo, el sostén de una función paterna que opere como brújula, como posibilidad de sostener la dignidad al detectar cuáles son los interrogantes ordenadores del conjunto y que dan un espacio a la angustia en el plano de las palabras.

El estado final en su versión disfórica se presenta como un encierro en la rutina propiamente dicha o bajo la forma de un disfraz, o sea, como hipertrofia de la competencia, como modo de sustraerse a la marca de la función paterna. Su versión eufórica, en cambio, se presenta como apertura hacia el futuro y la exterioridad.

Entre las frases inherentes a este lenguaje de pulsión se encuentran los refranes, formados por frases compuestas, y los dichos populares, que poseen una sola cláusula. Ambos pueden estar al servicio de la evitación de una toma de decisión o del avance en cuanto al compromiso vital. Otro tipo de frases son de tipo interrogativo, sobre todo las que corresponden a la localización espacio - temporal. Expresan el problema de la posición del sujeto que procura orientarse y no perder la direccionalidad en la cual se incluye también una dimensión temporal.

En relación a las palabras puede decirse que el sustantivo “amigo” o sus equivalentes hacen referencia al aplacamiento de la hostilidad. Entre los verbos se encuentran: “acercarse”, “acompañar”, “alejarse”, “alertar”, “ambicionar”, “angustiar”, “apaciguar”, “arder”, “avanzar”, “competir”, “contagiar”, “descolocarse”, “domesticar”, “encarar”, “entrar”, “escapar”, “evadirse”, “evitar”, “fugarse”, “huir”, “humillar”, “infectar”, “influir”, “localizar”, “meterse”, “orientarse”, “pavonearse”, “penetrar”, “perderser”, “pintar”, “profundizar”, “quemar”, “tocar”, “tranquilizar”, “ubicar”.

Entre los verbos correspondientes al momento de la rutina se hallan “acostumbrar”, “soler”. Para el despertar del deseo, en cambio, se encuentran “intentar”, “tratar de”, “probar”. Durante la tentativa de consumación se registran “osar”, “atreverse a”, “animarse a”. Por último, para el éxito o fracaso del propósito se encuentran “poder”, “lograr”, “conseguir”. Otros verbos aparecen como atenuadores de una toma de decisión, por ejemplo, “no sé si...”, “creo que...”

En el terreno fonológico se destaca el valor de los sonidos agudos y sibilantes, los sonidos susurrados y cuchicheantes, las supresiones sonoras parciales, como la disminución del volumen de la voz, o totales como el silencio o las palabras cortadas o inconclusas. En el terreno sintáctico cobran relevancia las frases interrumpidas y como complemento figuran las muletillas, cuyo objetivo suele ser no dejar resquicios para la intervención ajena.

Para finalizar se dirá que el ideal dominante es la dignidad que implica sostener una posición singular pese a la angustia, o sea, no consiste en la falta de angustia sino en la posibilidad de sostener un deseo pese a ella. La representación grupal diferencia entre la configuración de los propios y la de los extraños o rivales y cada uno de ellos tiene su propio líder, héroes, tradiciones insignias. En relación al objeto de deseo pertenece al grupo hostil, lo que constituye una forma de injuriar al padre y expresar la propia ambición y evidenciar el modo singular de quedar marcado por el apellido originario.

### 1.2.7 Pulsión fálico genital

El surgimiento de la tensión genital, consecuencia de los cambios en el quimismo corporal, suele darse hacia el octavo año (Freud, 1905) aunque diversos motivos pueden anticiparlo. El mismo se acompaña de una imposibilidad de procesamiento orgánico y más aún psíquico. En consecuencia, la tensión voluptuosa genital no culmina en el correspondiente orgasmo, sino que es reemplazado por otros espasmos tales como la risa, el llanto (Freud, 1941), el dolor o el asco.

El erotismo uretral se apoya en la autoconservación y se inicia como incitación pasiva en la mucosa por parte de la orina. Mientras el goce uretral se fija a percepciones y huellas mnémicas, el goce fálico, en cambio, no se apoya en la autoconservación y tampoco puede enlazarse con representaciones sino, más bien, con su ausencia e impone el trabajo psíquico del pensar. La intelección del propio origen en el padre y no sólo en la madre (Freud, 1939) deriva de este proceso.

El estado tóxico producido es descrito por Freud (1905) como un estancamiento pulsional universal. La estasis libidinal genital incluye a la investidura narcisista y la objetal. La primera se manifiesta a través de la imposibilidad de tramitar las pulsiones parciales reunidas bajo la hegemonía de la voluptuosidad genital no consumable y que inviste un organismo en desarrollo y un yo cuerpo. En cuanto a la estasis de libido objetal, deriva del hecho de que su consumación requiere del enlace voluptuoso con otro cuerpo.

El establecimiento de un mínimo de cualificación requiere un préstamo tomado al lenguaje del erotismo sádico oral secundario. El surgimiento de la tensión genital culmina en estallidos de asco, afecto en el cual se condensan múltiples valores (arcadas, vómitos, negativa a tragar, oposición a abrir los labios). Este afecto relacionado al erotismo fálico genital concentra dos significatividades, una corresponde a la gama del dolor, por ejemplo un sinsabor, un disgusto y la otra a la gama del displacer estético, por ejemplo, el mal gusto (Maldavsky, 1999).

La tensión pulsional genital se presenta entonces en sus comienzos como un estado tóxico, o sea, como un estancamiento pulsional específico que más adelante empieza a adquirir cualificación y a través del lenguaje del erotismo sádico oral secundario conquista una dimensión psíquica.

El proceso introyectivo al que alude Freud (1925) al referirse al juicio de atribución que caracteriza al lenguaje de la pulsión oral secundaria (similar al ocurre con las identificaciones) es una trasmutación psíquica de actividades orgánicas de incorporación y parte de este criterio: lo tuyo en mí.

En esta etapa ocurre algo similar a lo que sucede en la etapa oral secundaria cuando se plantea el problema de cómo dotar de significatividad a ciertas partes del cuerpo accesibles al tacto pero no a la mirada como las partes o la totalidad del rostro. Dicha significatividad es otorgada por los padres colocados en el lugar de modelos a través de la nominación debido a lo cual ser implica ser nombrado.

Se apela a este mismo recurso O2 en la etapa fálico genital momento en el cual dicha problemática se presenta de un modo más acuciante en la mujer que en el varón debido a la imposibilidad de ligar la excitación con la percepción visual directa de la región genital. Sin embargo, pueden entenderse las manifestaciones de flatos y eructos de los púberes varones como un intento de ligadura de la genitalidad a las manifestaciones.

Si ocurre una fijación en esta etapa caracterizada por la interferencia en el goce fálico genital suele suceder que una pulsión no se integre al conjunto de las pulsiones parciales y aspire a su hegemonía, siendo, de modo frecuente la pulsión sádico anal primaria. Se manifiesta como un sentimiento de injusticia contrario al intercambio genital y se acompaña, en ambos sexos, de un sentimiento de envidia hacia el goce solitario atribuido al otro. En síntesis, la sensualidad se combina con un intenso sentimiento de envidia e injusticia.

El complejo de castración era hasta el momento refutable al hacer resaltar los encantos perceptibles, sin embargo, ahora dicho juicio implica otro grado de generalización: si ninguna mujer tiene pene, y mi madre es mujer, entonces... La angustia por la fragmentación estética del cuerpo se manifiesta entonces como otro afecto, diferente al asco, el horror.

Por otro lado, también el padre, no afectado por el juicio de la castración, cae, sin embargo, del lugar de ideal por un juicio que no deriva de la percepción sino de una deducción: si todos los hombres son mortales y mi padre es hombre, entonces...

El odio al padre y el deseo de aniquilarlo, que se tornaba ineficaz frente a un padre invulnerable, cambia ahora de valor. El padre es ubicado en la escala laboral y se vuelve frágil. La violencia dirigida contra él permite entonces el acceso al juicio que lo decreta anticipatoriamente muerto.

El modo de procesar el erotismo fálico genital durante la latencia está dado a través del énfasis creciente del pensar por sobre el percibir y el representar que culmina hacia los ocho años en las deducciones basadas en la clasificación y la seriación (Maldavsky, 1980, 1986, 1990).

El esfuerzo por procesar este erotismo se extiende durante toda la adolescencia y sigue el doble lineamiento del hallazgo de objeto y el desasimiento de la autoridad de los padres (Freud, 1905). El camino por excelencia para la tramitación de la pulsión fálico genital lo constituye el pasaje del amar al ser amado (movimiento narcisista secundario).

Con respecto a la fantasía masoquista correspondiente al erotismo genital en ambos sexos (Freud, 1924) se expresa como ser penetrado y parir. La desmesura del objeto (en la que tiene importancia el desborde afectivo promovido por los traumas *a posteriori*) desborda la posibilidad de contención del receptor. Las vivencias actuales irrumpen entonces de modo violento y sorpresivo. Justamente el parto es homologado a un crecimiento insoportable del contenido en el continente y a un estallido del cuerpo.

En cuanto a los afectos el asco parece acompañar al displacer inherente a los procesos introyectivos, el horror pone de manifiesto el fracaso en la tentativa de unificación del conjunto de introyecciones en términos estéticos. Los celos y la envidia, en cambio, aportan al conjunto un incremento del erotismo. Mientras que la envidia cuestiona la posición injusta de un dador los celos transforman este vínculo hostil en un reclamo y una dependencia amorosos hacia él.

La motricidad tiene en esta etapa propósitos estéticos con el objeto de crear una armonía en el cuerpo o para configurar un grupo más amplio caracterizado por su belleza, valor o ideal perseguido por la pulsión descrita. Dicho esfuerzo expresa la preparación para un goce no adviniente, es una tentativa de totalización estética que tiene un carácter ondulatorio, curvilíneo y puede culminar en movimientos circulares como los que se realiza con un cucharón al revolver la comida de una cacerola (Maldavsky, 1999).

El propósito de dichos movimientos es reunir elementos heterogéneos en un todo coherente, siguiendo el ejemplo antedicho de la cocina: sabores, texturas, aromas, colores que se combinan hasta llegar a una armonía apetecible. Dichos movimientos expresan la expansión de la excitación genital al resto del cuerpo envolviendo a las pulsiones parciales. Anticipan la plenitud de una entrega, su valor es el de un reclamo mudo de un nombre. Dicha ausencia reitera la situación económica que está en la base del proceso, o sea, la preparación para un goce que jamás acontecerá. El conjunto del proceso aspira a la apropiación identificatoria de los genitales del otro sexo, metáfora del propio goce.

El juicio por la muerte del padre o el hecho real de su muerte pone de manifiesto un conflicto con la gran rival: la muerte. El duelo por la muerte del padre se combina con los celos y la envidia fálica incrementándose, de este modo, el sentimiento de culpa. El fracaso de la pugna frente a la muerte puede llevar a otra alternativa que consiste en ponerse en el lugar de la muerte misma, llevando a una alteración estética de la armonía y a la expresión de lo mortífero, por ejemplo, a través de lo pálido, opaco o deforme. Se produce de este modo una identificación con la voracidad de la muerte que aspira a tramitar los celos y la envidia a través de procesos incorporativos e introyectivos. Asimismo se pone en evidencia de este modo la respuesta a un superyó que exige sumisión y prohíbe la exogamia. Las decepciones que llevan a alejarse de la realidad conducen al refugio y la sobreinvertidura del mundo interior y la fantasía, al servicio de la represión, como consuelo erotizado y rabioso.

El repertorio del lenguaje del erotismo fálico genital pone en evidencia un conjunto de recursos expresivos en los cuales se jerarquizan los verbos modales correspondientes a la gama del prometer o sus equivalentes. Por ejemplo, “querer”, “jurar”, “tener ganas de”, formas interrogativas tales como “¿sabe que...?”, introducciones a un relato como “tengo una novedad para contarle”.

Otros corresponden a la entrega como, por ejemplo, “regalar”, “entregar”, “ofrecer”, “brindar”, “dar”, “contar”, “relatar”, “decir un secreto”. Otros se relacionan con el exhibirse, llamar la atención o seducir: “mirar”, “escuchar”, “fascinar”, “atraer”, “gustar”, “brillar”. También sus inversos: “asquearse”, “desinteresarse”. Otros se ligan a un acto de donación en términos estéticos como “embellecer” o su inverso “afear”. Otros a los efectos de la recepción de un contenido desmesurado: “estallar”, “reventar”. También al aumento o la disminución de tamaño, de brillo o color: “agrandar”, “opacar”, “deslumbrar”. Otros se refieren a sufrir desinterés del objeto tales como “celar” o “envidiar”. Otros ponen de manifiesto el reclamo de un don “pedir”, “reclamar”, “rogar”, y otros a los que se le agrega la partícula “me”: “responderme”, “darme”, “hablarme”, “decirme”. Otros incluyen metáforas orales: “apetecer”, “cocinar”, “comer”. Algunos se relacionan con la teatralización: “representar”, “disfrazarse”, “cantar”, “bailar”.

Los sustantivos están relacionados a los verbos: “regalo”, “asco”, “estallido”, “sueño”, “fantasía”, “repugnancia”, “horror”, “promesa”, “celos”, “envidia”, “reclamo”, “respuesta”.

Los adjetivos expresan tañamos o jerarquías: “gran”, “pequeño”, “alto”, “impotente”, “disminuido”. Otros aluden a la armonía o disarmonía estética: “hermosa”, “repugnante”. También a los efectos de una exhibición: “fascinado”, “asqueado”, “famosa”, “desconocida”. Asimismo, pueden incluirse “increíble”, “raro”, “extraño”, “total”, “íntegro”.

Los adverbios aluden a similares significaciones como la desmesura: “grandísimamente”, “absolutamente”, “más”, “muy”. Palabras que evidencian

una relación entre el núcleo y la periferia: “alrededor”, “central”. Por último, la estructura de la frase “tan...que” resulta de una combinatoria entre “cualidad” y “cantidad”.

Prevalece una referencia a las formas de configurar una armonía estética, en consecuencia, se acentúa la pregunta “cómo”, o sea, el interrogante acerca del modo en que alguien puede llegar a totalizarse por la identificación.

En relación a las figuras retóricas predominantes son aquellas que pertenecen a un nivel semántico como las metáforas o los aumentativos que expresan el incremento de una cualidad. Asimismo prevalecen a nivel lógico las exageraciones que describen de modo desproporcionado una escena que la convierte en algo inverosímil.

El exceso de los atributos y adornos del que promete y del objeto prometido hace que sea imposible remitir a un núcleo. Dicha proliferación es metáfora de una ausencia, multiplicación que simboliza lo faltante (Freud, 1940 [1922]) y su brillo anticipa el goce de quien contempla la imagen.

La proliferación de atributos y el núcleo brillante puede pensarse como una combinatoria que se relaciona con la hipótesis acerca de la desmentida de la castración (Maldavsky, 1999).

Los dos mecanismos inherentes al erotismo fálico genital son la introyección-identificación y la condensación. Como consecuencia de los procesos introyectivos e identificatorios se crea en el yo y sobre todo en el cuerpo, un conglomerado complejo de fragmentos heterogéneos. El lenguaje que impera en estos procesos es el oral secundario, en consecuencia, uno de los destinos de pulsión, no patógeno, es la iniciación en los secretos de la cocina. Difiere de otros procesos en los cuales predomina la represión y el retorno de lo reprimido, la desmentida en las caracteropatías o la desestimación, en el caso de las locuras histéricas.

A diferencia de los momentos en los cuales la palabra coincide con la cosa Freud (1912-13) para este lenguaje de pulsión la palabra coincide con el cuerpo. Por otro lado, en relación a las escenas prototípicas que se expresan a través de relatos o frases puede decirse, por ejemplo, que estas últimas manifiestan una posición masoquista en la cual los celos y la envidia, como se dijo antes, tienen un valor excitante. La pulsión se entrama entonces como deseo a diferencia del horror o el asco que cierran dicha posibilidad.

Dicha fantasía masoquista se despliega como una historia que contiene dos estados y tres momentos. En el primero se enciende en una mujer un deseo hostil hacia otra debido a lo cual la despoja luego de un bien subjetivo que le pertenecería por derecho natural.

El estado inicial presenta una igualdad con respecto al tercero que es un rival. Es una escena en la que prevalece una armonía estética de conjunto en la cual un centro unificador brinda coherencia a los diversos fragmentos que se encuentran ligados a él.

Las tres etapas intermedias se refieren a una forma de dar cuenta de una distribución injusta. Pueden pensarse a partir de la ttrasmudación de las fantasías primordiales que consiste en una serie de cambios que comienzan, en un primer momento de reclamo, correspondiente a la fantasía de seducción, cuando en una mujer se enciende un deseo hostil con respecto al sujeto femenino. Luego, como consecuencia, lo despoja de un bien subjetivo, que le pertenecería por derecho propio, natural, en la escena primordial (violación). Por último, en la escena de castración, dicho bien es otorgado a un tercero ocasionándose un desorden estético.

El estado final puede presentarse como disfórico si se pone en evidencia un momento de padecimiento porque el otro goza de un bien que el sujeto no posee, o eufórico si se logra una armonía estética del conjunto.

Una vez realizado el recorrido por las diferentes pulsiones que componen la estructuración del psiquismo a lo largo del desarrollo desde las

primeras etapas de la vida es conveniente ahora la puntualización en torno a su manifestación y su compleja combinatoria con el entramado defensivo.

### 1.3. Formaciones sustitutivas

Las múltiples manifestaciones que se relacionan con las fantasías derivan de las formaciones sustitutivas preconcientes. Refiriéndose a los retoños de las mociones pulsionales inconscientes menciona Freud (1915)

“Por una parte presentan una alta organización, están exentos de contradicción, han aprovechado todas las adquisiciones del sistema conciente y nuestro juicio los distinguiría apenas de las formaciones de este sistema. Por otra parte, son inconcientes e insusceptibles de devenir concientes. Por tanto cualitativamente pertenecen al sistema preconciente, pero, de hecho, al inconsciente. Su origen sigue siendo decisivo para su destino. Hay que compararlos con los mestizos entre diversas razas humanas que en líneas generales se han asemejado a los blancos, pero dejan traslucir su ascendencia de color por uno u otro rasgo llamativo, y por eso permanecen excluidos de la sociedad y no gozan de ninguno de los privilegios de aquellos. De esa clase son las formaciones de la fantasía tanto de los normales cuanto de los neuróticos, que hemos individualizado como etapas previas en la formación del sueño y en la del síntoma, y que, a pesar de su alta organización, permanecen reprimidas y como tales no pueden devenir concientes [...] Otros tantos retoños de lcc de alta organización son las formaciones sustitutivas, que, no obstante, logran irrumpir en la conciencia merced a una relación favorable, por ejemplo, en virtud de su coincidencia con una contrainvestidura del Prr.” (pág.188)

Las fantasías masoquistas, dice Freud, son ramificaciones de lo inconsciente, transacciones entre las pulsiones y los esfuerzos por inhibirlas, por sofocarlas en nombre de la realidad y del superyó, o sea, entre pulsión y defensa. Concilian la realidad de la castración, el sentimiento de culpa ante la instancia paterna, el deseo edípico y el erotismo de una pulsión parcial, junto con la actividad autoerótica.

Los contenidos de estas formaciones sustitutivas, fantasías, parecen tener un doble origen. Por un lado, son expresión de un conflicto entre el complejo de Edipo y el de castración, elemento común a todos, ya que corresponde a una fantasía originaria de carácter universal. Por otro lado, tienen origen en las pulsiones, con la eficacia de cierto tipo de voluptuosidad, sensualidad que es específica de cada individuo, lo que determina su inaccesibilidad a la conciencia, a la manifestación.

La forma de la formación sustitutiva se caracteriza por cierta coherencia y organización, inherente al yo real definitivo. Deriva de la defensa, que se caracteriza por la oposición a uno de los amos del yo (Freud, 1923) que en general, tiende a crear deformaciones, transformaciones que sufren ciertos fundamentos. Lo que hace es imponer disfraces a determinados contenidos, tratando de hacerlos accesibles a la manifestación, a la conciencia.

En síntesis, en relación a las formaciones del preconciente Freud (1915) refiere entonces, que las privilegiadas son las fantasías, las describe como un producto mestizo, porque si bien, por su organización formal son preconcientes, por su origen y contenido son inconscientes. Se especificará ahora el particular entrecruzamiento entre ellos, el contenido pulsional y su combinatoria con las defensas y el estado de las mismas.

### 1.3.3. Pulsiones y defensas

Partiendo de la teoría referida a la triple servidumbre del yo, vasallo de la pulsión, la realidad y el superyó (Freud, 1923) puede decirse que cada corriente psíquica se diferencia por el modo en que aspira a resolver los conflictos entre estos tres amos.

Si estas orientaciones presentan algún conflicto se desarrollan las defensas como la represión, desmentida, desestimación de la realidad y de la instancia paterna y la desestimación del afecto (Maldavsky 1986, 1992, 1999).

O sea, uno de los criterios que da cuenta de las transformaciones de ciertos fundamentos hasta alcanzar la manifestación es la defensa que, como se dijo anteriormente, deriva de la posición del yo respecto del conflicto con alguno de sus tres amos.

El objetivo de las defensas reside en mantener algún tipo de equilibrio narcisista, de sentimiento de sí, pero suelen exigir un grado mayor o menor de fragmentación yoica e identificatoria. Cuanto mayor es el cuestionamiento al juicio de existencia y la consiguiente prueba de realidad y a los juicios críticos contra el yo, más creciente es la fragmentación yoica, y la identificación. Como resultado de dichas defensas patológicas la exigencia pulsional irrumpe tanto más la búsqueda de la consumación directa, en general, de manera masoquista.

En cambio, cuanto más benignas son las defensas, menor es la fragmentación yoica e identificatoria, mayor es el respeto por los juicios de existencia, de las instancias autoobservadoras, ideales y críticas, y la pulsión se consume gracias a la posibilidad de numerosas mediaciones simbólicas.

Mientras el conflicto nuclear (entre los complejos de Edipo y de castración) constituye un componente universal se considera, en cambio, a las defensas como discernimiento central para la categorización diferencial de las estructuras clínicas, ya que aceptan o cuestionan los juicios objetivos, y en consecuencia, pueden atacar o preservar la prueba de realidad.

Sin embargo, éstas no implican un agrupamiento del caso en una categoría nosográfica. En la investigación clínica se advierten diferentes

rasgos combinados, por ejemplo, obsesivos, histéricos y depresivos en un mismo paciente. Este parece ser el mayor obstáculo que presenta la clínica ya que los hechos reflejan la coexistencia de varias estructuras psicopatológicas.

Los intentos que ha realizado Freud de reunir la diversidad de observaciones que presentan los casos clínicos en una organización más abarcativa se advierte con claridad en el análisis que realizó del caso del Hombre de los Lobos en el cual pone de manifiesto la complejidad de su entramado defensivo:

“Al final subsistieron en él, lado a lado, dos corrientes opuestas, una de las cuales abominaba de la castración, mientras que la otra estaba pronta a aceptarla y consolarse con la feminidad como sustituto. La tercera corriente, más antigua y profunda, que simplemente había desestimado la castración, con lo cual no estaba todavía en cuestión el juicio acerca de su realidad objetiva, seguía siendo sin duda activable” (1918, pág. 78).

En consecuencia, en el paciente coexistían lado a lado varias corrientes psíquicas, todas ellas ligadas con el conflicto entre un deseo y el complejo de castración: la aceptación de la realidad de la castración y la consecuente sofocación del deseo, la desestimación de la castración y la tercera alternativa a la cual Freud (1927) llamaría desmentida.

O sea, en un mismo paciente puede darse una coexistencia entre varias corrientes psíquicas, con un predominio relativo de alguna de ellas, transitorio o duradero, y consiguientemente de una defensa.

Una corriente psíquica se pone del lado del deseo edípico, contra los representantes psíquicos de la realidad y de los imperativos valorativos y legales; otra, se pone del lado de estas instancias y en contra de los

representantes psíquicos de la pulsión; una tercera se contrapone a las instancias valorativas y críticas, sea que representen a la pulsión o a la ley.

La desestimación es una defensa normal mientras no se ha desarrollado el juicio de existencia, o cuando aún los componentes de este juicio no tienen la suficiente cohesión en los comienzos de la organización del yo real definitivo. Constituye, en cambio, una defensa patógena cuando se torna incompatible con la complejización anímica alcanzada.

No todas las defensas poseen la misma importancia en la dinámica de una estructura; algunas centrales, que son base de las estructuras clínicas, se complementan con otras defensas secundarias.

En cuanto a la caracterización de cada una de las defensas puede decirse que la represión, la sublimación y la creatividad, se oponen al deseo pero con procedimientos diferentes. La creatividad y la sublimación se enfrentan a percepciones y juicios. Por ejemplo, dice Freud en relación al humor:

“Mediante estos dos últimos rasgos, el rechazo de la exigencia de la realidad y la imposición del principio de placer, el humor se aproxima a los procesos regresivos o reaccionarios que tan ampliamente hallamos en la psicopatología. Con su defensa frente a la posibilidad de sufrir, ocupa un lugar dentro de la gran serie de aquellos métodos que la vida anímica de los seres humanos ha desplegado a fin de sustraerse de la compulsión del padecimiento, una serie se inicia con la neurosis y culmina en el delirio, y en la que se incluyen la embriaguez, el abandono de sí, el éxtasis.” (Freud, 1927, pág. 158).

En verdad el superyó, cuando produce la actitud humorística rechaza la realidad y sirve a una ilusión, pero apelando a recursos que implican un reconocimiento de la realidad y de la ley. En el humor se da un triunfo sobre la realidad displacentera inmediata gracias al amparo del superyó. Se obtiene entonces un placer mitigado, no la risa sino una sonrisa.

La sublimación impone a la pulsión sexual un cambio de meta, como consecuencia de lo cual se produce una desexualización combinada con una elevación de los ideales y el consecuente desarrollo de manifestaciones con un valor social. Puede darse la ilusión de sustituir una realidad inmediata por un producto generado por la propia mente, mientras se respetan ciertas leyes, entre ellas las propias de la práctica en cuestión (obra literaria, pictórica).

La creatividad posibilita alcanzar un placer inmediato (como la risa en los chistes) que sustituye a la tentativa de reconocimiento por logros sociales. Permite la expresión de un deseo en la cual el preconciente no opera con la contrainvestidura sino que altera su forma regresivamente y no su contenido, y a diferencia de la sublimación, no produce una elevación de los ideales.

La represión se distingue de ellas ya que le rehúsa a los representantes psíquicos inconscientes de la pulsión una traducción al preconciente, a la palabra. Es una defensa ejercida por el yo real definitivo que opera en nombre de la realidad y la ley oponiéndose al deseo y coloca un sustituto preconciente como contrainvestidura.

Las defensas funcionales difieren de las patógenas porque no implican una tendencia a detener o hacer retroceder la creciente complejización psíquica. Las defensas patógenas, en cambio, perturban el refinamiento yoico o le imponen una regresión.

Toda defensa, normal o patológica, tiene dos momentos: la desinvestidura y la contrainvestidura. El primero constituye un movimiento de alejamiento de aquello con lo cual el yo está en conflicto. Este proceso corresponde a la desestimación propiamente dicha, constituye una alucinación pero de carácter negativo. A veces no se da un pasaje al desarrollo de una alucinación que opera como contrainvestidura. Se manifiesta entonces una permanencia en un estado en el cual prevalecen la alucinación negativa y el sentimiento de futilidad. La pregunta pertinente para la comprensión de este

proceso es: de qué se aleja. El segundo momento, la conrainvestidura, consiste en una proyección mediante la cual se coloca un sustituto acorde a la defensa, por ejemplo, una alucinación positiva, placentera. La pregunta que explica este proceso es: qué se coloca como sustituto.

En cuanto a las diferencias entre las defensas patógenas centrales puede decirse que algunas se oponen a la realidad (afecto, percepciones) y a los juicios, otras al deseo. Teniendo en cuenta las defensas centrales que determinan una estructura en su carácter diferencial, pueden conformarse cinco grupos de estructuras: 1) las neurosis de transferencia, en las que prevalecen las defensas ante el deseo (represión), que son las ya conocidas: histerias de conversión, histerias de angustia y neurosis obsesivas, la defensa central es la represión; 2) represión con rasgos caracterológicos, 3) las caracteropatías narcisistas no psicóticas: trasgresora o perversa, depresiva y esquizoide, su defensa central es la desmentida; 4) las psicosis: paranoias, melancolías y esquizofrenias, la defensa central es la desestimación de la realidad (afectiva y perceptual) y de la instancia paterna; por último, 5) las patologías tóxicas y traumáticas: adicciones, afecciones psicósomáticas, neurosis traumáticas, la defensa predominante en estos cuadros es la desestimación del afecto.

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

Cabe aclarar que cada uno de estos grupos contiene subtipos como las caracteropatías histéricas, fóbicas y obsesivas y que ambos grupos de defensas contienen subcategorías que no necesariamente son patógenas.

La desmentida y la desestimación se oponen 1) a la realidad (afecto, percepción), 2) a los representantes psíquicos de ellas, sobre todo a ciertos juicios objetivos desarrollados por el yo real definitivo y 3) a ciertos juicios críticos dirigidos contra el yo (desarrollados por el superyó, como representante de la ley). Ambas defensas son ejercidas por el yo real primitivo o el yo placer purificado y se oponen al yo real definitivo y al superyó.

Sin embargo, ambas utilizan recursos y procedimientos distintos: mientras la desmentida refuta los juicios correspondientes y tiene peso en las patologías narcisistas no psicóticas (pacientes esquizoides, depresivos, paranoides), la desestimación ataca y aniquila los fragmentos yoicos donde se originan los juicios y adquiere predominio en las psicosis (esquizofrenias, melancolías, paranoias).

Además, difieren en la utilización del sustituto de aquello desmentido o desestimado. En relación a la desmentida refiere Freud:

“... el fetiche es el sustituto del falo de la mujer (de la madre) en que el varoncito ha creído y al que no quiere renunciar -sabemos por qué-.

“... el horror a la castración se ha erigido un monumento recordatorio con la creación de este sustituto” (1927, pág.148-9).

Asimismo, refiere en el mismo artículo, en relación a la muerte del padre de dos jóvenes:

“... sólo una corriente no había reconocido la muerte del padre; pero existía otra que había dado cabal razón de ese hecho: coexistían, una junto a la otra, la actitud acorde al deseo y la acorde a la realidad [...] Me es posible, en consecuencia, mantener la expectativa de que en el caso de la psicosis una de esas corrientes, la acorde con la realidad, faltaría efectivamente” (pág. 151).

O sea, mientras los recursos de la desmentida consisten en desviar la atención y el interés hacia otros aspectos (como un fetiche), detalles de la realidad o del yo propio, en lugar de los centrales, los de la desestimación radican en el reemplazo de una realidad por un producto psíquico, como una alucinación. Se intentará clarificar lo expuesto a través de los siguientes gráficos:

Gráfico I. Similitudes y diferencias entre desmentida, desestimación, acorde a fines, creatividad y sublimación

<u>Defensa</u>	<u>Se opone a</u>	<u>Procedimiento</u>	<u>Recurso</u>	<u>Estructura clínica</u>
Desmentida (Verleugnung)		Refutación del juicio objetivo y/o crítico	Extraído de la realidad objetiva (fetichismo)	Rasgos patológicos narcisistas de carácter (esquizoides, depresivas, paranoides, sobreadaptados)
Desestimación (Verwerfung)	Percepción y/o afectos, juicios objetivos, juicios críticos contra el yo	Abolición del yo que formula el juicio objetivo y/o crítico (yo real definitivo) o del yo sujeto del afecto (yo real primitivo)	Producido en el yo mismo como sustituto de la realidad abolida (alucinación o cuentas)	Psicosis (esquizofrenia, melancolía, paranoia) y perturbaciones tóxicas y traumáticas

Acorde a fines		Transacción funcional entre la pulsión (desexualizada) la realidad y el superyó	Actividad estudiantil o laboral	---
Creatividad		Regresión formal del Prec. al funcionamiento Inc. (con el aval del superyó)	Humor artes culinarias	---
Sublimación		Cambio de meta de la pulsión y elevación del ideal	Obra con un valor cultural	---

Gráfico II: Similitudes y diferencias entre defensas no patógenas

	Armonía con el contexto	Respeto de normas	Desafío reglado de normas	Desafío reglado de normas y exigencia de trabajo sobre producción precedente
Acorde a fines	X	X	--	--
Creatividad	X	X	X	--
Sublimación	X	X	X	X

Gráfico III. Similitudes y diferencias entre represión con y sin rasgos caracterológicos, acorde a fines, creatividad y sublimación

<u>Defensa</u>	<u>Se opone a</u>	<u>Procedimiento</u>	<u>Recurso</u>	<u>Estructura clínica</u>
Represión más rasgos caracterológicos		Desinvertidura Prec. (que no da cabida a contenidos Inc.) y sobreinvertidura de identificaciones con objetos decepcionantes	Rasgos de carácter en los nexos intersubjetivos	Caracterologías neuróticas
Represión		Desinvertidura Prec. (que no da cabida a contenidos Inc) y conrainvertidura Prec.	Formación sustitutiva	Neurosis de transferencia
Acorde a fines	Deseos	Transacción funcional entre la pulsión (desexualizada), la realidad y el superyó	Actividad estudiantil o laboral	---
Creatividad		Regresión formal del Prec. al funcionamiento Inc. (con el aval del Superyó)	Chiste	---
Sublimación		Cambio de meta de la pulsión y elevación del ideal	Obra con un valor cultural	---

En cuanto a los pasos seguidos para la investigación de la defensa puede decirse que parte de la detección del deseo dominante en un relato. Una vez alcanzada la decisión respecto del deseo dominante en cada relato, diversos pasos sucesivos responden a determinados interrogantes, que se presentan como dos alternativas opuestas entre las cuales el investigador debe decidir. Se ha mencionado ya que cada deseo se combina solo con un grupo restringido de mecanismos, entre los cuales se encuentran la defensa acorde a fines, la creatividad y la sublimación y otras son de la gama de la represión, la represión + rasgos caracterológicos, la desmentida y la desestimación.

Combinación entre deseos y defensas específicas (Gráfico IV)

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

Por otro lado, las defensas secundarias que, así como las defensas centrales, pueden ser funcionales o patógenas y, a la vez, resultar exitosas, fracasadas o mixtas, también se combinan con determinados deseos y no con otros. El siguiente cuadro expone la combinación de ambos conceptos: deseo y defensa secundaria.

(Gráfico V)

LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
- regresión pulsional - regresión yoica -evitación generalizada -introyección orgánica - incorporación - expulsión -proyección orgánica -identificación adhesiva -escisión del yo real primitivo	-regresión pulsional -regresión yoica -escisión intracanal -proyección -introyección -transformación en lo contrario -vuelta contra la propia persona -mimetismo	-regresión pulsional -regresión yoica -escisión yoica -introyección -identificación -proyección -transforma ción en lo contrario -vuelta contra la propia persona	-regresión pulsional -regresión yoica -escisión yoica -introyección -identificación -proyección -transformación en lo contrario -vuelta contra la propia persona	-regresión pulsional -anulación -aislamiento -formación reactiva -control -sofocación del afecto	-regresión yoica---- desplaza- miento-- proyección-- evitación específica	-regresión yoica -represión del superyó -identificación -condensación

Una vez desarrolladas las relaciones entre los deseos y los grupos de defensas específicas, se retomarán los pasos de la investigación de los mecanismos operantes de un relato concreto. El primer paso consiste, como ya se dijo, en deslindar una inicial diferenciación entre defensas (funcionales o patógenas) que se oponen al deseo, por un lado, y defensas (funcionales o patógenas) que se oponen a la realidad, por el otro. Dicha diferenciación se obtiene al aplicar la propuesta que combina deseos y defensas centrales.

Luego, en un segundo paso, se bifurcan los caminos ya que uno se centra en el estudio de las defensas (funcionales o patógenas) contra el deseo y otro en el estudio de las defensas (funcionales o patógenas) contra la realidad. Dado que todos los deseos se combinan con defensas patógenas y con defensas funcionales, la primera pregunta consiste en decidir si, para determinado relato, el mecanismo con que se combina un deseo es funcional o

patógeno. Para decidirlo es conveniente tomar en cuenta el contexto en que se dio la escena relatada. La defensa es funcional si existe armonía entre las acciones o los estados contenidos en el relato y el contexto del relato mismo, es patógena si sucede lo contrario.

En un tercer paso es necesario responder a otras preguntas, ya que en el primer grupo (defensas funcionales) hay varias alternativas (acorde a fines, creatividad, sublimación), y lo mismo ocurre con el segundo (represión, desmentida y desestimación). En ambos casos, para decidir cuál es la defensa específica (sea funcional, sea patógena) detectable en el relato, existen otras instrucciones, por ejemplo, tomar en cuenta el destino dado a lo rechazado para decidir si la defensa patógena es la desmentida o la desestimación de la realidad y la instancia paterna.

El cuarto paso decide si la defensa (represión, desmentida o desestimación) es verdaderamente patógena, ya que existen ocasiones en que dichas defensas son funcionales. Para decidirlo es conveniente investigar si el deseo dominante expresado en el discurso tiene o no un carácter hipertrófico, prácticamente excluyente de los restantes, o si por el contrario existe una diversidad de deseos coexistentes. En este segundo caso la defensa es funcional, mientras que en el primero es patógena.

Por último, después de concluir la defensa, se decidirá el estado de la misma. Para ello es conveniente tomar en cuenta si el cierre del relato es eufórico, disfórico o mixto. Las manifestaciones clínicas por las cuales un paciente padece derivan del fracaso de la defensa, y no del momento en que esta tiene éxito. Las defensas tienen dos funciones: 1) mantener el equilibrio narcisista, el sentimiento de sí, 2) rechazar algo conflictivo fuera del yo. El éxito del rechazo es condición para mantener el equilibrio narcisista, que es el objetivo básico. Si una defensa es exitosa, el yo ha logrado rechazar algo conflictivo y mantiene el sentimiento de sí. Si la defensa fracasa, ese algo conflictivo retorna al yo y emerge la angustia. Pero también puede ocurrir un

desenlace mixto, en el cual no retorna lo conflictivo pero el yo no mantiene el sentimiento de sí, sino una condición más bien neutra. Por lo tanto, es posible categorizar el estado de las defensas como 1) exitoso, 2) fracasado, 3) mixto.

Grafico VI.- Tabla para el análisis de las defensas ante el deseo

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

Gráfico VII.- Tabla para el análisis de las defensas ante la realidad y la instancia paterna

<b><u>Problema</u></b>	<b><u>Procedimiento</u></b>
1. Decidir si predominan las defensas	Detectar si el deseo es LI, O1, O2 o

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

Gráfico VIII.- Pasos en la investigación de la defensa complementaria y su estado

<b><u>Problema</u></b>	<b><u>Procedimiento</u></b>
1. Inferir si la defensa complementaria opera ante los deseos o la realidad y la instancia paterna	Detectar qué deseo (LI, O1, O2, A1, A2, FU, FG) predomina en el relato

2. Decidir si la defensa complementaria es normal o patológica	Consultar el resultado del análisis de la defensa central correspondiente
3. Decidir si el estado de la defensa es exitoso, fracasado o ambos	Consultar el resultado del análisis de la defensa central correspondiente

Otro de los factores que se halla en la base de las transformaciones es la creciente complejización anímica que deriva de la conquista del yo de nuevas lógicas más elaboradas, que modifican la ensambladura de sus fragmentos. Dicha tendencia deriva del empuje pulsional que halla coartado el camino hacia la consumación directa, el yo desarrolla nuevos esfuerzos de síntesis, siempre incompletos.

Las preferencias sonoras son uno de los efectos del erotismo en el yo, que pretende trasmudar la voluptuosidad en decir, intentando ligar, procesar y expresar las vicisitudes pulsionales. Las líneas melódicas constituyen modos en que el yo conquista al erotismo un lenguaje, en éste lo esencial es una forma específica, una lógica determinada y no sólo un conjunto de contenidos (Maldavsky, D. 1989).

Este fundamento no es caótico, tiene su orden y coherencia, basado en el lenguaje de una pulsión precisa, que se entrama con ciertas formas y contenidos genéricos, que son los de las fantasías primordiales: vida intrauterina, seducción, escena primordial, castración. A partir del tiempo edípico, los lenguajes del erotismo (forma y contenido) expresan sustitutiva y regresivamente, las formas y los contenidos de tales fantasías universales.

Al agregarse la representación palabra y gracias a la sobreinvertidura del pensar, se produce una transformación, una creación de

productos derivados de lógicas más elaboradas, en cambio de trasmudarse en regresión.

“El pensar se mantiene entonces como el más genuino representante de los procesos pulsionales, y cada complejización psíquica se anticipa como imperativo categórico, proveniente del superyó, antes que el yo pueda conquistar las razones y las lógicas en que ciertas frases antes enigmáticas hallan su sostén.”

“Estas complejizaciones anímicas continúan procesos previos, que permitieron crear un yo placer o un yo real definitivo, por ejemplo, y que ahora generan nuevas opciones identificatorias para el yo, cada vez más distantes del ideal (Maldavsky, D. 1989, pág. 416-7).

Freud (1916-1917) apeló a las fijaciones pulsionales con el objeto de diferenciar entre varias estructuras clínicas que poseen una misma defensa en común. Por ejemplo, los diversos cuadros neuróticos, cuya defensa predominante es la represión, pueden diferenciarse a través de las diferentes fijaciones. Mientras las histerias de conversión se caracterizan por la fijación fálico genital, las neurosis obsesivas, por la sádico anal secundaria, las neurosis de angustia por la fijación fálico uretral.

Asimismo, posteriormente refiere que “una intelección posterior agregó que la localización de los lugares de fijación es decisiva también para la elección de neurosis, o sea, la forma en que emerge la enfermedad más tarde contraída.” (1925, pág.34). Igualmente “las fijaciones infantiles de la libido son decisivas para la posterior elección de la forma de enfermedad.” (1926, pág.255).

También expresa en relación a las fijaciones: “Así, es probable que en el curso del nacimiento la inervación dirigida a los órganos de la respiración

preparara la actividad de los pulmones, y la aceleración del ritmo cardíaco previniera el envenenamiento de la sangre.” (1926, pág. 127).

En consecuencia, siguiendo la teoría freudiana de las fases de la libido (Freud, 1933) y agregando al conjunto el erotismo intrasomático, al que Freud alude en este texto y desarrolla con posterioridad Maldavsky (1994, 1998), se obtiene la lista de pulsiones antes descrita, que pueden constituir puntos de fijación eficaces en la determinación de estructuras clínicas. Cuando la libido no se desplaza hacia zonas erógenas periféricas como camino para establecer una circulación pulsional intersubjetiva sino que queda adherida al propio cuerpo, o sea, a un objeto ubicado en el organismo, se produce una fijación a una vivencia de dolor correspondiente a la investidura de los órganos, es decir, a la libido intrasomática.

Como consecuencia de ello surge una tendencia a procesar los conflictos mediante la alteración interna produciéndose un estancamiento o estasis libidinal. El apego a este mecanismo se manifiesta en las adicciones, afecciones psicósomáticas, accidentofilias, etc.

Freud (1940) refiere que el desarrollo libidinal puede neutralizar con mayor vigor la tendencia a la inercia propia de la pulsión de muerte debido a que la meta de *Eros* es “producir unidades cada vez más grandes y, así, conservarlas, o sea, una ligazón” (pág.146.) Debido a ello una fijación libidinal a un trauma resta al conjunto de uno de los componentes de *Eros*. Generalmente, por la vía del masoquismo, dicho componente separado del resto puede transformarse en la brecha que reintroduce el triunfo de la inercia en el seno de las pulsiones de vida.

Por lo dicho hasta este punto, puede decirse que las fijaciones tienen un importante papel en cuanto a definir cuál es el desenlace del conflicto nuclear, o sea, entre los complejos de Edipo y de castración. Le aporta a la

defensa central de ese momento (represión, desmentida, desestimación, etc.) una formación sustitutiva específica, un producto psíquico.

Maldavsky (1992) refiere que una misma fantasía, por ejemplo, la que describe Freud en "Pegan a un niño" (1919) en la cual surge el deseo de ser golpeada por el padre, puede conducir a una histeria, a una neurosis obsesiva, a una perversión, a una paranoia. La fijación pulsional aporta, en consecuencia, una formación masoquista específica, diferencial para cada estructura clínica. Con el objeto de sintetizar el camino hasta aquí recorrido, puede decirse que se ha apelado a dos variables, la fijación pulsional y las defensas, para dar cuenta de las diferentes categorías psicopatológicas centrales desde la perspectiva freudiana.

Puede concluirse, entonces, que a partir de una misma defensa se constituyen diferentes estructuras según sea la pulsión o fijación pulsional. Así es que la represión combinada con la fijación fálico genital constituye la histeria de conversión; con la fálico uretral, la histeria de angustia; con la anal secundaria, la neurosis obsesiva. La desmentida combinada con la anal primaria constituye la caracteropatía trasgresora; con la oral secundaria, la caracteropatía depresiva; con la oral primaria, la caracteropatía esquizoide. La desestimación de la realidad y de la instancia paterna combinada con la fijación anal primaria constituye la paranoia; con la oral secundaria, la melancolía; con la oral primaria, la esquizofrenia. Por último, la combinación de la desestimación del afecto con la libido intrasomática constituye las patologías tóxicas y traumáticas.

Si se lleva este nivel de análisis a las investigaciones clínicas se comprueba la dificultad de reducir un caso a una estructura psicopatológica, ya que se halla más bien una combinatoria de dichas estructuras, con prevalencias relativamente transitorias.

---

Sin embargo, tampoco se resuelve, sólo así, este enigma complejo de la singularidad, especificidad de cada caso clínico; esto es debido a que dos personas pueden tener la misma combinatoria defensiva pero, sin embargo las defensas pueden presentarse en uno de manera exitosa y en otro fracasar, y en un tercer paciente, ambas cosas.

Asimismo, se toma la parte por el todo, por ejemplo, si se discute infructuosamente acerca de un paciente obeso sobre el cual algunos opinan acerca de la fijación libidinal y otros justifican sus argumentos a través de la visión de las defensas en juego.

No alcanza con afirmar que en tal paciente, por ejemplo, predomina la desestimación y que esta defensa es exitosa, sino que a veces es necesario dar cuenta de una realidad clínica más compleja, en que coexisten simultáneamente dos estados diferentes de la misma defensa.

En una investigación de un fragmento de las Memorias de Schreber (Maldavsky, 2003) se advierte que en el autor del texto predomina la desestimación pero de manera compleja debido a que constituye el destino de dos pulsiones: oral primaria y sádico anal, por lo cual se producen diferentes desenlaces, según la situación de la coexistencia de ambos estados (exitoso o fracasado.)

Esta defensa fracasa en el autor de las Memorias cuando se combina con el erotismo sádico anal primario por lo cual se siente humillado, injuriado por las voces de un Dios todopoderoso, abusivo. Sin embargo, resulta exitosa combinada con el erotismo oral primario: Schreber se coloca en una posición megalomaniaca, considerándose único destinatario de un mensaje milagroso de Dios.

---

---

En síntesis, es interesante destacar que no alcanza con describir la combinatoria defensiva de un paciente y el estado de cada una de esas defensas: su éxito o fracaso, sino que es necesario, también, dar cuenta de la complejidad de la realidad clínica, ya que existen situaciones en las cuales se dan simultáneamente dos estados diferentes de la misma defensa. Si se sigue la línea hasta aquí desarrollada puede decirse que entender cómo se produjo una determinada manifestación es un problema complejo que debe responder por lo menos a cinco interrogantes: cuál es el tipo de formación sustitutiva, que es lo más cercano a la observación, o sea, la primera conjetura; cuál es el tipo de defensa o más específicamente, cuál es la combinatoria defensiva, que tiene que ver con la forma de la formación sustitutiva; cómo fue el desenlace del conflicto entre el complejo de Edipo y el complejo de castración; cuál es el tipo de pulsión dominante que Freud llamaba fijación a un tipo de voluptuosidad, de sensualidad; cual es la particular combinatoria entre el estado de las defensas y las diversas pulsiones en juego.

---

Una vez realizado el recorrido por las diferentes pulsiones y defensas se detallará ahora una de ella en particular, la desestimación del afecto, dado el interés que reviste en este estudio en particular.

Freud (1918) se refirió a la desestimación como una defensa frente a lo nuevo, o sea, neoformaciones. Lo primero nuevo son los afectos, o sea que lo primero desestimado puede ser el yo real primitivo (núcleo del surgimiento de la conciencia del ello y del mundo). Esta desestimación implica tomar lo exógeno como endógeno (y viceversa) y pulsión por percepción. La falta de desarrollo del matiz afectivo tiene un alto costo para el ulterior desarrollo del psiquismo debido a que es el primer representante anímico de la libido.

Con posterioridad el elemento nuevo que surge es el yo placer purificado (representante psíquico de la alianza sexualidad –

autoconservación), su desestimación conlleva la abolición de un fragmento (o la totalidad) del juicio de atribución (que diferencia lo bueno de lo malo y lo útil o de lo perjudicial). Por último, lo nuevo que adviene es la instancia paterna (núcleo del superyó - ideal del yo) y el yo real definitivo (representante psíquico de la realidad).

Como se dijo antes el afecto es representante de los procesos pulsionales y de la realidad ya que sintetiza también un encuentro con otro, un destinatario empático. En consecuencia, al hablar de la desestimación del afecto se hace necesario deslindar si deriva de un conflicto en torno a la realidad o a la pulsión. A diferencia de las neurosis en las cuales el afecto es representante de una pulsión, en las afecciones tóxicas el sentir es representante de una realidad intrusiva o vacía que ocupa el lugar que debería tener la empatía del destinatario del afecto. A este proceso se suma la entrega del vínculo con la propia vitalidad que evidencia la identificación con ese personaje carente de empatía. En síntesis, esta desestimación contiene una defensa contra la realidad, una identificación posterior con ella y una postura dependiente y duradera respecto de un personaje psicótico que desestima la realidad del yo del paciente.

A su vez, forma parte de este proceso una defensa contra el superyó protector que se origina con la desestimación de un fragmento del juicio de atribución ejercido por el yo placer purificado, aquél que decide si un objeto es útil o perjudicial. Este fragmento se incluye luego en el superyó por lo cual la desestimación recae sobre ese sector de la instancia paterna perdiendo su carácter protector que impone el principio de autoconservación. La desestimación del afecto implica así la abolición de este fragmento y la proyección en el mundo de un loco carente de empatía.

Desde un punto de vista metapsicológico puede decirse que a diferencia de las psicosis en las cuales se retira la investidura de las representaciones cosa hacia el yo, en las enfermedades psicosomáticas, por ejemplo, en el plano económico, se produce un quite de libido del sentir y de las impresiones sensoriales cenestésicas y se dirige hacia los órganos y, desde

el punto de vista dinámico, se alude a la desestimación de lo nuevo y a la introyección orgánica. En el momento restitutivo vuelve proyectivamente la sensorialidad y el sentir pero despojado de significación. A través de una nueva sobreinvestidura intrasomática retorna como afecto invasor, de modo especulativo, como mera cantidad (número) al cual debe amoldarse el yo. Asimismo, es importante destacar que no son los estímulos sensoriales los promotores del proceso sino que su ausencia o exceso abandonan al yo a una hipertrofia voluptuosa.

Un ejemplo de este proceso es lo que sucede en los cuadros psicósomáticos, en los cuales el yo real primitivo se constituye en el exterior con características hostiles y se sostiene indemne (desde la posición sujeto) pero a costa del propio cuerpo que se transforma en despojo, resto, deshecho. En consecuencia, la recuperación de esta crisis implica ceder un órgano para que el yo real primitivo proyectado pueda purificar en él sus toxinas y recuperar de ese modo la identificación con dicho sujeto.

Freud diferenció tres tipos de proyección (1912-13, 1925) que coexisten desde un comienzo y requieren diversas tramitaciones del contexto. Las primeras no son defensivas sino estructurantes del psiquismo, crean una exterioridad y la dotan de una forma. Son modos de hacer concientes los procesos internos dotándolos de cualidad debido a lo cual exigen una captación empática del asistente materno. Las segundas son defensivas y normales cuando intentan arrojar al exterior lo que provino de allí. Estas proyecciones necesitan del contexto una limitación autocrítica debido a una estimulación excesiva. Por último, las proyecciones defensivas patógenas que operan cuando un conflicto propio resulta imposible de procesar con recursos más complejos entonces expulsan lo que debiera permanecer como propio. Es el caso de las exigencias pulsionales como el hambre que, de no satisfacerse, llevan al llanto que culmina en agotamiento rabioso. Triunfa así la pulsión de muerte a través de la descomplejización estructural. Estas proyecciones requieren una contención tierna del entorno pero, a la vez, enérgica para posibilitar el sostén de la empatía.

A diferencia de la proyección no defensiva que tiene un carácter interrogativo dirigido hacia el contexto, las otras dos, en cambio, son afirmativas e implican una convicción respecto de la exterioridad (Maldavsky, 1990, 1992).

Puede concluirse entonces que la conciencia primordial entendida como el surgimiento de la cualidad anímica inicial, “es una expresión de la tramitación erógena, que se combina con una respuesta empática ante una proyección no defensiva interrogativa” (Maldavsky, 1992, pág. 143).

Una de las consecuencias de la abolición del matiz afectivo es la toxicidad pulsional ya que para Freud (1915) la pulsión se constituye como exigencia de trabajo del soma a lo anímico, en consecuencia, requiere para este procesamiento el surgimiento de lo anímico como tal. La ausencia de la aparición del afecto como cualidad abandona a la pulsión que queda degradada a un mero procesamiento con criterios orgánicos, de modo tóxico.

Maldavsky (1992) cita a Jones (1953-57, T. II) quien consigna una carta de Freud a Jung, en la que hace referencia a la placenta como el primer doble del cuerpo. Ligando esta sugerencia freudiana con referencias a la metapsicología de los procesos tóxicos Maldavsky (1992) se refiere a ella como “la forma primigenia de establecimiento de un vínculo trófico y desintoxicante, y a una forma elemental de la barrera antiestímulo, luego sustituida por el contexto” (pág. 168). Cuando predomina la fijación a procesos tóxicos el incremento de una adicción o una crisis orgánica ocupan el lugar de placenta, es decir, un doble orgánico, para otros. Como consecuencia de ello, el yo real primitivo se constituye pero en el exterior y a costa del propio cuerpo que es tomado como contexto. Este proceso puede incluirse dentro de las primeras formas de transformación en lo contrario y vuelta contra la propia persona. Se produce así una fijación y un entrampamiento del yo a una contradicción orgánica por la cual a mayor tensión de necesidad (tensión voluptuosa) mayor es el esfuerzo por aumentarla. El yo que enfrenta esta contradicción no puede cuestionarla por la magnitud del goce prometido pero tampoco puede fugar debido al dolor suscitado ante el alejamiento.

En cuanto al modo en que se genera la representación órgano puede decirse que una vez resuelta la exigencia orgánica que produce el dolor se retira la contrainvestidura que rodeaba la zona dolorida quedando un resto que produce una espacialidad sobre la que recae una nueva investidura duradera debido a la amenaza de una nueva irrupción desbordante de la tensión de necesidad. La investidura dirigida a la zona donde se encontraba el dolor se constituye como espacialidad cenestésica y pasa a tener el valor de fuente pulsional constante. Este proceso es una condición necesaria para el surgimiento de las posteriores representaciones órgano.

Otro aspecto a destacar durante este proceso es el que se relaciona con la motricidad inicial. El pasaje de la pasividad del yo ante la pulsión (siempre activa para lo anímico) a algún tipo de actividad puede generarse a partir del desarrollo de la función motriz. La identificación con la propia motricidad rescata al yo de una mera posición pasiva. Sin embargo, esta posibilidad queda interferida cuando ocurren estallidos emocionales automáticos, (y la intensidad pulsional aumenta y tampoco es aliviada por un asistente empático) ya que estos deben ser mitigados para que la descarga (alteración interna), se vuelva accesible a la identificación y puedan sobrevenir el matiz afectivo y el sentimiento de estar vivo.

Una vez realizado el recorrido por las diferentes defensas y pulsiones, en particular la desestimación del afecto, cabe señalar una breve puntualización en cuanto al marco teórico que sustenta el interrogante acerca de los antecedentes de corte. Puede decirse que el punto de partida es la hipótesis de una supuesta diferencia entre los procesos psíquicos que se ponen en evidencia durante el período que antecede al corte de los que se manifiestan en el momento del acto en sí. Serían procesos en los cuales se ponen en juego diferentes pulsiones predominantes que se ligan a diversas combinatorias defensivas. Por ejemplo, en los estados fracasados de la desestimación del afecto se pone de manifiesto la aparición de angustia mientras que el éxito de dicha defensa lleva a la realización del acto violento. Del mismo modo pueden entenderse otras defensas (y combinatorias

defensivas) ligadas a diferentes pulsiones como, por ejemplo, la pulsión A2 que combinada con la desestimación del afecto en estado fracasado permitiría el pedido de ayuda dirigido a otro y el freno del acto violento. Del mismo modo puede entenderse la pulsión A1 combinada con la desmentida en estado exitoso y un afán vindicatorio, pero dirigido a sí mismo, en el momento del acto violento autoinfligido.

Una vez realizado el recorrido por el marco teórico que hace de fundamento de este estudio, o sea, las diferentes pulsiones (LI, O1, O2, A1, A2, FU, FG), formaciones sustitutivas, fijaciones, defensas (represión, represión más rasgos caracterológicos, desmentida, desestimación de la realidad y de la instancia paterna, desestimación del afecto, creatividad, sublimación) y estados de las defensas (exitoso, fracasado o mixto), cabe la pregunta ahora por la elección del método aplicado a la muestra, repuesta que deslindará en el siguiente apartado.

## 2. Fundamentos y presentación del método: Algoritmo David Liberman (ADL)

### 2.1 Consideraciones generales

El psicoanálisis es una teoría que pretende dar cuenta de la producción de las manifestaciones, o sea, llegar a una buena intelección de cómo se produjeron las mismas. No solo hay un modo de producir una manifestación sino también un vínculo con la misma, que es diferente en cada caso. Esta teoría de la producción de las manifestaciones toma diferentes elementos.

A modo de ejemplo puede decirse que un lapsus se produce cuando fracasa la represión mientras que en el chiste, se produce una transacción entre preconciente e inconsciente. Cuando predomina, en cambio, la desmentida (que implica un esfuerzo por oponerse a una supuesta realidad en forma heroica, desafiante), el afán de venganza tiene como objetivo ilusionar

para luego decepcionar, mediante la transformación pasivo activa del trauma. Otra es la situación cuando surge un delirio o alucinación, fruto de una desestimación, en la cual se produce una falla en el juicio de la realidad.

Las expresiones discursivas tienen un carácter muy rico, en el cual surgen ciertas redundancias. Es a partir de dichas manifestaciones que se crean conjeturas, hipótesis, reuniéndolas en un haz común. Esta primera conjetura, es la formación sustitutiva preconiente, primer paso hacia la teoría que realiza grados crecientes de complejización. De ella, a su vez, derivan múltiples manifestaciones que se relacionan con las fantasías.

Las manifestaciones derivan de lo más cercano a la observación, o sea, de las formaciones sustitutivas, siendo éste un plano meramente descriptivo. Recapitulando entonces, mientras el conflicto nuclear (entre los complejos de Edipo y de castración) constituye un componente universal se considera, en cambio, a las defensas como discernimiento central para la categorización diferencial de las estructuras clínicas, ya que aceptan o cuestionan los juicios objetivos, y en consecuencia, pueden atacar o preservar la prueba de realidad. Es uno de los criterios que da cuenta de las transformaciones de ciertos fundamentos hasta alcanzar la manifestación, deriva de la posición del yo respecto del conflicto con alguno de sus tres amos (Freud, 1923). Por último, el otro elemento que toma en cuenta esta teoría de la producción de las manifestaciones es, como ya se dijo, la pulsión. Con estos elementos generales pueden describirse ahora los instrumentos adecuados para el estudio en cuestión.

## 2.2 Instrumentos

Como consecuencia de las inquietudes hasta aquí expuestas es conveniente, ahora, la interrogación acerca de los instrumentos pertinentes para realizar esta investigación. Se centrará en las orientaciones analizadas, en especial, en la operacionalización de las dos dimensiones privilegiadas: pulsión y defensa.

El algoritmo David Liberman (ADL) es un método de investigación que ha sido diseñado (Maldavsky, 2003, 2004, 2007) 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 ellas. Las pulsiones que detecta son: libido intrasomática (LI), oral primaria (O1), sádico oral secundaria (O2), sádico 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 entonces del supuesto de que las manifestaciones discursivas son un indicio de la estructura del preconciente, y de que en la misma se evidencia la eficacia de las fijaciones pulsionales y las defensas, se han desarrollado cinco instrumentos (Maldavsky, 2004, 2007), tres de ellos investigan la pulsión y dos, la defensa: un diccionario computarizado para el análisis de las redes de palabras, dos grillas (una referida a los componentes verbales y otra a los paraverbales) para las frases y otra grilla para los relatos. Estos están constituidos por escenas que se han categorizado sistemáticamente.

En relación al primer instrumento, el diccionario computarizado, puede decirse que siguiendo la propuesta de Freud para quien muchas palabras tienen una significación erógena precisa, como “azotar”, “fuego”, “regalo”, se ha creado este programa cuyo interés es que contenga el saber psicoanalítico sobre el valor erógeno de las palabras. Sin embargo, su objetivo consiste en la investigación de redes de palabras ya que no alcanza con la aparición de un único término para decidir acerca del lenguaje del erotismo en juego, sino que se requiere de una trama de ellas.

La utilidad de este instrumento consiste, entre otras cosas, en detectar pulsiones que permanecen durante un tiempo sin figurabilidad, o que no llegaron a expresarse en escenas pero que pueden desplegarse luego en ellas y también para realizar una valoración crítica de los resultados de los análisis de los relatos y de las frases.

El objetivo del desarrollo de un diccionario de este tipo consiste en la posibilidad de avanzar en la investigación metapsicológica del enlace entre preconciente y pulsión sexual, refinar las investigaciones clínicas, volver disponible un tesoro cultural de los psicoanalistas hasta ahora intransferible y, por último, dotar al psicoanálisis de nuevos instrumentos para consolidarse entre las ciencias de base empírica.

El diccionario está constituido por siete archivos que forman la base de datos del diccionario, uno por cada lenguaje del erotismo. Fueron contruidos desde una fundamentación psicoanalítica a partir de una categorización semántica.

Respecto del estudio de las pulsiones en frases y relatos este método cuenta con dos grillas, en relación a este último, o sea para el análisis del relato, el programa cuenta con una categorización de las posiciones del relator en las escenas narradas.

El análisis de la pulsión permite hacer inferencias referidas al tipo específico de yo, mientras que el estudio de la defensa lleva a detectar el estado del mismo (coherencia o desintegración), o sea, la mayor o menor eficacia descomplejizante de la pulsión de muerte.

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

Sin embargo, los resultados obtenidos no poseen en general una coherencia que permite obtener conclusiones sin demasiados obstáculos sino que más bien lo que se pone de manifiesto en este tipo de estudios complejos son conflictos entre los diferentes análisis.

Estos se ponen en evidencia, por ejemplo, en la diferencia que suele presentarse entre el contenido de lo narrado (relato), por ejemplo, una escena de venganza, y el acto de enunciación (frase), por ejemplo, una dramatización, o sea, que no siempre son coincidentes.

Asimismo, el conflicto puede darse, por ejemplo, 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.

Mientras que el análisis de las escenas 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 o patógenas, exitosas o fracasadas, o ambas cosas.

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).

Posibilita asimismo avanzar en la investigación sobre la estructura y las funciones de cada yo, ya que si predomina el erotismo intrasomático, será posible investigar el yo real primitivo; con el predominio de la oralidad primaria, el autoerotismo inicial; con la oralidad secundaria y anal primaria, al yo placer purificado y por último, la fijación anal secundaria, fálico uretral y genital al yo real definitivo.

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.

Entendiendo la idea del preconciente como una malla de procesos expresivos enlazados entre sí según una lógica interna puede decirse entonces que en los discursos hablados o escritos se ponen de manifiesto diferentes pulsiones, ya que tales elementos, se articulan según criterios internos, y se

contraponen a otros, por lo cual pueden diferenciarse distintas estructuras clínicas.

La categorización y discriminación del verbo, en el contexto de la teoría psicoanalítica permite observar si el sujeto se ubica como pasivo o activo respecto de la pulsión y el objeto. Su aspecto semántico se enlaza a la actividad pulsional y la posición anímica ante lo significado se evidencia en el verbo como acción o estado. El estudio de los verbos posibilita, asimismo, la discriminación de las pulsiones entre sí.

El ADL permite entonces detectar diferentes elementos interrelacionados, ensamblados en una red, en una trama discursiva que posibilita la detección de los lenguajes de pulsión predominantes, los ideales correspondientes y las defensas en juego.

Resulta asimismo de suma utilidad para el estudio de diversas manifestaciones culturales y sociales como filmes, obras plásticas, textos literarios y periodísticos. Facilita, del mismo modo, la investigación de las producciones de niños (juegos, dibujos y verbalizaciones).

Los resultados de dichos análisis reflejan una forma de concebir la dinámica psíquica que consiste en considerar a cada sujeto, como se dijo antes, como un conjunto de pulsiones y defensas y no como una estructura unitaria. El análisis de las primeras, o sea, las pulsiones, permite hacer inferencias referidas al tipo específico de yo, mientras que el estudio de la defensa lleva a detectar el estado del mismo (coherencia o desintegración), o sea, la mayor o menor eficacia descomplejizante de la pulsión de muerte.

### 2.3.- Sobre el nivel de las secuencias narrativas (relatos)

El avance en el desarrollo de un método sistemático de análisis del lenguaje a partir de categorías psicoanalíticas permite alcanzar un mayor refinamiento en la investigación, tal es el caso de la sistematización de la teoría del relato desde la perspectiva psicoanalítica. Dicha sistematización posibilita el

estudio de ciertos rasgos de las estructuras psicopatológicas en las que, siguiendo a Freud, puede decirse que predominan ciertas fijaciones pulsionales y determinadas defensas entendidas, como se dijo más arriba, como destinos de pulsión.

Dicho fundamento teórico permite entender un conjunto de relatos o secuencias narrativas como transformaciones complejas de formaciones iniciales. El concepto psicoanalítico al que se hace referencia es el de las formaciones sustitutivas que, como se dijo, son productos mixtos inconcientes y preconcientes, que ponen en evidencia una forma y un contenido. El mundo simbólico se complejiza al emerger en el yo lógicas cada vez más refinadas que reordenan el material preexistente. Así describe Freud la transformación de la fantasía inconciente “mi padre me pega” hasta llegar a la formación “pegan a un niño” (1919). Asimismo Maldavsky (1998, 1999, 2004) ha descrito el nexo entre los diferentes lenguajes de pulsión y las características particulares que adquiere el relato según la dominancia de cada uno de ellos. Del mismo modo, procuró precisar los rasgos diferenciales de cada ideal del yo como expresión de la pulsión y las representaciones grupo correspondientes, complemento de cada plasmación del ideal como representante de la pulsión.

Es posible ahora combinar ambas hipótesis, la de las pulsiones y la de las fantasías primordiales, universales. En consecuencia, estas últimas adquieren cierta especificidad según se combine con una u otra pulsión. Siguiendo esta propuesta freudiana Maldavsky (2004) propone distinguir cinco escenas en los relatos, dos estados y tres transformaciones. Las narraciones contienen entonces un estado inicial de equilibrio inestable; una primera transformación correspondiente al despertar de un deseo que quiebra el equilibrio anterior; una segunda transformación en la cual se intenta consumir dicho deseo; una nueva transformación que evidencia las consecuencias de dicha tentativa y, por último, el estado final.

Dichos estados y las tres transformaciones configuran la matriz de las secuencias narrativas que en los hechos pueden evidenciar supresiones (o sea, la narración de uno sólo de ellos como el despertar del deseo o el estado

final), redundancias, permutaciones, condensaciones. Asimismo, los actantes (clases de personajes), afectos, acciones, ideal, representación grupo, concepción témporo - espacial adquieren un alto grado de especificidad para cada lenguaje de pulsión.

De este modo se llega a la categorización psicoanalítica de las pulsiones y a la sistematización de las escenas y los personajes en las secuencias narrativas (Maldavsky, 1999, 2002, 2004, Maldavsky et al., 2000). El siguiente es el esquema de las escenas inherentes a cada secuencia narrativa como expresión de cada una de las pulsiones específicas.

#### Grilla para el análisis de los relatos

<b>Pulsión Escena</b>	<b>FG</b>	<b>FU</b>	<b>A2</b>	<b>A1</b>	<b>O2</b>	<b>O1</b>	<b>LI</b>
<b>Estado inicial</b>	Armonía estética	Rutina	Orden jerárquico	Equilibrio jurídico natural	Paraíso	Paz cognitiva	Equilibrio de tensiones
<b>Primera transformación</b>	Deseo de completud estética	Deseo ambicioso	Deseo de dominar al objeto en el marco de un juramento público	Deseo justiciero	Tentación – Expiación	Deseo cognitivo abstracto	Deseo especulativo
<b>Segunda transformación</b>	Recepción de un don – regalo	Encuentro con una marca paterna en el fondo del	Discernimiento de que el objeto es fiel a sujetos corrupto	Venganza	Pecado – Reparación	Acceso a una verdad	Ganancia de goce por la intrusión orgánica

		objeto	s				
<b>Tercera transformación</b>	Embarazo – Desorganización estética	Desafío aventurero – Desafío rutinario	Reconocimiento por su virtud – Condena social y expulsión moral	Consagración y reconocimiento del liderazgo – Impotencia motriz, encierro, humillación	Expulsión del paraíso – Perdón y reconocimiento amoroso	Reconocimiento de la genialidad – Pérdida de lucidez para el goce cognitivo ajeno	Euforia orgánica – Astenia
<b>Estado final</b>	Armonía compartida – sentimiento duradero de asquerosidad	Aventura – Rutina pesimista	Paz moral – Tormento moral	Evocación al pasado heroico – Retorno a la paz natural – Resentimiento duradero	Valle de lágrimas – Recuperación del paraíso	Goce en la revelación – Pérdida de la esencia	Equilibrio de tensiones sin pérdida de energía – Tensión o astenia duradera

### 2.3.1 Procedimientos en el estudio de los relatos. Dos problemas específicos

Una vez especificado el concepto de relato y de secuencias narrativas y de haber expuesto el instrumento del ADL utilizado para este estudio (grilla para el análisis del relato) se puntualizarán dos problemas específicos relacionados a este nivel de análisis, uno se refiere a la construcción de las secuencias narrativas y el otro a la interpretación.

Por un lado, la construcción de las secuencias narrativas reviste una serie de problemas, por ejemplo, el paso de la fragmentación del discurso que requiere el análisis de los relatos que a veces respeta su propia secuencia

expositiva y otras veces demanda la modificación de dicho orden, por ejemplo, cuando una escena relatada al final es, en realidad, el inicio del último relato.

El armado de una muestra concreta dependerá del objetivo de la investigación y del material disponible, o sea, del tipo de estudio que se llevará a cabo. A veces el material que dispone el investigador permite organizar sólo unidades mínimas de relatos, es decir, una escena, y otras, el material consiste en un conjunto complejo de narraciones.

En relación a la unidad mínima de análisis en el nivel del relato, la escena, consiste en la descripción de una situación o acción sin que ello implique la consideración de un efecto sobre terceros o sobre el propio hablante. Por ejemplo, la lluvia monótona o el pendular de un reloj.

Un estudio diferente es el que se centra en una secuencia narrativa que reúne varias escenas. La construcción de dicha secuencia requiere una serie de pasos. Por ejemplo, cada secuencia narrativa suele contener una unidad temática o isotopía y se atiene a una secuencia temporal-causal (en primer lugar aparece la escena tenida como inicial-causal y finalmente el desenlace-consecuencia). Puede intercalarse entre ellas otra, con un carácter intermedio, o sea, se la considera consecuencia de la primera y determinante de la segunda. Asimismo, las escenas correspondientes a cada uno de estos momentos de la secuencia, aunque conserven la unidad temática, deben ser claramente diferentes, conviene eliminar las redundancias intra-secuencia narrativa. También es necesario que el último momento, resultado de los momentos previos de la secuencia, ponga en evidencia una acción o un estado del hablante. Es conveniente que la combinación de escenas en cada secuencia narrativa no sean más de cuatro unidades, ya que esto complejiza el análisis posterior, sobre todo si el diseño de la investigación exige interpretar todos los momentos de cada secuencia. Este enfoque es útil cuando el proyecto del investigador consiste en estudiar un problema específico, como lo que sucede en el presente estudio cuyo objetivo es deslindar cuáles son los procesos psíquicos, entendidos como la combinatoria de deseos y defensas (y su estado) de los episodios detonantes de los daños autoinfligidos en piel. En

cada ocasión la unidad de análisis estaba compuesta por la descripción de un único episodio ocasionalmente dos. La estrategia de investigación derivó de una serie de estudios precedentes que permitieron inferir la frecuencia de la combinación dos escenas, una corresponde a un estado general que funciona como factor predisponente y situación específica que hace las veces de factor precipitante. En consecuencia la construcción de las secuencias narrativas se realiza tomando en cuenta este criterio según el cual las secuencias se distribuyen consignando en primero el factor predisponente y luego el precipitante. Un ejemplo de ello puede ser la siguiente secuencia: 1) se sentía abandonada por su familia, 2) un profesional hizo afirmaciones que no resultaban creíbles. Si bien ambas frases están construidas con un verbo en tiempo pasado, la construcción pone en evidencia un contraste: en la primera el pasado es durativo e indica un estado permanente y en la segunda el pasado es puntual e indica un momento específico.

Otro tipo de estudio se centra en una combinación más o menos compleja de secuencias narrativas debido a lo cual deben tenerse en cuenta los siguientes criterios: 1) ordenar las narraciones por tema (trabajo, sexualidad, relación con los hijos, etc.), 2) evitar la redundancia (salvo que se desee estudiar el porcentaje de reiteración del mismo relato), 3) si dentro de los relatos de un mismo tema existen diferencias entre las secuencias narrativas, es conveniente ordenar el conjunto con un criterio cronológico, desde las iniciales hasta las posteriores, 4) cada una de las secuencias narrativas y el cierre del conjunto deben poner en evidencia el resultado de los momentos previos a través de una acción o un estado del hablante. Este último enfoque resulta útil para el estudio de los deseos, las defensas y su estado durante la primera sesión de un paciente, sobre todo los que predominan en el motivo de consulta y a lo largo de su ciclo vital.

Un cuarto tipo de estudio se centra en una síntesis de una combinación más amplia de secuencias narrativas. Este trabajo de síntesis para llegar a producir el objeto concreto de estudio se hace necesario cuando el hablante profiere secuencias narrativas redundantes combinadas con una arborescencia que se expresa como la aparición de otras secuencias narrativas

que constituyen desvíos respecto de las temáticas centrales. En tales ocasiones, a las recomendaciones expuestas anteriormente se agrega otra, consistente en eliminar el material superfluo, es decir, en quedarse con lo central y dejar de lado los relatos accesorios.

Por otro lado, también existen diferentes problemas referidos a la interpretación de los deseos y las defensas (y su estado) en la muestra: 1) la interpretación de un solo fragmento, el decisivo, en una secuencia narrativa, versus interpretación del conjunto, válida para los tres últimos tipos de armado de la muestra; 2) la interpretación del componente dominante en dicho fragmento decisivo versus interpretación del conjunto de los deseos en el fragmento decisivo, válida para cualquiera de los cuatro tipos de muestra (escena simple, secuencia narrativa simple, combinaciones entre secuencias narrativas, síntesis de combinaciones entre secuencias narrativas complejas). En cualquiera de los casos, el estudio de la muestra implica discriminar entre el deseo y la defensa dominante y los deseos y las defensas complementarias. Cuanto menos amplitud tenga la muestra que se desea estudiar más exhaustivo podrá ser el análisis de todos los deseos y las defensas contenidos en los relatos.

También puede tomarse en cuenta, como otra alternativa de investigación de los deseos, la grilla complementaria a la de los relatos, que contiene los rasgos específicos de cada secuencia narrativa (espacio, líder, valor, ayudante, etc.). En el caso de que existan divergencias entre los resultados de ambos análisis como expresión de la combinación de deseos y defensas será conveniente contemplarlas teniendo en cuenta que el deseo detectado en el análisis de los relatos tiene un carácter dominante y el deseo detectado en el análisis basado en la grilla complementaria tiene un carácter complementario.

El problema que se presenta con frecuencia de la coexistencia de varios deseos y defensas en los relatos revela la sensibilidad de los instrumentos del ADL al ponerse de manifiesto la combinación de deseos y defensas centrales y complementarios. Es conveniente en estos casos la

selección de una única combinatoria dominante entre deseo y defensa, a menos que el proyecto de la investigación consista en estudiar al destinatario de los actos del hablante.

Una vez realizado un recorrido por la descripción de dos de los instrumentos del método ADL, o sea, una breve descripción del diccionario computarizado que se emplea para el análisis de las redes de palabras y una puntualización más detallada de la grilla para el análisis de los relatos aplicada en este estudio, se hace necesario consignar que se dejará entre paréntesis la descripción de la grilla de los actos del habla (verbales y paraverbales) dado que no fue utilizada en la presente investigación, y se dará lugar al análisis de los casos.

## **Análisis de los casos**

### 1. Características de la investigación

Se trata de un diseño de naturaleza exploratoria, 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. 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; por último, es descriptivo porque se propone describir las variables y analizar su incidencia e interrelación. Debido a que el instrumento utilizado es el de la grilla de análisis del relato las unidades de análisis son las secuencias narrativas.

### 2. Muestra <sup>10</sup>

#### 2.1. Marisa

---

<sup>10</sup> Las sesiones completas se encuentran en los Anexos.

Una de las pacientes que conforman la muestra, Marisa, realizaba tratamiento ambulatorio institucional debido a que se realizaba cortes autoinfligidos en piel. Tenía en ese entonces 18 años, vivía con sus padres y dos hermanas menores. Trabajaba como voluntaria en un hogar para chicos discapacitados. La siguiente es la síntesis de la sesión que fue desgrabada y utilizada como muestra del estudio debido a que relató allí un episodio de autoagresión (rasguños en los brazos).

Marisa consulta debido a que se autoinflige cortes en piel. La paciente comienza la sesión diciendo que ese día se despertó más o menos pero que fue el primer día que se sintió bien. Relata que su novio Tomás había estado de viaje y el día que volvió se fue a un recital, ella pensó que al otro día iría a verla a la tarde pero fue a la noche. Empezó a pensar entonces que no la quería ver y cuando Tomás fue a visitarla ella lo notaba raro. Estaba empezando con la crisis, trató de distraerse pero no pudo sostenerlo por mucho tiempo. La terapeuta pregunta cómo es eso de la crisis y la paciente explica que se pone nerviosa, quiere llorar, no sabe a dónde irse. Además no quería que le pasara justo en ese momento porque hacía mucho que no veía a su novio. También relata que le contó a Tomás que había intentado cortarse con una Gillette, ella esperaba que él la consolara o que no se hablara de ese tema pero él comenzó a retarla. Marisa le manifestó disgusto por su respuesta porque ella pensaba que no le correspondía a él hacer eso ya que era más una tarea de un psicólogo o de los padres. La terapeuta señala que el tema lo había mencionado ella y la paciente rectifica y aclara que ella se lo había contado por Chat cuando él estaba de viaje y que él le recriminó el habérselo dicho cuando estaba lejos ya que no podía ayudarla y ella respondió que no podía ocultarle nada. Relata también que su novio le dijo que lo de la Gillette lo hacía para mostrarle a su madre que era una nena buena pero ella rechaza esta opinión y agrega que ese día se hubiera matado. La terapeuta señala que más que un reencuentro fue un desencuentro y Marisa dice que ella esperaba que cuando llegara la abrazara y besara, que en realidad lo hizo pero que no le gustó que Tomás dijera que por su actitud parecía que no se habían visto por años. Marisa no lo soportaba, empezó a sentir bronca y deseos de que se fuera. La terapeuta le preguntó por qué debía soportarlo y ella respondió que porque

pensó que era ella la que estaba mal. La terapeuta señala que ella puede estar mal pero también puede enojarse con el novio y extrañarlo a lo que la paciente responde que ella suele “comerse” el enojo. Añade que luego su novio le dijo que también la había extrañado y que le pareció que esto contradecía la actitud de su llegada a pesar de lo cual empezó a sentirse bien y disfrutar de estar con él. Refiere que estuvo todo el sábado llorando y el domingo se sintió mejor, más tranquila, comió sola pero pasó la tarde con su hermana. Aunque Tomás tardó en llegar más de lo común ella no se preocupó y estuvo bien con él.

La paciente no recuerda qué sucedió el día viernes, y la terapeuta le dice que estuvo con ella entonces cuenta que ese día al salir de la sesión y mientras volvía a su casa comenzó a sentir tristeza. Empezó a llorar, a gritar y a rasguñarse. Primero llegó su padre y luego su hermana y su madre. Ante la pregunta de la terapeuta cuenta que su padre le estaba contando que había visto una bruja y que le había llevado ropa suya. La bruja le había dicho que una amiga suya y la mamá le habían hecho un mal, y que ella había absorbido la enfermedad de su ex novio. Este comentario del padre le causó gracia pero a la vez hizo que se sienta peor. Comenzó a llorar, a rasguñarse los brazos y a sentirse mareada, tuvo que pedirle a su padre que le sujete las manos. Luego llegó su madre, echó al padre diciendo que siempre que le hablaba la ponía peor y su padre decidió ir a buscar a la hermana de Marisa al colegio. Su madre le propuso llevarla a una guardia pero Marisa se negó. Cuando llegó la hermana del colegio Marisa le pidió ayuda, su hermana la abrazó y le preguntó por qué estaba tan mal, pero ella no le pudo contar porque su padre le había dicho que no hablara con nadie sobre ese tema. La terapeuta señala que hay muchas cosas que no puede decir, y ejemplifica retomando el tema del enojo con su novio. Marisa responde que siempre termina echándose la culpa y que le cuesta decir las cosas. La terapeuta agrega que siempre se guarda cosas y que eso es lo que la termina dañando. La paciente dice que no se puede defender y la terapeuta le pregunta de qué cosas siente que no puede defenderse. Marisa dice que cuando Tomás la estaba retando ella sentía que la atacaba, y entonces, sin poder decirle que estaba enojada, se alejaba y hacía como si no pasara nada. La terapeuta dramatiza la manera en que Marisa podría decirle a Tomás que algunas cosas que hace la enojan y señala que de

hecho él sí pudo decirle que le había molestado que le cuente lo de la Gillette cuando él estaba lejos. La paciente luego explica, mediante dramatizaciones, que se lo contó porque es parte de su vida, le hace bien hablar con él, confía en él, es como un psicólogo, y que prefiere contarle las cosas a él más que a su madre. La terapeuta señala que son tres lugares diferentes, el del psicólogo, el del novio, el de la madre. Marisa refiere que él la hace sentir bien, pero que ese día la estaba molestando y sólo se lo podía manifestar con sus caras. Entonces la terapeuta señala que con su enojo no va a matar al novio y que a veces puede decir “basta”. Marisa responde diciendo que logró decirle al novio que parecía su papá y que no le gustaba cómo le estaba hablando, y luego propone a su terapeuta que se cambie de tema.

La terapeuta le pregunta entonces a qué se refería cuando dijo que ese día se había levantado más o menos, y la paciente responde que suele sentir algo en el pecho que le dice si va a estar bien o mal. Ese día sintió que iba a estar mal y programó actividades para evitar sentirse peor. Piensa que cada vez logra controlar más su malestar y tiene esperanzas de mejorar. La terapeuta valida sus dichos y propone dar por terminada la sesión. Sin amargo, Marisa continúa con un nuevo relato diciendo que ese mismo día de la sesión le comentó al psiquiatra, con vergüenza, que de noche veía gente deambulando por la casa. Estaba segura que el psiquiatra iba a tomar este relato como alucinaciones y le iba a dar una pastilla más, él le dio una más, pero para dormir. La terapeuta le dice que ahora entiende que lo que le había pasado a la mañana debía ser angustia ya que dudaba entre contarle y no contarle al psiquiatra este episodio. Coordinan el próximo encuentro y finaliza la sesión.

## 2.2 Lorena

La otra paciente que compone la muestra, Lorena, fue internada a los 29 años en un hospital público debido a que presentaba la misma sintomatología que Marisa, o sea, se realizaba cortes en piel. Estuvo internada durante casi un mes, período en el cual tuvo 10 sesiones individuales. El equipo de profesionales tratante estaba integrado por un psiquiatra de planta y

dos residentes, una terapeuta familiar y otra individual. Además de los cortes que se auto-infligió antes de ser tratada, tuvo un nuevo episodio de corte durante la internación.

En el momento de la internación, la familia de la paciente estaba constituida por su madre, un hermano menor, Iván, y un hermano mayor, Daniel, que vivía con su pareja en otra ciudad. A pedido de Daniel, la madre acompañó a Lorena durante el periodo de la internación. Su padre, alcohólico, había muerto dos años atrás debido a complicaciones derivadas de dicho padecimiento. Pocos días antes de morir dijo que había que hacer algo con Lorena porque ella estaba siempre alcoholizada. Lorena bebía cada tanto pero no vivía alcoholizada. Cuando escuchó esta opinión del padre Lorena se largó a llorar con rabia y no lo rectificó. Luego de su muerte Lorena se peleó con su hermano menor, quien también la acusaba de alcohólica, debido a lo cual abandonó la casa paterna y se fue a vivir a la casa de su hermano mayor. Al poco tiempo la pareja de este le dijo que se fuera porque si no se iba a terminar peleando con Daniel y Lorena, sin estar convencida de ello, dejó la casa y por primera vez se fue a vivir sola. Fue una época difícil para ella, le decía a Daniel que estaba bien, le mentía para no preocuparlo. Se peleaba con su hermano, a la noche iba a su casa furiosa por no poder decirle nada, tomaba cerveza y se cortaba. Estos primeros cortes motivaron la internación al mes de haber comenzado a vivir sola.

Durante la internación entabló buena relación con sus compañeras, en particular con una de ellas, Nati. En un momento de angustia ésta le confesó que quería ahorcarse, luego le dijo que no lo iba a hacer, le mintió. Luego Nati intentó suicidarse y Lorena no le creyó más.

El viernes de esa semana su terapeuta familiar le permitió tomar un vaso de cerveza sin alcohol durante el permiso de salida de la internación. El lunes comentó en su terapia individual que había pasado un buen fin de

semana, había hecho todo bien, no había tenido ganas ni pensamientos de cortarse. La angustió la vuelta, no quería volver al hospital por lo que había pasado con Nati pero pudo regresar para continuar el tratamiento indicado.

En esa misma sesión entre la terapeuta y Lorena intercambiaron sobre un posible permiso de salida para el siguiente fin de semana. Luego le dijo al médico residente tratante que se había equivocado porque había tomado cerveza sin alcohol durante el fin de semana y él le dijo que no debía haber tomado. Le contó a su familia lo que le dijo el doctor y Daniel y su madre también la reconvinió.

Se empezó a sentir mal, se quería cortar. Pensaba que seguía siendo una borracha como le decían su padre y su hermano Iván y que ellos tenían razón. En ese momento se acordó de su padre y tuvo la misma sensación que días antes de su muerte. Lorena dijo en sesión que era duro hablar de alguien que estaba muerto, que no tenía ideas suicidas, pero sí de cortarse para aplacar la rabia y el dolor que sentía. Estaba al borde de cortarse, no podía dejar de pensar en eso y pidió ayuda a enfermería. Ante este pedido se solicitó la presencia de un médico residente. Después de haber sido evaluada en cuatro oportunidades por la residencia y debido a que las ideas de cortarse persistían le ofrecieron la posibilidad de ser contenida, o sea, atada de pies y manos a la cama. Entonces, dijo a su terapeuta, arruinó todo, nunca había llegado al extremo de ser contenida. Agregó que ella se había comprometido con el tratamiento. Quería decir y hacer las cosas bien para no volver a caer, salir de la internación y tener una nueva vida. Lo mejor, dijo, fue que pidió ayuda y no se cortó.

Respecto del permiso de salida que había sido tema de su sesión del lunes, el jueves siguiente, luego del episodio en que fue contenida, el otro psiquiatra residente que la trataba le denegó la salida de fin de semana debido a que no había quien firmara el permiso. Ella no entendió este argumento porque por más que pudo buscar ayuda y habló con residencia cuando se sintió mal, igualmente la dejaron sin el permiso de salida de fin de semana.

Entonces se preguntó para qué hablar. Estaba enojada porque ella trató de hacer las cosas más o menos bien y le sacaron el permiso.

Le contó a su madre que le habían sacado el permiso de salida y ésta no le dijo nada. No quería llegar al extremo de cortarse, pero no podía frenar el impulso. Buscó y finalmente encontró un vidrio y lo escondió en su armario. El personal del servicio de enfermería le decía que tenía mala cara, que hablara con alguno de ellos o pidiera residente, pero ella no solicitó ayuda ni siquiera a sus compañeras. Pensó que se iba a aliviar la rabia y el dolor de toda esa semana. Se quedó callada y se cortó.

El paso siguiente a esta presentación de la muestra será la descripción de los instrumentos aplicados

3. Procedimientos realizados para la creación de las subunidades de análisis y para la aplicación de la grilla de los relatos

Se continuará ahora con la descripción del procedimiento realizado para la selección de la muestra entendiendo por ello la descripción de los pasos seguidos para el recorte del material y su transformación en fragmentos aptos para la aplicación del instrumento, en este caso, la grilla de análisis del relato que forma parte del método algoritmo David Liberman.

La muestra estaba constituida, en un comienzo, por la desgrabación de dos sesiones de tratamiento ambulatorio de Marisa y diez del tratamiento de internación de Lorena. Debido a la elección del método y el objetivo del presente estudio se ha recortado del discurso de las paciente sólo las escenas en las cuales hacen referencia a los cortes, entendiendo por escena de corte la definición expuesta ya con anterioridad: “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 (Gratz, 2006, p. 241; Lloyd-Richardson, Perrine,

Dierker, y Kelley, 2007; Klonsky, D.; Muehlenkamp, J. 2007) (SI, por su sigla en inglés, *self injured*).

Las mismas pueden subdividirse, 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. Debido a que la pregunta que originó el diseño del presente estudio y orientó el recorte de la muestra fue qué ocurrió en los momentos previos al corte, o sea, por qué se corta, el criterio ordenador o modo de agrupamiento del material clínico fue reunir, más específicamente, sólo los antecedentes de dicho momento, o sea, focalizando la respuesta a la pregunta “qué sucedió antes del momento del corte”. En síntesis, es importante aclarar que se ha extraído de la totalidad de los relatos sólo aquellos que evidencian los momentos previos al episodio del corte, o sea, sus antecedentes.

Entonces, se recortó, en un primer paso, sólo las escenas en las cuales hacían referencia a los cortes y sus antecedentes siguiendo el objetivo propuesto en este estudio. En un segundo paso se confeccionaron veintiocho secuencias narrativas para el análisis de los relatos de Marisa y otras seis para los de Lorena. Por último, en un tercer paso, se les aplicó la grilla de análisis del relato.

En relación al segundo paso, con el objeto de ordenar el material de las sesiones desgrabadas y hacerlo apto para la investigación sistemática hasta llegar a la construcción de las secuencias narrativas se transformó el material apelando a los criterios descritos por Maldavsky (2009) que permiten organizar un conjunto de historias en una totalidad coherente y sirve como preparación para el ulterior trabajo interpretativo. Cada una de las secuencias narrativas podía ser resumida en una serie de frases que expresaban diferentes momentos ordenados con un criterio temporal.

#### 4. Unidades de análisis: secuencias narrativas

Se intentará entonces ahora explicitar los criterios con los cuales se realizó el pasaje del material en bruto a la construcción de las unidades de análisis, en este caso, las secuencias narrativas.

Los más generales, extrínsecos al armado de las secuencias son los siguientes:

1. la pertinencia, que depende de los objetivos, o sea, de lo que se quiere estudiar, debido a lo cual se selecciona una parte del material y se descartan otras. Por ejemplo, relación con progenitores, con la pareja, y otras muchas más;

2. la adecuación de la muestra para la aplicación de los instrumentos, porque se puede seleccionar una parte del material y constatar luego que resulta imposible su análisis. Por ejemplo, que a un relato le falte el final y que éste no pueda inferirse tampoco a partir de otros relatos semejantes.

Sin embargo, para el armado de cada secuencia narrativa existen otros criterios más específicos que si bien fueron descritos más arriba, en el apartado del método, se recordarán ahora brevemente ya que fueron tenidos en cuenta para la construcción de esta muestra:

3. criterio de isotopía, que se relaciona con la unidad temática, categoriza las narraciones del paciente según los temas, buscando redundancia o complementariedad entre ellas, de este modo es posible agrupar fragmentos afines con un mismo rasgo en común;

4. criterio temporal – causal o enlace cronológico causal, que sitúa una contigüidad temporal-causal que permite establecer una secuencia de momentos, por ejemplo, A, B, C, en la cual A es considerada una escena inicial – causal, B como una escena intercalada, considerada consecuencia de A y determinante de C, y por último, C como desenlace – consecuencia. Este criterio cronológico

supone una relación causal en la cual el primero de los momentos es la causa del segundo. También puede ocurrir que dentro de uno de esos momentos (por ejemplo el B) se suceda una nueva secuencia (1, 2, 3). (Por ejemplo: 1. Lorena quería cortarse para aplacar la bronca y el dolor, 2. pidió ayuda, 3. terminó “contenida”);

5. criterio de economía, por el cual la información de cada secuencia debe ser relativamente restringida, sin demasiados detalles ni repeticiones, eliminando las redundancias, por ejemplo, una de las pacientes dijo tres veces la frase, “lloré con bronca”, y fue consignada una sola vez, ya que la reiteración corresponde al análisis de los actos del habla, no del relato, o sea, no se descarta sino que puede ser analizada en otro nivel. Si bien cada momento de la secuencia conserva la unidad temática deben ser diferentes entre sí y el último debe evidenciar una acción o un estado del hablante, resultado de los momentos que lo anteceden;

6. la construcción de no más de cuatro escenas por secuencia narrativa;

7. por último, el criterio de consistencia o coherencia de la muestra, reúne todas las secuencias y busca la coherencia entre ellas. A su vez, este criterio se subdivide en dos, uno sintagmático y el otro paradigmático. Son dos criterios de combinación de los elementos, dos grandes ejes que se usaron siempre en lingüística. El primero de ellos, sintagmático o de contigüidad temporal, exige que exista coherencia en la secuencia de los hechos que se incluyen en cada una de las secuencias narrativas. Este criterio permite conectar diferentes elementos porque son contiguos, o sea, porque hay una secuencia temporal de uno con el otro, o sea, relaciona lo temporalmente contiguo. El segundo, paradigmático o de semejanza, exige que haya coherencia en las comparaciones entre secuencias narrativas afines, entre las cuales puede haber similitudes totales o diferencias parciales. O sea, este criterio permite enlazar diversos elementos por similitud, compara secuencias similares. Por ejemplo, el momento anterior al que Lorena se corta, la secuencia previa al corte, es la secuencia 2. Hay otras secuencias, 1', 2', 3'. Entonces pueden compararse los antecedentes de

los primeros cortes (secuencia 2), con los antecedentes del corte en sala (secuencia 2') y realizarse un estudio paradigmático de los antecedentes del corte, para luego compararlos. Estos estudios permiten no solo investigar las secuencias sino también advertir algún error en el armado de la muestra, y ofrecer las soluciones correspondientes.

Una vez realizado el procedimiento por el cual el material en bruto del discurso fue transformado en diferentes secuencias narrativas siguiendo los criterios expuestos se obtuvieron las siguientes unidades de análisis (secuencias narrativas) a las cuales se les aplicó luego el instrumento, en este caso, la grilla de análisis de relato del método ADL.

#### Marisa

##### I.-

1. El novio viajó al exterior,
2. él le preguntó por Chat cómo estaba,
3. ella le contó que se sintió mal y quiso cortarse.

##### II.-

1. El viernes salió contenta de la sesión,
2. se quedó dormida en el colectivo,
3. e despertó y se empezó a bajonear.

##### III.-

1. Llegó a la casa sintiéndose mal,
2. comió, durmió, se bañó para animarse,
3. se tiró en la cama y fue peor

##### IV.-

1. Irrumpiendo su padre le contó que una bruja dijo que le hicieron un daño,
2. él pidió que no se lo cuente a nadie,
3. no tenía idea de lo que estaba hablando.

V.-

1. Aunque le causó gracia, luego recordó y se puso peor,
2. se le llenaron los ojos de lágrimas,
3. sintió deseos de rasguñarse.

VI.-

1. Le dijo “basta,”
2. le pidió que le agarre las manos,
3. comenzó a respirar profundo y exhalar.

VII.-

1. Empezó a marearse,
2. lo miró a los ojos y vio a un nene,
3. su deseo de rasguñarse se acrecentó.

VIII.-

1. Llegó su madre y echó al papá,
2. vino su hermana del colegio,
3. Marisa le pidió ayuda.

IX.-

1. La hermana no entendía qué le pasaba y le preguntó,
2. ella sabía que era por los dichos de su padre,
3. siguiendo la orden paterna de guardar el secreto, no le contó.

X.-

1. Se resistía a ser llevada a la guardia,
2. su mamá no se daba cuenta que se estaba lastimando,
3. gritaba del dolor, se retorció y rasguñaba.

XI.-

1. Ella siguió dañándose hasta que se dieron cuenta,
2. le agarraron las manos,

3. se sintió culpable de lo ocurrido.

XII.-

1. Ese día viernes llegó el novio del exterior,
2. se fue a la noche a un recital,
3. pensó que la visitaría el sábado a la tarde.

XIII.-

1. El novio fue el sábado a la noche,
2. ella pensó que no la quería ver,
3. empezó a hacerse la cabeza.

XIV.-

1. Él le dijo al saludarla que tenía cara de haberlo extrañado demasiado,
2. ella empezó con bronca.

XV.-

1. Lo notaba raro,
2. comenzó a sentir angustia,
3. trató de distraerse.

XVI.-

1. Ella no lo soportaba,
2. quería que se fuera,
3. no le pudo decir nada.

XVII.-

1. No quería ponerse mal,
2. él empezó a hablar del intento de corte en su ausencia,
3. ella le pidió perdón.

XVIII.-

1. Él empezó a retarla,
2. ella sintió que la estaba atacando,

3. no le gustó que la retara así.

XIX.-

1. Él le dijo que lo hizo para mostrarse frente a su madre como una nena,
2. ella objetó sus dichos.

XX.-

1. Le contó al novio que ese día quiso matarse,
2. él no la entendía y siguió enojado,
3. ella puso fin a la conversación.

XXI.-

1. Marisa cambió la cara,
2. él le preguntó si se había enojado,
3. ella le dijo que no, que estaba todo bien.

XXII.-

1. Se sentía nerviosa,
2. no le podía decir que se vaya,
3. se lo comió.

XXIII.-

1. Él le dijo que la extrañó un montón,
2. ella entendió que contradecía la actitud de su llegada,
3. volvió a hacerse la cabeza y se angustió.

XXIV.-

1. Después la pasó bien,
2. se cagaron de risa.

XXV.-

1. El domingo se levantó al mediodía,
2. estuvo tranquila, callada, introvertida todo el día,
3. lloró un montón.

XXVI.-

1. El lunes se levantó más o menos,
2. tenía miedo a cómo iba a pasar el resto del día,
3. decidió entretenerse para no sentirse peor.

XXVII.-

1. Le contó al psiquiatra que veía personas deambulando por la casa,
2. a ella le dio vergüenza pero igual se lo dijo.

XXVIII.-

1. Temía ser tomada por loca y que la mediquen por estar alucinando y delirando,
2. el psiquiatra le agregó sólo una pastilla para dormir,
3. ella se tranquilizó.

Lorena

I.

1. Un psiquiatra la reconvino por haber tomado cerveza sin alcohol,
2. luego su hermano y su madre también la reconvinieron,
3. Lorena se sintió mal por haber tomado.

II.

1. Lorena quería cortarse para aplacar la bronca y el dolor,
2. pidió ayuda,
3. terminó “contenida.”<sup>11</sup>

III.

1. Tenía acordado un posible permiso con su terapeuta individual para salir el fin de semana,

---

<sup>11</sup> Lo que en lenguaje hospitalario significa ser atada a la cama de miembros inferiores y superiores.

2. un psiquiatra le denegó el permiso de salida porque no había quién lo firmara,

3. se sintió encerrada.

IV.

1. Pensó que ella trataba de hacer las cosas bien y le quitaban su salida,

2. no entendía a los profesionales.

V.

1. Le contó a su madre que le habían sacado el permiso,

2. ésta no dijo nada.

VI.

1. Escondió un vidrio en su armario,

2. se mantuvo callada y se cortó.

## 5. Aplicación del instrumento<sup>12</sup>

5.1.- Resultados de la aplicación de la grilla de análisis de los deseos y de las defensas en los relatos al discurso de Marisa

<b>Nº</b>	<b>Deseo</b>	<b>Defensa</b>	<b>Estado</b>
I	LI	Desestimación del afecto	Mixta
II	LI	Desestimación del afecto	Fracasada
III	LI	Desestimación del afecto	Fracasada
IV	O1	Desmentida	Fracasada
V	LI	Desestimación del afecto	Fracasada
VI	LI	Desestimación del afecto	Mixta
VII	LI	Desestimación del afecto	Fracasada
VIII	LI	Acorde a fines	Exitosa
IX	A1	Desmentida	Fracasada

<sup>12</sup> Es importante aclarar que en ambas grillas (Marisa y Lorena) sólo se consideraron los deseos y las defensas dominantes y no los complementarios

X	LI	Desestimación del afecto	Exitosa
XI	O2	Desmentida	Fracasada
XII	O1	Desmentida	Exitosa
XIII	O1	Desmentida	Mixta
XIV	O2	Desmentida	Fracasada
XV	FU	Represión+rasgos caracterológicos	Mixta
XVI	FU	Represión+rasgos caracterológicos	Fracasada
XVII	O2	Desmentida	Fracasada
XVIII	FG	Represión+rasgos caracterológicos	Fracasada
XIX	A2	Represión+rasgos caracterológicos	Exitosa
XX	A2	Acorde a fines	Exitosa
XXI	O1	Desmentida	Exitosa
XXII	A1	Desmentida	Fracasada
XXIII	O1	Desmentida	Fracasada
XXIV	A1	Desmentida	Exitosa
XXV	LI	Desestimación del afecto	Fracasada
XXVI	FU	Represión+rasgos caracterológicos	Mixta
XXVII	A2	Acorde a fines	Exitosa
XXVIII	LI	Acorde a fines	Exitosa

5.2.- Resultados de la aplicación de la grilla de análisis de los deseos y de las defensas en los relatos al discurso de Lorena

Relato	Pulsión	Defensa	Estado
I	O1	Desmentida	Fracasado
II	LI	Acorde a fin	Exitoso

III	A1	Desmentida	Fracasado
IV	O1	Desmentida	Fracasado
V	LI	Desestimación del afecto	Fracasado
VI	LI	Desestimación del afecto	Exitoso

## **Análisis de los datos**

### **1.- Análisis del relato de Marisa**

Se comenzará con algunos comentarios sobre el análisis de los relatos de Marisa. Es posible observar que en la secuencia narrativa IV su padre le contó lo diagnosticado por una bruja, (a la cual había consultado por el estado de su hija) y Marisa no pudo cuestionar sus dichos ((O1 desmentida, fracasado). A su vez, su padre le dijo que no se lo contara a nadie, debido a lo cual parece haberse sentido encerrada en la orden paterna situación que se puso en evidencia en la escena IX cuando su hermana le preguntó qué le pasaba y ella no le pudo contar (A1 desmentida, fracasado).

En la secuencia siguiente (V) Marisa sintió angustia (deseos de llorar) y de dañar su cuerpo rasguñándose (LI desestimación del afecto, fracasado). En la secuencia VI pudo pedirle ayuda diciendo que le agarre las manos para no lastimarse (LI acorde a fines, exitoso). Lloró e intentó aliviar su malestar a través de respiraciones rítmicas reiteradas hasta sentirse mareada (LI desestimación del afecto, mixto), mecanismo que parece aludir a los denominados procedimientos autocalmantes descritos por Smadja, C. (1993) y Szvec, G. (1993). Cuando vio a un niño al mirarlo a los ojos parece haberse puesto de manifiesto la caída de la imagen paterna que sostenía un juicio falso en relación a él y el atrapamiento en una contradicción entre un juicio proveniente de la realidad que afirmaba que ese hombre era su padre y otro que decía que era un niño, sin poder dar crédito a lo que veía (O1 desmentida, fracasado) y se incrementó su estado de angustia y su deseo de lastimarse (LI desestimación del afecto, fracasado).

En la secuencia VIII la presencia de su madre parece haber evidenciado la puesta en marcha de un acto, al echar al padre, que intentó arrojar por fuera de la escena el entrampamiento impuesto. Su padre fue a buscar a una de sus hermanas al colegio y Marisa pudo pedirle ayuda en el momento de su llegada (LI acorde a fin exitoso).

Sin embargo, cuando su hermana le preguntó por el motivo de su malestar y dijo no entenderla, Marisa quizás volvió a sentirse encerrada en el silencio ordenado por su padre (A1 desmentida, fracasado), afecto que pareció combinarse con la identificación a la falta de entendimiento que manifestó su hermana (A1 + O1 y desmentida, ambas en estado fracasado). Este doble fracaso parece haber desencadenado el éxito de la desestimación del afecto de la LI que dio lugar al daño en el cuerpo. Se agregó a esta combinatoria, en la secuencia narrativa X, el efecto que tuvo la indiferencia de su madre quien no registraba el daño que fue frenado cuando la atención se dirigió hacia ella (XI), la contuvieron sosteniendo sus manos (A2 acorde a fines, exitoso) y Marisa terminó sintiéndose culpable (O2 desmentida, fracasado).

La escena correspondiente a la indiferencia materna (LI y desestimación del afecto, fracasado) seguida por el episodio de autoagresión le permitió recuperar el estado exitoso de la LI y la desestimación del afecto y, luego, a partir del registro y la contención de su madre, pudo frenar el acto violento (LI acorde a fines, exitoso). Sin embargo, no sucedió lo mismo en relación a la pulsión O1 y la desmentida que continuó al acecho poniendo de manifiesto la persistencia de la sujeción a un personaje no creíble.

En síntesis, el episodio de violencia (rasguñarse y lastimarse los brazos) fue posterior al momento en que el padre le comunicó que había consultado a una bruja y que ésta le había comentado que Marisa estaba sufriendo el daño causado por la maldición de una joven y su madre. Su padre trató de crear un pacto de silencio con la paciente. Marisa calló frente a su padre, lloró de furia impotente y permaneció encerrada en esa posición ante él.

En consecuencia, Marisa parecía depender de una opinión o creencia que no era capaz de corregir, lo que corresponde a O1 y desmentida en estado fracasado. Esta escena se combinó con la indiferencia materna (LI desestimación del afecto, fracasado). Finalmente, como consecuencia de su propio silencio, sufrió una transformación regresiva a través de una descarga violenta (LI y desestimación del afecto, exitoso) hasta que su madre pudo registrar el daño y contenerla (LI acorde a fines, exitoso). Luego de este episodio Marisa se sintió culpable (O2 desmentida, disfórico).

## **2.- Análisis del relato de Lorena**

Se continuará ahora con las escenas analizadas a través de la grilla de análisis de relato de Lorena. Allí se puso en evidencia una redundancia en los antecedentes de los cortes. 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) en una mentira (O1), creyendo tanto en una mentira ajena (compañera de sala) como propia (cuando le mentía al hermano) ponía de manifiesto un compromiso corporal como la ingesta de alcohol y los cortes (LI).

La paciente se ubicaba a sí misma creyendo la opinión de otro (residente, padre) que tenía una idea errónea acerca de ella sin poder rectificarla. Este atrapamiento le despertaba un afán de venganza (A1 y desmentida exitosa) que la llevaba a consumir el acto vindicatorio a expensas de su propio cuerpo a través de los cortes (LI y desestimación exitosa del afecto).

Se puso en evidencia que lo nuclear no era tanto el sentimiento de injusticia y el encierro sino el no entender a los profesionales y sus contradicciones, lo cual corresponde a O1 y la desmentida fracasada. Cuando se decepcionó del personal del hospital pidió ayuda a su madre y ésta le respondió con una huida quedando expuesta a una tendencia evitativa

generalizada de su progenitora (LI y desestimación fracasada del afecto). Por último, la paciente realizó la consumación de una venganza (A1 y desmentida exitosa) por el camino de las heridas en su cuerpo (LI y desestimación exitosa del afecto).

Podría conjeturarse entonces la siguiente combinación de pulsiones y defensas en los momentos de corte y sus antecedentes. En un primer momento Lorena queda atrapada en una escena en la cual padece una mentira (O1 y desmentida fracasada). Como complemento de esta situación de atrapamiento, padece un sentimiento de injusticia (A1 y desmentida fracasada) y una vivencia de quedar expulsada de un contexto (LI y desestimación del afecto fracasada). Entonces sobreviene la idea de corte (O1 y desmentida exitosa, A1 y desmentida exitosa y LI y desestimación exitosa del afecto). No obstante, Lorena cree en la posibilidad de ser ayudada por los profesionales del hospital (LI y O1 y defensa exitosa acorde a fines para ambos deseos), logra neutralizar esta idea y solicita ayuda (LI y la defensa acorde a fines). Sin embargo, en un segundo momento, queda atrapada en la escena en la cual no puede entender las contradicciones entre las afirmaciones de los profesionales en los cuales había creído (O1 y desmentida fracasada), y ya no puede pedir ayuda. Entonces realiza un pasaje al acto de dicha idea a través de la combinación A1 y desmentida + LI y desestimación del afecto, ambas en estado exitoso.

La idea del corte y el acto de cortarse expresan a dos pulsiones, O1 y A1, combinados ambos con LI. El surgimiento de la idea de corte permite estudiar el factor detonante del deseo de alterar el propio cuerpo, el cual puede ser seguido o no por la acción resolutoria. Si se sigue la secuencia que va desde el primer momento en el cual evidencia la idea de cortarse al segundo momento, en el cual se corta, se pone de manifiesto el desarrollo mediado por la decepción de los profesionales a cargo, decepción que la lleva al fracaso del pedido de ayuda. En el primer momento Lorena confiaba en los profesionales, se había comprometido con el tratamiento y quería salir curada, en

consecuencia, la pérdida de la confianza aparece como el camino mediador para el corte. La idea de corte surgió ante una primera contradicción entre las palabras de su terapeuta familiar, quien la autorizó a tomar un vaso de cerveza sin alcohol durante la salida de fin de semana, y la del psiquiatra residente, quien le dijo que no debía haber tomado.

La escena en que el residente la criticó por haber tomado, luego reforzada por las críticas de la madre y el hermano, se superpuso en la paciente con la escena en que el padre, antes de morir, creyó que ella era alcohólica y ella no atinó a rectificarlo. En todas estas situaciones ella no objetó la opinión del otro aunque fuera contradictoria con los hechos (O1 y la desmentida fracasada). El “no entender” al que hizo referencia la paciente se basa en esta contradicción y culminó con el episodio de la suspensión del permiso de salida. Este no entender parece ser lo nuclear, central. No sólo no rectificó sino que, además, puede inferirse que promovió un personaje que no la entendía y del cual pasaba a depender, en el hecho de que indujo en el psiquiatra residente una actitud de reconvención hacia ella.

En un principio logró pedir ayuda, con una defensa acorde a fines que preservaba su integridad corporal, pero ante una nueva decepción el intento ya no resultó suficiente. A su vez, es posible notar que el refuerzo de la idea de corte surgió porque el motivo por el cual le denegaban la salida fue la ausencia de alguien que firmara la autorización. Esta ausencia de firma que le permitía salir parece orientar hacia la situación en que el padre, poco antes de morir, la cuestionó por alcohólica, y la paciente no atinó a rectificarlo. La paciente seguía encerrada en esa situación en que el padre pensaba algo erróneo de ella, mientras que la madre tendía a dar respuestas evasivas.

En los resultados de este análisis se evidencian similitudes y diferencias entre dos momentos: cuando surge la idea de cortarse y, cuando

consume dicha idea. Las similitudes corresponden a LI y la desestimación del afecto. Las diferencias radican en que en el momento en que surge la idea, la desestimación del afecto tiene un estado fracasado mientras que en el momento de la consumación la misma defensa es exitosa. A ello se agrega que, en el momento del surgimiento de la idea, la desmentida se combina con O1 y fracasa, y en el momento de la consumación, se combina sobre todo con A1 y es exitosa. En términos de corrientes psíquicas, la combinación O1 y desmentida fracasada y LI y desestimación fracasada del afecto, que predomina en el momento de la idea, es relevada por la combinación A1 y desmentida + LI y desestimación del afecto, ambas exitosas, en el momento de la consumación del acto.

La consumación de la idea de cortarse permite a la paciente recuperar el estado exitoso de la desestimación del afecto, sin embargo, no ocurre lo mismo con la desmentida. O sea, la defensa deja de presentarse como fracasada y aparece como exitosa, pero no para O1, sino para A1. En el acto de cortarse la paciente consume una venganza (A1), apelando a un tipo de agresión pasiva, pero se sigue ubicando como dependiente de sujetos no creíbles, padeciendo el fracaso de la desmentida ligada con O1. Esta situación implica que la paciente sufre un tipo particular de sentimiento de inferioridad, una vergüenza que va acompañada de suponer que otros, quienes le han dicho cosas falsas, abusan del poder que les da la credulidad de la paciente. Esta situación la deja sumida en una cólera impotente y muda que hace de estímulo permanente para culminar en nuevas ideas de cortarse.

La investigación sistemática expuesta revela algunas redundancias: en los dos episodios de corte, la paciente se ubica ante un hombre que opina algo erróneo de ella y entonces no la habilita para salir al mundo (falta de firma para el permiso del fin de semana) y ante una madre que se fuga del problema. En realidad, la ausencia del hombre que firme y que se muere ya contiene en sí

misma algo del fugarse, de modo que en ese hombre quedan condensados O1 y desmentida fracasada y LI y desestimación del afecto fracasada.

En el primer lugar, con el padre, ella no rectificó su opinión, sino que calló y lloró de rabia impotente, luego repitió esta conducta con el psiquiatra residente. Parecería que ella prefiere permanecer encerrada en esa posición ante el padre. Aun más, inclusive con el residente, indujo su opinión al decir que se había equivocado al tomar cerveza sin alcohol durante el fin de semana. Entonces cabe inferir que ella intentaba así asemejarse al padre alcohólico, es decir, intentaba asimilarse a él, como modo de procesar las situaciones de desencuentro entre ambos, al mismo tiempo que esperaba ser rescatada de esta tendencia a homologarse y poder soportar la diferencia entre ambos.

### **3.- Comparación de los resultados de las grillas de análisis de los deseos y las defensas en los relatos de Marisa y de Lorena**

Al comparar los resultados de los análisis de los relatos de Lorena con los de Marisa se pusieron en evidencia algunas coincidencias:

1. previo al corte, ambas pueden solicitar ayuda y evitar el daño (LI acorde a fines, exitoso) (Marisa: VIII; Lorena: II);
2. en ambas, previo al episodio detonante, se puso en evidencia un estado de malestar duradero (Marisa y Lorena: I);
3. el daño se produce luego del fracaso de la desmentida combinada con O1 y A1 (Marisa: IV, IX, X y Lorena: III, IV, VI);
4. el daño se combina con la indiferencia materna (Marisa: X Lorena: V);
5. la identificación que se produce en el pasaje desde el estado de apatía y el sentirse atrapadas en mentiras ajenas o en la dependencia de alguien que piensa cosas absurdas de ellas a la violencia contra el propio cuerpo (Marisa: IV, X y Lorena: IV, VI).

#### 4.- Visión de conjunto

A partir del análisis de los relatos de los antecedentes del acto violento de Lorena, dos parecen ser los episodios detonantes: uno, fue el quedar expuesta a una tendencia evitativa generalizada (huída) de su madre que da lugar, en ella, a un estado de padecimiento de la indiferencia materna (secuencia V) cuando le cuenta lo sucedido y no recibe respuesta (LI y desestimación del afecto, fracasado) y, el otro, fue el hecho de no comprender la lógica de los argumentos esgrimidos por los interlocutores de los cuales dependía, por ejemplo, cuando Lorena se ubicaba a sí misma creyendo la opinión de un profesional que, al igual que su padre antes de morir, tenía una opinión errónea acerca de ella, opiniones ambas, que fue incapaz de rectificar (O1 + desmentida, fracasado).

También los resultados del análisis de las secuencias narrativas que se obtuvieron a partir de la aplicación de la grilla del análisis del relato en Marisa pusieron en evidencia dos sucesos centrales que anteceden al acto de cortarse: uno de ellos se relaciona con la falta de entendimiento de los dichos de su padre y el quedar atrapada en el silencio ordenado por el mismo (O1 y A1 + desmentida, fracasado); el otro, con la dificultad de su madre para registrar los daños autoinfligidos que pondría en evidencia un estado de indiferencia materna (LI y desestimación del afecto, fracasado).

Puede decirse, en consecuencia, que ocurre algo similar en ambas pacientes ya que el episodio de autoagresión les permitió recuperar el estado exitoso (eufórico) de la LI y la desestimación del afecto. En Marisa, el registro y la contención de su madre, le permitió luego frenar el acto violento (LI acorde a fines, exitoso). Pero, al igual que en Lorena, no sucedió lo mismo en relación a la pulsión O1 y la desmentida. Ésta se manifiesta como exitosa pero combinada con A1 en lugar de O1, o sea, logran consumir una venganza (a costa del propio cuerpo y apelando a una agresión pasiva) pero siguen padeciendo el fracaso de la desmentida (combinada con O1), que continúa al acecho, poniendo de manifiesto la persistencia de la sujeción a un personaje no creíble. Un particular sentimiento de inferioridad y vergüenza producto de la

credulidad frente a otros que le dicen cosas falsas parecen llevarlas a situaciones de cólera muda, base y estímulo para nuevos actos violentos.

## **Discusión**

Una vez descrito el estado del arte, los conceptos psicoanalíticos que forman parte del marco teórico y el método aplicado y luego de presentar la muestra y exponer los resultados de los análisis a los que se arribó (después de aplicar el instrumento de la grilla de relato del método ADL a la muestra conformada por los dos casos descritos) se continuará entonces ahora relacionando lo expuesto con la bibliografía que trata la temática en cuestión.

Luego de haber realizado el estudio con un método sustentado por fundamentos teóricos del psicoanálisis se han podido detectar algunas similitudes con las descripciones realizadas por otros autores que han investigado la temática con otros métodos. Por ejemplo, en ambas pacientes parece haber ocurrido lo expresado por algunos autores que refieren que el corte autoinfligido puede servir para expresar ira o disgusto, para influenciar sobre otros o buscar su ayuda (Klonsky D.; Muehlenkamp, J., 2007). Sin embargo, a partir de este estudio podría pensarse que, si bien los antecedentes del acto se encuentran relacionados con estados afectivos (por ejemplo, enojo y bronca en Lorena) y con un pedido de ayuda, más bien lo que ocurrió en ellas fue la falta de registro del estado afectivo en el momento del acto (desestimación del afecto en estado eufórico) y más que un pedido de ayuda parece haber sido su fracaso lo que desencadenó el daño en ambas (A2 ó LI acorde a fin en estado disfórico) .

Coinciden los resultados de este estudio con las investigaciones que observaron que a través del corte se obtiene el alivio de intensas emociones (Brière y Gil, 1998; D'Onofrio, de2007; Gratz y Roemer, 2004). Estos estudios

observaron que los individuos parecen emplear este método con el fin de regular las emociones, tales como la hostilidad y la ansiedad, aunque parece representar un alivio a corto plazo (Favazza y Conterio, 1989; Ross & Heath, 2002; Walsh, 2006). Puede agregarse a estas observaciones que dicho alivio se manifestaría como una descarga de tensión que busca un equilibrio económico hasta que surja una nueva dificultad de tramitación pulsional.

Concuerta, asimismo, el resultado del estudio <sup>13</sup> que pone de manifiesto que estos pacientes consideran inútil, inadecuado o inconveniente expresar enojo o tristeza de manera directa hacia una persona o respecto de una situación. Así lo demostraron Marisa, en relación a su padre y a su novio, y Lorena, también en relación a su progenitor y a los profesionales del hospital donde fue internada. Quizás se relacione dicha problemática con el supuesto de que el interlocutor ocupa una posición de alguien no creíble, falso (O1 desmentida en estado fracasado).

Ambas pacientes manifiestan también la particularidad que demostraron otros estudios en relación al déficit en el manejo de la emoción ya que las personas que se autoinfligen daños corporales muestran dificultades para registrar sus emociones y son más propensas a tener problemas para expresarlas en comparación con los que no se autoinfligen daño (Gratz, 2006).

También se puso en evidencia en el análisis de ambas pacientes la observación de muchos autores que hacen referencia a que estos pacientes son particularmente propensos a ser autocríticos y tener intensas

---

<sup>13</sup> “Cómo puedo ayudar a un amigo que se corta” [www.kidshealth.com](http://www.kidshealth.com)

experiencias autodirigidas de ira o desagrado (Klonsky, 2007; Herpertz et al. 1997; Klonsky et al., 2003; Soloff et al., 1994) y baja autoestima (Lundh et al., 2007, Klonsky et al., 2003). Por ejemplo, cuando Lorena preguntaba si todo era por su culpa como consecuencia de la denegación de un permiso de salida y cuando Marisa decía sentirse culpable por lo ocurrido con su padre en el momento de la crisis (O2 desmentida en estado fracasado).

Asimismo parece confirmarse lo propuesto en los estudios realizados en relación a que la manifestación del proceso autolesivo no implica la presencia de un determinado diagnóstico (Klonsky et al., 2003; Nock et. al., 2006) sino que, más bien se pone en evidencia la combinación compleja de diferentes elementos interrelacionados. Por ejemplo, en Lorena se manifiesta una combinación de trastorno de abuso de sustancia (alcohol) y el daño autoinfligido confirmando así la propuesta de Joiner (2005) quien refiere que el uso de sustancias ayuda a las personas a habituarse al violento daño autoinfligido. Quizás pueda entenderse esta combinación como el modo en que se pone de manifiesto el intento de eliminar de la conciencia, o sea, negar un estado afectivo apelando a diferentes recursos (desestimación del afecto mixto o exitoso).

Se dijo anteriormente que muchas investigaciones demostraron que las personas que se autolesionan han vivido en ambientes que los infravaloraban como personas y en los que la comunicación de experiencias privadas es trivializada o castigada o se encuentra con respuestas inadecuadas o extremas. Esto es lo que parece haber sucedido también en el caso de Lorena, por ejemplo, cuando intentó hablar con su hermano de la violación padecida o cuando refería la falta de entendimiento de su familia en relación a su ingesta de alcohol “mi hermano dijo que yo era la vergüenza de la familia, Daniel un día dijo, peleándonos, me gritó que era una borracha (...) entonces como se te pegan esas cosas... (silencio) más saliendo recién de la muerte de mi viejo.”

Antes de continuar presentando las conclusiones a las que se arribó al aplicar los instrumentos a la muestra, se realizará una breve digresión partiendo de las técnicas sugeridas para el tratamiento de los *self injured*, que ponen de manifiesto la concepción de la problemática expuesta, ligándolas a los fundamentos del psicoanálisis. Se intentará en este punto dar un paso más, y se tratará de indagar algunas de ellas a través de un punto de vista metapsicológico.

La primera sugiere “parar e intentar descubrir qué tendría que cambiar para no sentir más el deseo de dañarse”. Al sugerir “parar” esta técnica remite inevitablemente al concepto de pulsión y sus propiedades. Refiere Freud, (1915) que la primera de ellas es el *esfuerzo*. “Ese carácter esforzante es una propiedad universal de las pulsiones, y aún su esencia misma” (pág. 117). La segunda, la meta “es en todos los casos la satisfacción que sólo puede alcanzarse cancelando el estado de estimulación en la fuente de la pulsión” (pág. 118). La tercera de las propiedades de la pulsión es el objeto “aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta” (pág. 118). Por último, la *fuerza* de la pulsión es un “proceso somático, interior a un órgano o a una parte del cuerpo, cuyo estímulo es representado en la vida anímica por la pulsión...para la pulsión lo absolutamente decisivo es su origen en la fuente somática” (pág. 118-9).

Por otro lado, también señala Freud (1923) que la exterioridad es tanto la realidad externa como el cuerpo propio y los procesos pulsionales. Dice allí que “el yo se enriquece a raíz de todas las experiencias de vida que le vienen de afuera; pero el ello es su otro mundo exterior, que él procura someter” (pág. 56). En consecuencia, puede vislumbrarse el conflicto pulsional que se pone en evidencia en estos sujetos justamente al no poder “parar” cuando surge el impulso de cortarse e inferirse una adhesividad de la libido a

su propia fuente pulsional, al cuerpo propio; fuente y objeto coincidirían en la necesidad imperiosa de descarga. “Un lazo particularmente íntimo de la pulsión con el objeto se acusa como *fijación* de aquella. Suele consumarse en períodos muy temprano del desarrollo pulsional y pone término a la movilidad de la pulsión contrariando con intensidad su desasimiento” (Freud, 1915, pág.118).

Esta fijación pulsional parece estar unida además a una modalidad particular de defensa que consiste en la desestimación del afecto, del sentir. Debido a ello podría suponerse que no “sienten” el deseo de dañarse sino más bien un impulso irrefrenable que los lleva a actuar, sin conciencia subjetiva. No parece haber sujeto que pueda hacerse cargo de una conflictiva vivida como meramente cuantitativa, como un proceso de carga y descarga, sin cualidad afectiva.

“Las tempestades voluptuosas primordiales deben alcanzar una morigeración para dar paso a la sensorialidad, y la razón para ello parece ser estrictamente económica: la neutralización recíproca de sus respectivas investiduras y procesos de descarga como consecuencia de la creciente articulación entre las distintas fuentes pulsionales, sus empujes y metas respectivas, y sus objetos intrasomáticos.” (Maldavsky, 1991, pág. 280)

Surge de este modo la pregunta por el “sentir” en algunos de estos sujetos, ya que no parece haber registro del daño producido en el cuerpo a través de la puesta en juego de las pulsiones de autoconservación, sino que, más bien, éstas se encontrarían al servicio de la descarga pulsional, prevaleciendo la pulsión de muerte por sobre las pulsiones de vida.

La segunda, “contar hacia atrás empezando desde el diez”, es una estrategia que parece combinar el pensamiento numérico con la aplicación de

barreras, topes, al desenfreno pulsional que exige inmediata tramitación. Parecería cuestionar la temporalidad, aquí y ahora, que caracteriza este tipo de pensamiento.

La tercera, “buscar cinco cosas alrededor, una para cada sentido, para dirigir la atención hacia ellas y hacia el presente”, constituiría un modo de facilitar la ligadura entre la sensorialidad (a través del sistema percepción conciencia) y las percepciones que provienen del mundo exterior. Quizás también posibilite un intento de proyección de los procesos pulsionales y su posterior identificación con los propios estados afectivos.

La cuarta, “respirar lentamente, inspirar profundamente por la nariz y expulsar el aire por la boca”, parece procurar la ligadura de las primeras pulsiones, (como la de respirar) con la atención y el consecuente intento de dominio de los procesos pulsionales que exigen inmediata tramitación. Parece tener algo en común con la que sugiere “abrir cualquier libro al azar y empezar a leerlo en voz alta, o tener preparado un libro concreto para estos casos, un poema o algo que se haya escrito especialmente para leer en estos momentos, si se profesa alguna religión puede recitarse una oración”, ambas parecen aludir a los mecanismos denominados procedimientos autocalmantes (Smadja y Szwee, G. Op. cit.). También parecen aspirar a la puesta en marcha de barreras al flujo pulsional a través del desplazamiento de la atención hacia otro lugar.

La técnica que sugiere “pintar una línea usando témpera y los propios dedos o dibujar con marcador rojo en la parte del cuerpo donde querían cortarse” apunte, posiblemente, al desarrollo de un proceso proyectivo defensivo normal fundante de la exterioridad (que parece haber resultado fallido en estos sujetos), y su posterior identificación a través de una acción motora que permita el dominio y la ligadura de los procesos pulsionales.

Otras técnicas sugieren “utilizar un saco como los de boxeo para golpear”, “hacer flexiones rápidas, saltar o cualquier otro tipo de ejercicio físico intenso”, “gritar”. La primera quizás dé por supuesto un estado de violencia interna mudo que tiende a encontrar cauce entregando partes del propio cuerpo que sería suplido en este caso por un objeto exterior al mismo. A su vez, los tres procedimientos parecen poner en evidencia la necesidad de una rápida descarga como la que exige el principio de inercia que caracteriza a la pulsión de muerte. Su accionar disolvente se vería de este modo obstruido debido a la construcción de topes que impiden el proceso de descomplejización, tanto yoica como libidinal, aunque sea a través de estos procesos catárticos pero que impiden daños mayores. Inclusive, podría pensarse el grito (no mudo) como un proceso proyectivo que permitiría una posterior identificación.

La estrategia que sugiere “empujar con fuerza la pared, como si se quisiera desplazarla o echarla abajo (pero sin golpear, sólo empujar), o bien tirar de un objeto muy pesado, tratando de arrastrarlo”, daría cuenta del intento de dominio del empuje pulsional, de su fuerza e intensidad mediante una acción motriz.

Otras técnicas aconsejan “analizar con detalle qué es lo que lleva a tener esos sentimientos, qué pensamientos, situaciones o emociones concretas; qué sucedió justo antes de que surja el deseo de dañarse”, “llevar un diario donde se puedan anotar los pensamientos, emociones y sucesos del día, sugieren centrarse más en los aspectos positivos de la vida y escribir los negativos desde una perspectiva de búsqueda de soluciones, preguntándose si es posible aportar algo bueno a larga, cómo puede utilizarse el suceso para crecer, etc.” Estos procedimientos apuntarían a la modificación de la defensa prevalente en este tipo de cuadros, la desestimación del afecto, o sea, a la

posibilidad de registrar y ligar los afectos subyacentes a estos estados. Quizás, en este sentido estas técnicas también manifiesten una meta terapéutica relacionada al pensar, en el sentido que lo plantea Freud (1923), al decir que los “procesos de pensamiento” se consuman “en algún lugar del interior del aparato como desplazamientos de energía anímica en el camino hacia la acción...” (pág. 21).

Por último, una inquietud en torno a la diferencia establecida entre el fumar o beber en exceso y los self injured y la referencia a que la gente que fuma no lo hace con la intención de dañarse sino por placer (el daño es un efecto secundario), mientras que los se cortan proponen lastimarse (2, 4). En este punto cabe la pregunta en relación a un posible goce autoerótico subyacente también en estas conductas (ya que algunas se presentan como una necesidad imperiosa, adictiva, de agredir el propio cuerpo), como postula Freud (1897) en la Carta 79 al referirse a las adicciones:

“Se me ha abierto la intelección de que la masturbación es el único gran hábito que cabe designar ‘adicción primordial’ y las otras adicciones sólo cobran vida como sustitutos y relevos de aquella (el alcoholismo, morfinismo, tabaquismo, etc.)” (pág. 314)

## **Conclusiones**

Recapitulando lo hasta aquí desarrollado se dirá que, en primer lugar, se describieron los interrogantes en torno a los cuales se estableció el objetivo del estudio consistente en explorar la subjetividad de los pacientes que se autoinfligen cortes en piel, en particular los procesos psíquicos que intervienen en los momentos previos al acto. Para ello se establecieron distintos objetivos que apuntaban a dicha meta como explorar las pulsiones, las defensas, el mundo sensorial y motriz y las posiciones en el discurso de pacientes que se autoinfligen cortes en piel en los momentos que anteceden al daño.

Seguidamente, se realizó el recorrido por la literatura que trata la temática en cuestión, o sea, los orígenes de la práctica autolesiva, su definición, las estadísticas que arrojan las investigaciones realizadas en torno a dicha problemática, sus posibles causas (psicológicas, fisiológicas, etc.), las técnicas sugeridas y los tratamientos existentes.

Posteriormente se desarrolló el marco teórico que sustenta este estudio con fundamentos conceptuales del psicoanálisis. Se partió de los dos pilares de dicha teoría, la pulsión y la defensa (y su estado). Se puntualizó cada una de ellas arribando de este modo al método aplicado para el análisis, construido con la base teórica del psicoanálisis que investiga justamente las pulsiones y las defensas.

Luego, se aplicó uno de los instrumentos de dicho método, la grilla para el análisis del relato, al discurso de dos pacientes que se realizaban cortes en piel. A partir de los resultados obtenidos se desarrolló un análisis que permitió la comparación con los alcanzados a través de otras investigaciones realizadas hasta el momento cuya diferencia consiste en el basamento teórico de los instrumentos aplicados. Después de haber discutido dichos resultados se llegó a la presente conclusión.

Se comenzará entonces ahora haciendo una breve síntesis del análisis y la discusión. A partir de los resultados obtenidos a través de la aplicación de la grilla de los relatos del método ADL se puso en evidencia en las dos pacientes que componen la muestra el quedar atrapadas en la dependencia de un sujeto no creíble (O1 + desmentida en estado fracasado). O sea, aún cuando las pacientes consiguieron convertir la desestimación del afecto de la LI y la desmentida combinada con A1 en exitosas, en los momentos del acto violento, no obtuvieron similar resultado con la desmentida combinada con O1, que sigue siendo fracasada y amenaza de modo permanente el equilibrio patógeno y favorece las posibles recaídas en los episodios de daño autoinfligido o situaciones similares.

El supuesto de que el otro miente y de que al mismo tiempo las pacientes se van desvitalizando es una escena que puede corresponder a esas situaciones tempranas en las cuales el bebé despierta una urgencia alimentaria y alucina el pecho. La madre puede responder aportando entonces el alimento, en cuyo caso el bebé supone que él, con su alucinación, ha creado el pecho. Pero también puede ocurrir que la madre no responda así, en cuyo caso el bebé, que continúa alucinando, mama en vacío y progresivamente va perdiendo vitalidad. Hasta que el bebé estalla en un ataque de furia angustiada mientras descrea de su propia alucinación. El equivalente adulto de esta situación se presenta como una combinación entre LI y la desestimación del afecto fracasada y O1 y la desmentida fracasada.

Este tipo de estudio realizado a través de un método de investigación sistemática creado con fundamentos teóricos del psicoanálisis por el Dr. David Maldavsky, aporta una novedad al conocimiento de los desencadenantes del acto violento autoinfligido. Dichos detonantes se encuentran ligados, como se dijo antes, a la sujeción a un personaje no creíble y al entrapamiento generado por la misma. Esta situación implica que las pacientes sufren un tipo particular de sentimiento de inferioridad, una vergüenza que va acompañada de suponer que otros, quienes le han dicho cosas falsas, abusan del poder que les da su credulidad. Esta posición las deja sumidas en una cólera impotente y muda que hace de estímulo permanente para culminar en nuevas ideas de cortarse. En suma, uno de los aportes claves a los que se arribó a través de este estudio fue el concepto de confianza básica (Erikson, 1988) y su relación con los detonantes del acto violento autoinfligido.

Este desarrollo permite, por un lado, establecer un nexo entre la investigación clínica sistemática y ciertos conceptos teóricos y, por otro lado, abre la propuesta de operacionalización del concepto de confianza básica y su perturbación tomando en cuenta los deseos y las defensas considerados (incluyendo mecanismos acorde a fines, desmentida y desestimación del afecto), hacer inferencias, con los instrumentos del ADL, sobre la magnitud de

dicha confianza básica y las condiciones para que se desarrolle, se incremente o se desmorone.

Asimismo, se abre el interrogante para el desarrollo de nuevas investigaciones, por ejemplo, el estudio de las escenas desplegadas en sesión y su comparación con las que fueron relatadas ya que de no encontrarse escenas O1 desplegadas en sesión podría implicar que las pacientes tampoco creen en el discurso de su terapeuta. El descreer en silencio las deja indefensas y dicho descrédito silencioso es más problemático que decir que descreen. El hecho de que se le especifique el descrédito a la paciente puede favorecer un avance clínico. Quizá explicitar esta problemática permitiría que la pulsión O1 se combine con defensas funcionales y no tanto con la desmentida, como ocurre a menudo. Quizás la pulsión O1 en amago en las escenas desplegadas no corresponda solo a desconfiar de la palabra del otro, al cual suponen falso, sino al deseo de decir cosas falsas, no creíbles. Pero no se sabe qué es lo central, si decir cosas falsas, suponer que el otro las dice, o ambas opciones. Quizá dichos interrogantes puedan ser dilucidados a partir del estudio de las escenas desplegadas en sesión utilizando la grilla de los actos del habla del método ADL y la comparación, a su vez, de las escenas narradas y desplegadas en otras sesiones.

Otros interrogantes quedan abiertos a futuras investigaciones, uno de ellos se encuentra relacionado también con el estudio del vínculo paciente – terapeuta (o sea, de la intersubjetividad) con el fin de dilucidar la posible influencia de las intervenciones de los diferentes terapeutas que luego dieron lugar a los diversos resultados en el análisis del discurso de ambas pacientes.

Por último, a través de este estudio se vislumbra la posibilidad de continuar este tipo de investigación sistemática para el análisis de otros pacientes que manifiesten actos violentos, no sobre sí sino sobre terceros, con

el objeto de compararlos y dilucidar procesos psíquicos similares y también las diferencias finas en cada uno de ellos cuyo deslinde permitiría optimizar los recursos terapéuticos.

## Anexos

### Confiabilidad interjueces

Cabe aclarar en este punto final del recorrido la razón por la cual se incluyeron en este anexo cuatro estudios de confiabilidad interjueces. Motiva dicha inclusión el hecho de que este tipo de pruebas permite sortear el problema del sesgo en este tipo de investigación cualitativa. Los tres primeros estudios de confiabilidad se realizaron sobre la muestra de Marisa, una de las pruebas se realizó sobre la fragmentación y construcción de las secuencias narrativas para el análisis de los relatos, otra sobre los análisis de los deseos y la otra sobre el análisis de las defensas que arrojan la aplicación de la grilla de análisis del relato. A partir de estos estudios puede concluirse un grado satisfactorio de confiabilidad interjueces ya que hubo acuerdo absoluto, o sea, un índice kappa, en todos los casos, de 1.00. Estas tres pruebas de confiabilidad interjueces se exponen completas a continuación.

Número	Relato	Deseo – Defensa	Relato	Deseo- Defensa	Análisis	Fragmentación
	Investigadora A	Investigadora A	Investigadora B	Investigadora B		
I	1. El novio viajó al exterior 2. El le preguntó	LI desestimación del afecto mixto	1. El novio viajó al exterior 2. El le preguntó	LI desestimación del afecto mixto	OK	OK

	<p>por Chat cómo estaba</p> <p>3. Ella le contó que se sintió mal y quiso cortarse</p>		<p>por Chat cómo estaba</p> <p>3. Ella le contó que se sintió mal y quiso cortarse</p>			
II.-	<p>1. El viernes salió contenta de la sesión</p> <p>2. Se quedó dormida en el colectivo</p> <p>3. Se despertó y se empezó a bajonear</p>	<p>LI desestimac ión del afecto fracasado</p>	<p>1. El viernes salió contenta de la sesión</p> <p>2. Se quedó dormida en el colectivo</p> <p>3. Se despertó y se empezó a bajonear</p>	<p>LI desestimac ión del afecto fracasado</p>	OK	OK
III.-	<p>1. Llegó a la casa sintiénd se mal</p> <p>2. Comió, durmió,</p>	<p>LI desestimac ión del afecto fracasado</p>	<p>1. Llegó a la casa sintiénd se mal</p> <p>2. Comió, durmió,</p>	<p>LI desestimac ión del afecto fracasado</p>	OK	OK

	se bañó para animarse 3. Se tiró en la cama y fue peor		se bañó para animarse 3. Se tiró en la cama y fue peor			
IV	1. Irrumpiendo su padre le contó que una bruja dijo que le hicieron un daño 2. pidió que no se lo cuente a nadie 3. no tenía idea de lo que estaba hablando	O1 desmentida fracasado	1. Irrumpiendo su padre le contó que una bruja dijo que le hicieron un daño 2. pidió que no se lo cuente a nadie 3. no tenía idea de lo que estaba hablando	O1 desmentida fracasado	OK	OK
V.-	1. Aunque le causó gracia, luego recordó y se puso peor 2. se le	LI desestimación del afecto fracasado	1. Aunque le causó gracia, luego recordó y se puso peor 2. se le llenaron	LI desestimación del afecto fracasado	OK	OK

	llenaron los ojos de lágrimas, 3. sintió deseos de rasguñar se		los ojos de lágrimas 3. sintió deseos de rasguñar se			
VI.-	1. le dijo "basta" 2.- le pidió que le agarre las manos 3. comenzó a respirar profundo y exhalar	LI desestimación del afecto mixto	1. le dijo "basta" 2.- le pidió que le agarre las manos 3. comenzó a respirar profundo y exhalar	LI desestimación del afecto mixto	OK	OK
VII.-	1. empezó 2. Lo miró a los ojos y vio a un nene 3. Su deseo de rasguñar se se acrecentó	LI desestimación del afecto fracasado	1. empezó 2. Lo miró a los ojos y vio a un nene 3. Su deseo de rasguñar se se acrecentó	LI desestimación del afecto fracasado	OK	OK
VIII.-	1. Llegó	LI acorde a	1. Llegó	LI acorde a	OK	OK

	<p>su madre y echó al papá</p> <p>2. Vino su hermana del colegio</p> <p>3. Marisa le pidió ayuda</p>	<p>fines exitoso</p>	<p>su madre y echó al papá</p> <p>2. Vino su hermana del colegio</p> <p>3. Marisa le pidió ayuda</p>	<p>fines exitoso</p>		
IX.-	<p>1. la hermana no entendía que le pasaba y le preguntó</p> <p>2. ella sabía que era por los dichos de su padre</p> <p>3. siguiendo la orden paterna de guardar el</p>	<p>A1 desmentida fracasada</p>	<p>1.la hermana no entendí a que le pasaba y le preguntó</p> <p>2.ella sabía que era por los dichos de su padre</p> <p>3.siguie ndo la orden paterna de</p>	<p>A1 desmentida fracasada</p>	OK	OK

	secreto, no le contó		guardar el secreto, no le contó			
X.-	1. Se resistía a ser llevada a la guardia 2. Su mamá no se daba cuenta que se estaba lastimando 3. Gritaba del dolor, se retorció y rasguñaba	LI desestimación del afecto exitoso	1. Se resistía a ser llevada a la guardia 2. Su mamá no se daba cuenta que se estaba lastimando 3. Gritaba del dolor, se retorció y rasguñaba	LI desestimación del afecto exitoso	OK	OK
XI.-	1. Ella siguió dañándose hasta que se dieron	O2 desmentida fracasado	1. Ella siguió dañándose hasta que se dieron	O2 desmentida fracasado	OK	OK

	<p>cuenta</p> <p>2. Le agarraron las manos</p> <p>3. Se sintió culpable de lo ocurrido</p>		<p>cuenta</p> <p>2. Le agarraron las manos</p> <p>3. Se sintió culpable de lo ocurrido</p>			
XII.-	<p>1. Ese día viernes llegó el novio del exterior</p> <p>2. Se fue a la noche a un recital</p> <p>3. Pensó que la visitaría el sábado a la tarde</p>	<p>O1 desmentida exitoso</p>	<p>1. Ese día viernes llegó el novio del exterior</p> <p>2. Se fue a la noche a un recital</p> <p>3. Pensó que la visitaría el sábado a la tarde</p>	<p>O1 desmentida exitoso</p>	OK	OK
XIII.-	<p>1. El novio fue el sábado a la noche</p> <p>2. ella pensó</p>	<p>O1 desmentida mixto</p>	<p>1. El novio fue el sábado a la noche</p> <p>2. ella pensó</p>	<p>O1 desmentida mixto</p>	OK	OK

	que no la quería ver 3. empezó a hacerse la cabeza		que no la quería ver 3. empezó a hacerse la cabeza			
XIV.-	1. él le dijo al saludarla que tenía cara de haberlo extrañado o demasiado 2. ella empezó con bronca	O2 desmentida fracasado	1. él le dijo al saludarla que tenía cara de haberlo extrañado o demasiado 2. ella empezó con bronca	O2 desmentida fracasado	OK	OK
XV.-	1. lo notaba raro 2. comenzó a sentir angustia 3. trató de distraers	FU represión + rasgos caracterológicos mixto	1. lo notaba raro 2. comenzó a sentir angustia 3. trató de distraerse	FU represión + rasgos caracterológicos mixto	OK	OK

	e					
XVI.-	1. ella no lo soportaba 2. quería que se fuera 3. no le pudo decir nada	FU represión + rasgos caracterológicos fracasado	1. ella no lo soportaba 2. quería que se fuera 3. no le pudo decir nada	FU represión + rasgos caracterológicos fracasado	OK	OK
XVII.	1. no quería ponerse mal 2. él empezó a hablar del intento de corte en su ausencia 3. ella le pidió perdón	O2 desmentida fracasado	1. no quería ponerse mal 2. él empezó a hablar del intento de corte en su ausencia 3. ella le pidió perdón	O2 desmentida fracasado	OK	OK
XVIII-	1. él empezó a retarla 2. ella sintió que	FG represión + rasgos caracterológicos	1. él empezó a retarla 2. ella sintió que	FG represión + rasgos caracterológicos	OK	OK

	la estaba atacando 3. no le gustó que la retara así	fracasado	la estaba atacando 3. no le gustó que la retara así	fracasado		
XIX.-	1. él le dijo que lo hizo para mostrars e frente a su madre como una nena 2. ella objetó sus dichos	A2 represión + rasgos caracterológicos exitoso	1. él le dijo que lo hizo para mostrars e frente a su madre como una nena 2. ella objetó sus dichos	A2 represión + rasgos caracterológicos exitoso	OK	OK
XX.-	1. le contó al novio que ese día quiso matarse 2. él no la entendía y siguió enojado 3. ella puso fin a	A2 acorde a fines exitosa	1. le contó al novio que ese día quiso matarse 2. él no la entendía y siguió enojado 3. ella puso fin a	A2 acorde a fines exitosa	OK	OK

	la conversa ción		la conversa ción			
XXI-	1. Marisa cambió la cara 2. él le preguntó si se había enojado 3. ella le dijo que no, que estaba todo bien	O1 desmentida exitoso	1. Marisa cambió la cara 2. él le preguntó si se había enojado 3. ella le dijo que no, que estaba todo bien	O1 desmentida exitoso	OK	OK
XXII.	1. Se sentía nerviosa 2. no le podía decir que se vaya 3. se lo comió	A1 desmentida fracasada	1. Se sentía nerviosa 2. no le podía decir que se vaya 3. se lo comió	A1 desmentida fracasada	OK	OK
XXIII	1. él le dijo que la extrañó un montón 2. ella interpretó	O1 desmentida fracasada	1. él le dijo que la extrañó un montón 2. ella entendió que	O1 desmentida fracasada	OK	OK

	que contrade cía la actitud de su llegada 3. volvió a hacerse la cabeza y se angustió		contradec ía la actitud de su llegada 3. volvió a hacerse la cabeza y se angustió			
XXIV.	1. después la pasó bien 2. se cagaron de risa	A1 desmentida exitoso	1. después la pasó bien 2. se cagaron de risa	A1 desmentida exitoso	OK	OK
XXV	1. El domingo se levantó al mediodía 2. Estuvo tranquila, callada, introverti da todo el día	LI desestimac ión del afecto fracasado	1. El domingo se levantó al mediodía 2. Estuvo tranquila, callada, introvertid a todo el día	LI desestimac ión del afecto fracasado	OK	OK

	3. Lloró un montón		3. Lloró un montón			
XXVI	1. El lunes se levantó más o menos 2. Tenía miedo a cómo iba a pasar el resto del día 3. Decidió entretenerse para no sentirse peor	FU represión + rasgos caracterológicos mixto	1. El lunes se levantó más o menos 2. Tenía miedo a cómo iba a pasar el resto del día 3. Decidió entretenerse para no sentirse peor	FU represión + rasgos caracterológicos mixto	OK	OK
XXVII	1. Le contó al psiquiatra que veía personas deambulando por la casa 2. a ella le dio vergüenz	A2 acorde a fines exitoso	1. Le contó al psiquiatra que veía personas deambulando por la casa 2. a ella le dio vergüenz	A2 acorde a fines exitoso	OK	OK

	a pero igual se lo dijo		a pero igual se lo dijo			
XXVII I	1. temía ser tomada por loca y que la medique n por estar alucinand o y delirando 2. El psiquiatra le agregó sólo una pastilla para dormir, 3. ella se tranquilizó	LI acorde a fines exitoso	1. temía ser tomada por loca y que la medique n por estar alucinand o y delirando 2. El psiquiatra le agregó sólo una pastilla para dormir, 3. ella se tranquilizó	LI acorde a fines exitoso	OK	OK

El cuarto estudio de confiabilidad interjueces se realizó sobre la muestra de Lorena.<sup>14</sup> Reúne la opinión de 14 investigadores sobre un total de 13 escenas relatadas en las que se analiza deseo, defensa y estado de la defensa.

<sup>14</sup> Se agradece la colaboración para la realización de esta prueba de confiabilidad interjueces al Lic. José María Rembado.

Los cuadros 1, 2 y 3 permiten obtener una visión de conjunto sobre las coincidencias de opiniones (deseo, defensa y estado) de la muestra, ya sea tomando en cuenta el mayor alcance de acuerdo de una opinión (por ejemplo, sobre el deseo) sobre el resto de las opiniones, ya sea al tomar en cuenta el mayor alcance de acuerdo reunido en las dos opiniones (por ejemplo, sobre la defensa) de más alta coincidencia sobre el resto de las opiniones, ya sea tomando en cuenta el mayor alcance de acuerdo reunido en las tres opiniones de más alta coincidencia sobre el resto de las opiniones. Los cuadros 4 a y 4 b permiten identificar las escenas con mayor discrepancia en las opiniones de la muestra.

Cuadro 1 a. Muestra en porcentajes y en cada escena el mayor alcance de acuerdo de una opinión (deseo) sobre el resto de las opiniones, si las hubiera. Por ejemplo, en las escenas 5 y 13 trece scorers coincidieron respectivamente sobre la presencia de un mismo deseo (LI). Por su parte el mayor acuerdo alcanzado en las escenas 3 y 4 consistió en la reunión de cinco opiniones similares (FU y O2) en cada una de las escenas.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Puntuación													
Acuerdo 99 %													
Ac. 92%					X								X
Ac. 85 %												X	
Ac. 78 %	X						X						
Ac. 71 %											X		



Cuadro 1b. Muestra en porcentajes y en cada escena el mayor alcance de acuerdo de una opinión (defensa) sobre el resto de las opiniones, si las hubiera.

Defensa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Puntuación													
Acuerdo 99 %													
Ac. 92%	X				X								X
Ac. 85 %		X							X				
Ac. 78 %												X	
Ac. 71 %							X						
Ac. 64 %													
Ac. 57 %											X		
Ac. 50 %			X							X			
Ac. 43 %						X							
Ac. 36 %				X				X					







Ac. 43 %													
Ac. 36 %													
Ac. 29 %													
Ac. 22 %													

Cuadro 4 a (deseos). Toma en cuenta las escenas que reuniendo tres opiniones obtuvieron los acuerdos más bajos del cuadro 3 a y detalla la cantidad de opiniones diversas recibidas.

Escenas		
C antidad de o piniones re cibidas		

Cuadro 4 b (defensas). Toma en cuenta las escenas que reuniendo tres opiniones obtuvieron los acuerdos más bajos del cuadro 3 b y detalla la cantidad de opiniones recibidas.

Escenas			0	1
C antidad de o piniones re cibidas				4

Lorena

Sesión del miércoles 20

La paciente se encuentra contenida en su cama, una vez en el consultorio la terapeuta repite la pregunta de la paciente y dice “qué paso”.

(Esta sesión es posterior al lunes a la tarde, momento en el cual la paciente pidió residente en cuatro oportunidades y luego fue contenida por haber presentado ideas de cortarse)

T: Qué pasó dijiste.

L: Pasó que...hee, habíamos tenido una sesión.

T: El lunes

L: Sí, ¿media fuerte no? Son muchos temas... heee. Y después estuve con X, la Dra. X y..., y le dije que había metido la pata con la... la cerveza que había tomado... Y bueno, me dijo que sí, que no debía tomar, que estaba jugando con fuego y que ...hee. Después hablé con mi hermano y me retoó, me cagó a pedos. Mi mamá vino a la tarde me retaron todo... Y yo me empecé a sentir mal, mal, mal. Y me quería cortar y me quería cortar y me quería cortar. Hee ...así a grandes rasgos. Y me sentía una porquería, que otra vez había hecho lo mismo.

T: ¿Qué es lo mismo?

L: Haber tomado.

T: ¿Eso es lo mismo?, ¿o este sentimiento de sentirte una porquería es previo, antes de haber empezado a consumir alcohol?

L: No. Siempre me pasa eso.

T: Esto me parece que es lo mismo.

L: Sí. Hasta los anteojos me sacaron.

T: También hablamos de los anteojos el lunes.

L: Sí

(Interrupción en el consultorio)

T: Vos habías referido en un (no se escucha) anterior, habías preguntado a un psiquiatra, ¿Qué psiquiatra era que te había dicho que no había problemas que tomaras la cerveza sin alcohol?

L: Yo le había preguntado a... no psiquiatra a..., la licenciada X (terapeuta familiar) me dijo que un vaso podía tomar.

T: Ah, entonces, hubo algo previo a la ingesta de la liberty, un permiso, vos podías hasta el lunes, tomar alcohol y la Dra. el lunes te dijo que habías jugado con fuego.

L: Si

T: Y vos te aferraste a eso que te dijo la Dra., desestimando lo que te dijo la licenciada. Ahí me parece que es lo que vos decís que se repite, "lo mismo". Te aferras a esto: que hacés algo que está mal y te sentís una porquería.

L: Sí, yo había hecho todo bien. Bah... supuestamente todo bien con el permiso. Me había ido bárbaro. He... no tenía ganas, nunca tuve ganas de cortarme. No, no tenía pensamientos... así, hacía mucho tiempo. A llegar al extremo que me... que me contengan, nunca me habían contenido en mi vida. Porque yo ahora me comprometí con... con mi tratamiento, bah eso creo yo. Yo quiero decir y hacer todas las cosas bien para... para no volver a caer.

T: A lo mejor por eso, porque estás en tratamiento, pudiste pedir ayuda y te contuvieron. Porque dijiste que es la primera vez que te habían contenido.

L: Sí.

T: Quizás esto tenga que ver con que estás en tratamiento y podés pedir ayuda.

L: Sí seguro. Pero, pero de mi parte yo mi tema de la cerveza... con mi alcoholismo o alcoholismo eh...por eso, quiero hacer todo lo mejor posible

para no volver a caer en...o sea, salir de acá y que sea como una nueva vida para mí.

T: Quizás también esto es lo que vos después sentís que es mucho. Porque decís que en la sesión del lunes surgieron muchos temas.

L: Mh

T: Si planteás así la externación como una nueva vida, quizás también en algún momento después sientas que es mucho. Porque también el lunes vos habías estipulado una fecha probable de alta que era en 15 días. Y quizás esto también te asustó.

L: Sí. También eso, sí.

T: Además planteás que habías tenido un buen fin de semana, que habías hecho las cosas bien. Como si ahora después de lo que pasó no, y dejara de ser un buen fin de semana.

L: Sí la verdad que yo lo pasé muuy bien.

T: Parece que esto es lo que no podés tolerar.

L: Cometer algún error.

T: Además vos lo consideras un error. Tampoco la Dra. te dijo que había sido un error.

L: No.

L: La frase de ella fue que estabas jugando con fuego, ¿vos cómo entendiste esto?

L: Que es un pasito para volver a tomar... o como ...no dejarla del todo. Por más que sea liberty o... No sé, estoy al borde de caer otra vez en eso.

T: Si estás al borde estás al borde de caer o al borde de salir.

L: Claro.

T: El lunes lo habíamos pensado más como algo intermedio para salir de esta situación. Y como te sentís en el borde, tenés mucho miedo a caer.

L: Sí, tengo mucho miedo a caer.

(silencio 10")

T: ¿Cómo fue que tu hermano te dijo esto, tu mamá también? ¿Cómo fue esta situación, vos les comentaste?

L: Sí, yo le comenté a Darío por teléfono.

T: ¿Le dijiste que habías tomado Libery por teléfono?

L: No, sabían ellos.

T: Y entonces, ¿qué les comentaste por lo cual...

L: Que me habían dicho esto. Que no podía tomar, y que era jugar con fuego y..."y viste que yo te dije" yo qué sé (suspira)

T: ¿Para qué les comentaste esto a ellos?

L: Porque ellos están continuamente... todos los pasos que hago lo saben.

T: Porque vos se los decís.

L: Sí, todo.

T: Por eso pregunto para qué.

L: Para que lo sepan. Como lo bueno que hago que sepan lo malo que hago.

(no se escucha, dice algo del fin de semana) me parece que no voy a salir ni el fin de semana con esto. Después que me contuvieron no... arruiné todo (suspira y sonrío).

T: ¿Qué arruinaste?, ¿qué hiciste?

L. No, arruinar...para mí fue lo mejor de... mejor, porque pedí ayuda y no me corté... (pausa 7 segundos) porque sino...(silencio).

T: Pero parece que hubo una intención de arruinar todo.

L: No, no, no, intención no. Yo me sentí mal con lo que había hecho...no. No intención no porque yo ya tenía planes de ir a conocer a mi a...si tenía tres días (no se escucha) tenía ganas de ir a conocer a mi ....al sobrino ese ...postizo le digo yo mi sobrinito (no se escucha bien) como vive cerca de Tigre perdíamos mucho tiempo para ir y volver, tengo muchas ganas de verlo.

T: ¿Cuándo pensaste esta posibilidad?

L: ¿De ir?. Esta semana, el fin de semana estuvimos hablando con Darío de ir este fin de semana que saldría yo. Pero queda... lejos y bueno.

T: O sea que había planes para este fin de semana que iba a ser más largo.

L: Claro.

T: Estas cosas ¿qué te producen? ¿Te asusta la idea?

L: ¿De salir?

T: De que sea más largo el permiso, el alta.

L: No, no. Porque la pasé muy bien en mi casa el fin de semana.

T: Te sentiste contenida también por Darío.

L: Si, y por mi mamá. No, la verdad que no me asusta el hecho de salir. Antes sí tenía un poco de miedo, ahora no quiero volver cuando salgo (risas). Pero bueno.

T: Sí, habías dicho que te había angustiado la vuelta por lo que pasó con tu compañera, fue movilizante.

L: Y fue todo como una cadena de cosas que me pasaron.

T: Cuando te preguntaba para qué le habías contado a Darío lo que te había dicho la Doctora, del tratamiento, quizás podemos pensar que lo que Darío te dijo vos lo pensabas antes.

L: Sí, que estaba mal.

T: Es un pensamiento tuyo que aparece muy seguido. Cuando vos no le das lugar porque te sentías bien buscás en el entorno alguien que te lo pueda llegar a decir y sabés muy bien quién te lo va a decir y lo encontrás.

L: Mh.

T: Y cuando lo encontrás coincide con el pensamiento que estaba ahí y ahí empieza la cadena, “soy una porquería”, el sentimiento de hacer las cosas mal.

L: Sí, (no se escucha) en mi pensamiento.

T: Y a lo mejor habría que pensar si lo que vos ves en el tratamiento, acá, lo que ves con el médico, la médica, es conveniente que vos lo hables con tu hermano y con tu mamá, digo con alguien que no está en el momento del trabajo terapéutico.

L: ¿Sería mejor que no?

T: Me parece que te sentís muy descontentada cuando encontrás la respuesta que estás esperando, que es este sentimiento de ser una porquería, hacer las cosas mal. Ahí todavía no estás lo suficientemente contenida como para responder a esto. Es más me parece que lo buscás para desencadenar todo este proceso de sufrimiento.

L: Sí.

T: Que después por suerte pudiste pedir ayuda y buscaste contención.

L: Sí, varias veces. No sé si los leyeron.

T: Sí, los leí. Estuve hablando con los residentes, con el jefe de sala.

O sea que encontraste también la contención en ese momento.

L: Sí, sí, seguro. ¿Me van a pasar a guardia?

T: ¿Por qué pensás eso?

L: Porque dijeron.

T: ¿Quién?

L: XX, ¿Puede ser?

T: Sí, el jefe de sala. Cuándo lo escuchaste?, ayer, cuando te vio. ¿Y vos qué pensaste cuando escuchaste eso?

L: Que no, que no me pasen a guardia.

T: En general se piensa en un pase a guardia cuando la contención verbal, de enfermería y los residentes no alcanza. Buscando contención y mayores cuidados.

L: No, pero ya estoy... estoy bien hoy. Aparte necesitaba hablar con ustedes (no se escucha)

T: Sí, por eso cuando te fui a buscar y te vi tan dormida... es difícil trabajar así.

L: Sí porque me había hecho efecto la medicación, no duermo tanto yo. Bueno, eso es lo que pasó.

T: Quizás estabas muy movilizada y necesitabas algo que (no se escucha) te debes haber quedado muy aturdida.

L: Sí, quedé muy aturdida. Sí, fueron demasiadas cosas, muy movilizante la terapia.

T: Muy movilizante la terapia del lunes agregado tu, eh, fecha de alta porque al final hablaste justo de eso.

L: Sí, (risa escupida).

T: Entonces te debes haber sentido muy en banda, con todo eso. Por eso es importante aclarar que en realidad el alta va a ser en el momento que sea necesario.

L: Sí, no ya, ni en quince días, ni en veinte.

T: Sí tenerlo presente como el deseo tuyo de salir, que te costó volver. El alta va a responder a ese deseo tuyo de estar todo el tiempo afuera.

L: Sí, sí, estuve muy bien el fin de semana y me costó, no quería. Bah, quería pero obviamente tenía que volver, el hecho de venir me angustió.

T: Dijiste que hasta te sacaron los anteojos, ¿que pasó con los anteojos?

L: Sí (no se escucha) las chicas me dijeron que me saque los anteojos (risa).

T: ¿Porqué vos habías dicho algo de los anteojos?

L: Sí, ¿se acuerda?

T: Sí acá sí, ¿a tus compañeras también?

L: Sí le dije a Sonia que se me había dado la idea de romper los anteojos y ella no quería romper los anteojos (silencio 6 segundos) y los tienen en enfermería.

T: ¿Los usas para ver de lejos, de cerca?

L: Todo, para todo.

T: O sea, ¿no estás viendo bien entonces?

L: No, nada. Si no puedo pintar, no puedo dibujar.

T: Y estabas pintando y estabas dibujando.

L: Si, estaba dibujando, sí, ¡estoy haciendo un esfuerzo para ver!

T: Esto también te va a agotar mucho ¿no?

L: Sí, por ahí se los pido, más tarde.

T: Cuando te sientas segura... sino en todo caso pedís los anteojos.

Y si surge nuevamente algún pensamiento...

L: (no se escucha)

T: o pedís que alguien esté con vos. Con los anteojos puestos. Pero que alguien pueda ayudarte en esa situación.

L: Sí, sino... se torna difícil.

T: Quizás haya otras cosas que cuesta ver ¿no? Que es mucho, encandila y aturde (no se escucha) entonces de a poco. Quizás con los anteojos puestos puedas ver más las cosas que te rodean, y en el trabajo terapéutico más las cosas internas.

L: Sí (no se escucha)

T: ¿Te quedaste pensando en algo además de este sentimiento de estar aturdida?

L: No, estuve repasando todo lo que habíamos hablado y fueron, fueron muchos muchos temas trabajamos.

T: Sí, por eso digo si te quedaste pensando en alguno o fue todo tan aturdido que no...

L: No, no pude pensar en uno.

T: No pudiste pensar...te quedaste con todo junto.

L: Mh, (silencio 10 segundos), sí me quedé con todo junto.

T: Bueno eso nos va a ir dando tu tiempo ¿no?. Más de apoco.

Porque quizás en ese mismo estado de aturdimiento fue que necesitaste algo que te planchara, ¿No?, y te dejara sin todo eso en la cabeza.

L: Sí.

T: Sin pensar todo eso junto.

L:Mh.

T: Quizás podamos ir probando otras maneras de pedir ayuda... y hablar de a una todas estas cosas.

L: Sí pero yo planteé todo, a mí me salió todo junto.

T: Surgió así porque así lo debes sentir.

L: Sí, todo junto.

T: Y muy mazacote.

L: (no se escucha) y parece que lo quiero sacar (no se escucha) y sale todo mezclado. (silencio 11 segundos) (Baja el tono de voz como suspirando) Bueno, ¿me ve bien?

T: Yo te veo bien. La que no me debes estar viendo bien sos vos sin los anteojos, me miras y te tapas un ojo.

L: Sí, sino se me cansa la vista.

T: ¿Te animás a ir a buscar los anteojos y que trabajemos con los anteojos acá? Acá estoy yo. ¿Querés?

L: Sí, si me los dan...

T: ¿Querés que te acompañe así te los dan? Cualquier cosa me avisas y voy, no hay problema.

L: Ahora veo mejor.

T: Sí, porque sino es agotador. ¿No?

L: Bueno... ah que salía todo junto. Sí, esta situación me, me agotó hoy. Esta situación de estar atada, contenida.

T: ¿Cómo se te ocurrió esto?, ¿vos pediste que te contuvieran?, ¿lo habías visto en otra oportunidad?

L: No me dijo una chica, la residente.

T: ¿Ella te ofreció esa posibilidad?

L: Sí, porque vino cuatro veces y yo seguía angustiada y llorando, y llorando. Entonces dijo que era mejor y...

T: ¿Qué pensabas cuando llorabas?

L: Que al final sigo siendo una borracha hija de puta como me dijeron Mauro... (silencio 6 segundos) y que tienen razón (no se escucha) en ese momento lo sentí, que soy una porquería, que le hago mal a todo el mundo.

T: Ahora decís :-“no tienen razón” pero en ese momento sí. ¿En que otros momentos aparecían estos pensamientos? En donde te esforzás por darle la razón al otro? Vos hacés cosas y cambiás con tal de que el otro tenga la razón, y preservar al otro.

L: Sí, siempre. Siempre preservando al otro. (silencio 17 segundos) Sí, siempre lo hago. Con tal que no... sufran, que no nada, (no se escucha)

T: ¿Qué cosas?

L: A ser borracho, hija de puta... O sea esas palabras a mí me quedaron sonando... por siempre.

T: Dijiste ser “borracho”, masculino.

L: Sí.

T: ¿En quién pensás?

L: En mi papá.

T: ¿Alguna vez escuchaste que le dijeron?

L: ¿Que era borracho? (no se escucha) sí, jodiéndolo sí.

T: Jodiéndolo. ¿Te acordás como fue ese momento, quién lo dijo?

L: No. (No se escucha)

T: ¿A vos también jodiéndote te decís borracha?

L: (baja la voz) Sí. No sé si jodiendo. No sé si jodiendo. (Silencio)

T: Ese me parece que fue uno de los nudos del lunes, porque era la primera vez que hablaste del alcoholismo de tu papá. Creo que con eso ya es suficiente como para detenernos en un punto ¿no? Porque esto abre y desencadena una serie de sentimientos muy contradictorios y muy confusos

L: (no se escucha) Sí aparte, los últimos... – “¡Hay que hacer algo con esta muchachita!, hay que hacer algo, vive en pedo!”. Y yo no vivía en pedo.

T: ¿Tu papá decía eso?

L: Sí. ¿y él?

T: Vos no vivías en pedo, ¿y tu papá decía esto?

L: Sí

T: ¿Cuándo?

L: 15 días antes de que se muera, (con voz débil) 15, 20 días.

T: Era tu papá el que estaba distorsionando la realidad entonces.

L: No lo sé. Él se tomaba todo a la noche. Se quedaba hasta las 6 de la mañana tomando (silencio).

T: ¿Qué te generaba a vos eso?

L: ¿Qué?

T: ¿Qué te generaba a vos eso?

L: Bronca, me generaba bronca. Eso sí tuve bronca. Mucha bronca tuve ese día.

T: ¿Él ya estaba con la traqueotomía? ¿No?

L: No, pero era para respiratoria nada más.

T: Ah entonces tomaba...

L: Podía ingerir cualquier cosa.

T: Hasta alcohol.

L: Sí.

T: ¿Qué hiciste en ese momento cuando tenías tanta bronca?

L: Me largué a llorar. Me senté sobre la mesada y (baja la voz) me largué a llorar. (Silencio)

T: ¿Era una sensación similar a la que tenías ayer cuando estabas angustiada llorando?

L: Sí, la misma. Sí.

T: También con bronca.

L: Con bronca sí. Pero también hacia mí.

T: ¿Seguro que era hacia a vos Lorena?

L: Hacia todos.

T: Quizás bronca hacia vos por esas situaciones en las cuales quedaste paralizada con bronca sin poder hacer nada con eso porque tu papá se estaba muriendo, muy difícil enojarte con él.

L: Sí.

T: Entonces la bronca hacia vos a lo mejor tiene que ver con esa situación. Lo único que podías hacer era llorar. ¿Hablaste con tu hermano, tu mamá, los médicos?

L: En esa situación estaba mi mamá presente. Mi mamá no la recuerda, no se acuerda de eso... Pero yo sí me acuerdo de eso.

T: ¿Tu hermano Darío?

L: No, estaba acá en Buenos Aires, y mi otro hermano tampoco estaba.

(Silencio 14 segundos)

L: "- ¡Siempre en pedo vive!", me acuerdo como si fuera hoy (silencio). Horrible.

T: Y vos no estabas en pedo. Esto es lo difícil ¿no?, que se está contradiciendo.

L: Yo tomaba. Pero no estaba en pedo. (Silencio) Y él se vivía cayendo, se rompió la cabeza dos o tres veces.

T: O sea que tu papá fue empeorando el estado de alcoholismo.

L: Sí, a lo último sí.

T: No tenía conciencia de lo que estaba diciendo.

Quizás la bronca con vos misma también tiene que ver con que ese lugar que te adjudicaba tu papá vos lo asumías. Te hacías cargo de esto tan loco de tu papá, porque si estaba distorsionando la realidad no estaba bien. Y vos asumías ese lugar.

L: Puede ser.

T: Quizás también para preservarlo a él.

L: Sí, porque yo no contaba las cosas que pasaban.

T: Es más, la persona que lo vio no lo recuerda.

L: Claro.

T: O sea que si vos no lo contabas, tu mamá no lo recuerda, es como si esa realidad no hubiera existido. No hay testigos de eso.

L: No.

T: Salvo vos, en la medida que puedas pensarlo, hablarlo, y trabajar lo que realmente sucedió. Que era tu papá el que estaba alcoholizado no vos.

L: Yo sé que yo también, en parte, ¿No? Yo tengo que asumirlo.

T: Para darle la razón a tu papá.

L: No, yo sí debo asumirlo. Pero él también lo hacía. Y ¿quién era la parte más débil? Yo (no se escucha) (silencio 30 segundos). Surge otra vez el tema del alcohol (risa).

T: O el tema de la supuesta debilidad y la fortaleza, porque le estás adjudicando a tu papá una fortaleza que quizás no tenía. Un poder sobre vos que no tenía. Solo que vos se lo adjudicabas.

L: Sí, sí.

T: Y una debilidad en vos que quizás, al pedir ayuda se va transformando en fortaleza.

L: Sí, se va transformando. (Suspiro) Es duro hablar de alguien que ahora está muerto (risa nerviosa).

T: Esto también es un peso muy fuerte. Que los últimos momentos de la vida de tu papá hayan transcurrido así. Que no estaba lúcido como para poder escuchar, hablar de algunas cuestiones.

L: Sí. ¡Si supiera ahora donde estoy!

T: ¿Qué pasaría?

L: Estaría contento de que estoy internada. Para arreglar mi alcoholismo.

T: ¿Cómo era el vínculo antes de que consumas alcohol?

L: Bueno, era bueno. Pero él siempre tomó. Al mediodía, a la noche. No grandes cantidades!, a la noche sí.

T: Y dormía.

L: Sí. Al mediodía a veces también, a la siesta.

T: O sea que a él le afectaba de esta manera. El sueño, dormir, no se ponía violento. ¿O sea que el vínculo vos sentís que empezó a cambiar una vez que vos empezaste a consumir?

L: A consumir más alcohol, yo salía y tomaba. Pero durante la semana no tomaba. Pero después que empecé yo a consumir alcohol sí.

T: Ahí él te empezó a reprochar.

L: Uh! Un montón de veces.

T: ¿En vos como afectaba el alcohol? ¿También te provocaba sueño?

L: ¿En mí? Sí, me provocaba sueño. Me hacía decir cosas, angustia y sueño.

T: ¿Y vos por qué pensás que lo tomabas?, ¿Para poder decir cosas?, ¿Para dormir?

L: Yo quería olvidar pero era todo .lo contrario.

T: O sea querías tapar los pensamientos y era al revés.

L: Pero era al revés (Silencio). (Suspiro) Bueno.

T: ¿Cómo te sentís ahora Lorena después de todo este shock?

L: Bueno hoy me siento mejor.

T: Estás mejor.

L: Si, no tengo ideas suicidas, de cortarme. Suicidas no pero quería cortarme para, para aplacar un poco... Para aplacar un poco el dolor que sentía interno ¿no?

T: ¿Era dolor?

L: Mh. (Silencio) Dolor y bronca.

T: Juntos, esa masa que (no se escucha).

L: Sí, eso.

T: Ese dolor y esa bronca ¿se pueden condensar en estos pensamientos de ser una porquería, de hacer las cosas mal?

L: Sí, ser una borracha hija de puta.

T: Son todos insultos.

L: Sí.

T: Y vos quedas expuesta a eso.

L: Y que me atormentan. (Silencio)

T: Ahora está más tranquila en relación a eso.

L: Sí.

T: ¿Pensás que hay otras cuestiones que van a poder aliviar estos pensamientos tan atormentadores?

L: ¿Otra opción? Hablar con algún residente. Sí yo le dije al residente que a mi me aliviaba. Estaba tan al borde de cortarme que no... No podía, no podía dejar de pensar en eso. Ahora no, ahora estoy, ahora me siento bien, bien mejor.

T: Quizás para ir terminando. Esto que vos decís que no podés parar de pensar en eso.

L: Mh.

T: Quizá pensás que hay situaciones en las cuales vos llevás a que estos pensamientos no paren. Porque cuando están adormecidos de alguna manera, vos hacés todo lo posible para que se fijen más, que salgan más a la luz. En esta situación llamando a tu hermano, contando la situación, dando pie a que se desencadene. Entonces quizás podamos dar un paso más a esto. Que es pedir residente antes de dar cause y rienda suelta a estos pensamientos buscando afuera que te lo digan. Por lo pronto mientras estés acá internada llamas a un residente cuando tenés ganas de llamar a tu hermano, llamar a tu mamá, o hablar de esto con alguien de tu familia, o con alguien que te va a decir lo que vos estas buscando. Podemos suponer que si pedías residente antes no iba a pasar esto. No te iba a decir ni borracha hija de puta, ni que sos una porquería, ni que haces las cosas mal. ¿Entonces qué hubiera pasado con esos pensamientos? No los hubieras podido trabajar y a transformar de a poco. Entonces, a lo mejor dar un paso más y cuando estés a punto de buscar un referente que te castigue de esta manera llamás algún residente.

Yo mañana a la mañana estoy sino cualquier cosa nos vemos como siempre el viernes.

T: Gracias por todo.

T: No, por favor. Y andá pensando en relación al permiso de salida también, Lorena, del fin de semana.

L: ¿Tengo?

T: Digo que pensemos porque no, porque sí.

L: Yo sí, quiero salir.

T: Por eso, entonces pensá yo me refería al tiempo. Pensemos con detenimiento si te sentís como que sea más tiempo si preferís que sea la misma cantidad de tiempo e ir a ver a tu sobrino. Lo pensamos con tranquilidad.

L: Para ir a ver a mi sobrino.

T. Perfecto. Vos la vez pasada saliste de sábado a domingo. Del sábado a las nueve al domingo a las dieciocho. ¿Y ahora vos lo pensaste del viernes a las dos de la tarde?

L: Si, total el sábado me voy todo el día de mi prima (no se entiende).

T: Y ¿quién te vendría a buscar el viernes?

L: Y... mi mamá o Darío.

T: ¿Pueden en cualquier horario?

L: No, mi mamá. Darío no.

T: Tu mamá puede...

T: Bueno, lo hablamos el viernes. Chau Lorena.

L: Gracias y perdón porque estaba durmiendo.

T: No, por favor. Y te estaba buscando también Pedro.

Lorena

Sesión del viernes (siguiente)

T: Bueno, Lorena.

L: Acá estoy. Ayer me corté. Porque venía con toda esa angustia de la semana y estaba, eh... atada, digamos. (Habla muy dopada). Eh... y luego, por más que busqué ayuda, hablé con residentes todo, me dejan sin permiso, entonces yo digo: -“¿Para qué voy a hablar ahora?”

T\_¿Cómo es esto? Yo lo leí en la historia clínica. ¿Cómo es esto de que la dejan sin permiso?

L: Me dejaron sin permiso. El psiquiatra, Pedro.

T: ¿Pedro la vio ayer a la mañana?

L: Sí, a mi me vio.

T: Y ¿qué pasó ahí?

L: Y me dijo que no tenía, no tenía salida este fin de semana.

T: Así nomás. O sea no hubo un diálogo.

L: No, y “:-que yo no voy a estar y nadie puede firmar”, y... No le avisó nadie del equipo eso.

T: ¿Qué cosa no le había avisado nadie?

L: Que venía alguna de ustedes.

T: ¿Y vos qué hiciste Lorena con esto que te dijo Pedro?

L: Nada, me quedé... mal. (Toma aire). Tomé la medicación de la 1 y... y me acosté un rato. Y empecé a pensar, a pensar... Y después vino mi... mamá y le conté lo que había pasado y... y... buen nada, como que no me dijo nada. Estaba mal y de enfermería me decían que tenía cara mal, que hablara con alguno de ellos o vaya a recurrir a ellos y ellos después mandaban algún residente. Y me las mandé de callada y me corté en el baño.

T: Te la mandaste de callada, dijiste.

L: Sí.

T: ¿Cómo es esto?

L: Y no dije nada (no se escucha). No fui ni siquiera a los... a pedir ayuda. Por nadie, ni por mis compañeras ni por nadie (silencio).

T: ¿Qué pensaste cuando lo hiciste?

L: Que me iba a aliviar... la bronca... y toda esta semana... el dolor... todo lo que paso en la semana. Así que bueno, eso fue.

T: ¿Con que te cortaste?

L: Con un vidrio que encontré en el patio

T: ¿Y dónde lo tenías?

L: En el locker. En la puertita del locker, y después lo puse en la jabonera cuando baje a bañarme.

T: O sea tenías un vidrio escondido.

L: Sí. Ayer lo encontré eh.

T: ¿Ayer a la tarde?

L: Si. (Silencio). Si, ayer a la tarde.

T: ¿Lo buscaste?

L: (Suspira). Si, si lo busqué.

T: Buscando encontraste.

L: ¿Eh?

T: Buscando encontraste los vidrios. Y los guardaste.

L: Lo guardé, si obvio. Ese solo. (No se escucha) (risas) afuera y listo. Pero tenía mucha necesidad de cortarme yo (Silencio). Aparte me cuesta mucho estar acá adentro. (En tono muy bajo).

T: ¿Te cuesta mucho...? No te escuché.

L: Estar acá adentro. Me esta costando. Extraño mucho afuera y... y no doy más (risas).

T: Me parece que esto que estás diciendo que te la mandaste callada unida a la necesidad de cortate te hace olvidar lo que habíamos hablado nosotras el miércoles.

L: Si. Tal vez que si.

T: ¿Te acordás como terminamos la sesión el miércoles?

L: Si algo me acuerdo... Que me dejó que quisiera... que pensara eh... y ahora no me acuerdo ... la pregunta final que me hizo pero que estuve hablando de mi papá. Pero la última pregunta no me acuerdo muy bien.

T: En realidad al final, más allá del trabajo, de tu pregunta que no te acordás, vos hablaste específicamente del permiso de salida.

L: Si.

T: Y yo te respondí.

L: Si, que sí.

T: ¿Qué si? Que igual lo hablábamos en la reunión de equipo del viernes a la mañana, o sea hoy.

L: Si pero el psiquiatra me cortó la salida.

T: Bueno, por eso digo nuevamente una situación algo similar, me parece, a lo que pasó con la cerveza. La licenciada X te dice un poquito no es nada, la doctora XX te dice “jugaste con fuego”... te quedás con la segunda opción y te sentís mal. Yo el miércoles te digo esto, planificamos una posibilidad de tres días...

L: Sí, tres días.

T: te digo igual, como no es una decisión que yo tome sola sino con el equipo tratante, te digo que esperemos hasta el viernes a la mañana, o sea, hoy. Vos escuchás lo que te dice el médico...

L: Sí, eh... pero también es... está bien. Por ahí me equivoqué pero...

T: No digo que te estés equivocando vos. No me podés escuchar lo que te digo de las cosas que fueron sucediendo, contradictorias y confusas, para vos. Vos decís “:- me equivoqué”, y te la mandás callada. A eso voy. Cuando vos escuchás esto del Dr. Pedro no pudiste pelearla digamos, lucharla.

No dijiste “:-No, la licenciada me dijo tal cosa y me dijo que el viernes lo iban a hablar en la reunión”. No pudiste recordar.

L: Yo sabía que usted... sí, sí, estuvimos hablando lo del permiso. Que itinerario posible puede haber, hacer. Y que me digan eso es como bueno, se terminó el permiso. Qué sé yo, no entiendo mucho cómo se manejan ustedes. Pero el asunto es que me quedé sin el permiso.

T: Cuando hay situaciones que no entendés, confusas y contradictorias, te quedás llena de furia, bronca, y te mandás vos misma daños, te hacés mal vos.

L: Sí.

T: ¿Te recuerda alguna otra situación estas situaciones contradictorias, confusas? Que te la mandás callada.

L: ¿Esta semana o...?

T: Lo que se te ocurra.

L: Y... una pelea con mi hermano (suspira). Que iba a casa y..., furiosa, por no poder decirle nada y... iba y a la noche me cortaba, sí.

T: ¿Te acordás cuál eran las situaciones que habían discutido?

L: No, no me acuerdo.

T: Discutías y te ibas...

L: Sí, y yo me iba, me iba ya embroncada y... no sé... me tomaba una cerveza y me cortaba (lo dice rápido, risas).

T: Las dos cosas.

L: Sí, ... a veces lo hice sin nada...pero bueno.

T: ¿Y después qué hacías? Acá te curaron en enfermería...

L: Nada, me echaba un poco de Pervinox y listo.

T: Y sentías alivio.

L: No sé si es alivio que uno necesita... no es el alivio que uno necesita.

T: Recién dijiste necesitaba cortarme y ahora decís no es el alivio que uno necesita.

L: Yo necesitaba cortarme sí. Pero no era el alivio que, que... esperás... No te va a sacar un... poco de sangre toda la bronca y... y coso, y todo lo que tenés adentro.

T: ¿Cuál sería entonces el alivio que vos necesitás para esa bronca que tenés adentro?

L: No sé si laburar, no sé cuál es el alivio. Ahora me voy a poner a hacer una mano en cartapés, tal vez si podría... Pero me sacaron todo del locker y de la... me dejaron sin nada. Las enfermeras.

T: Para que no haya riesgo de cortarte.

L: Sí, no tengo nada.

T: ¿Vos querías hacer el fin de semana acá la mano?

L: Sí.

T: ¿Qué necesitás para hacer la mano?

L: Plasticola y diario, nada más.

T: Bueno después voy a ir a hablar con la enfermería porque la plasticola y el diario no...

L: Y sin anteojos la puedo ir moldeando todavía.

T: Podés moldearla sin anteojos.

L: Sí. Le puedo hacer los detalles con anteojos pero... como lleva tiempo.

T: Si, yo hablé con L y O y O va a estar el fin de semana así que cualquier cosa inclusive lo podés hacer en un rato con ella si puede.

L: Sí me siento ahí en el piso y la hago ahí en el piso. Tranquila.

T: ¿Vas a moldear una mano?

L: Sí. Quieren que haga otra mano más.

T: ¿Quiénes quieren?

L: Porque yo hice, hice una mano, o sea, mis terapeutas ocupacionales. Y... quieren que haga otra. Que les encantó la otra mano entonces... Y... me voy a poner a hacer eso así no pienso estar tod... pero bueno que estoy (risas) acá adentro, encerrada, (silencio). Y más que no puedo salir ni al parque ni al patio (silencio). Es duro (silencio 20"). (no se escucha) Y me dijeron: - "la próxima te vas a guardia". (Muy bajo)

T: ¿Cómo la próxima vez...?

L: Te vas a guardia, te llevan a guardia.

T: ¿Vos cómo escuchaste esto?

L: Que no lo tengo que hacer más, un reto, qué se yo (risas). No aparte que ya me pusieron bien tirante apretándome bien acá.

T: ¿La contención?

L: Sí, bien bien fuerte me pusieron. Y cortita así (no se escucha) el colchón, entonces estaba (mueve el grabador). ¡uy! Y nada.

T: Dura.

L: Sí, es feo.

T: Digo porque decías “:- es muy duro, es muy dura toda esta situación”. Que es muy dura la situación. Pero finalmente vos quedás así. Paralizada, dura, cuando sentís que lo que te está rodeando es duro y difícil, sin poder manejarlo.

L: Sí, sí aparte lo que había pasado con Lili también me shokeó. Quiso ahorcarse. Y... también me había shokeado por eso.

T: Sí. Vos querías irte de permiso de la sala por esta situación habías dicho.

L: Sí, una de las cosas es... porque yo la aprecio mucho y, me hace mal verla así. Está continuamente pidiendo residentes (no se escucha).

T: ¿Está acá no la pasaron a guardia?

L: Está en guardia ahora, pero igual. Yo no estoy acostumbrada a ver esas cosas. Tuve una... dura la semana.

T: No estás acostumbrada a ver esas cosas ¿A otras cosas que has visto te has acostumbrado?

L: Sí, a lo de mi papá me acostumbré. A... fundamentalmente esto o... y... en situaciones de la vida...

T: (no se escucha)

L: La traqueostomía y en otras situaciones de la vida sí, con Daniel me acostumbré.

T: ¿A qué, con Daniel?

L: Que Daniel es muy... es muy especial Daniel y ¿que podés hacer?. Bah yo también soy media especial. Pero no podés... ¿Cómo explicarlo? Buen no me sale. Al tocarle sus cosas o no sé, alguna cosa así, no me sale ninguna palabra como para describirlo.

T: ¿O si tenés alguna escena en mente?, ¿algo que te haya pasado, con él?

L: Lo primero que se me viene en mente es cuando me internó.

T: ¿Que pasó?

L: Fue el 24 o el 23, no se qué día, que yo le pegué patadas para que no... patadas y con los brazos para que no me lleven. Y subieron unos guardias, unos médicos, arriba y se fijaron a ver como estaba yo y dijeron que me trajeran al Moyano, al Moyano acá. Esta es la situación que más recuerdo con Daniel.

T: ¿Y ahí qué paso de Daniel?

L: Y, quedaron muy tirantes las cosas.

T: Estabas enojada.

L: Sí. (silencio)

T: ¿Por qué decís que es especial?

L: Porque eh... es solitario ees eeh, es una persona rara. Rara no sé pero él es así. Con sus costumbres de siempre. Muy... ahora que estuvo de vacaciones llamó poquitas veces. Nada, se desenchufó del todo Daniel (risas).

T: Y a esto te acostumbraste,

L: Sí.

T: a una relación con un hermano que le gusta estar solo, que se aísla. Le cuesta contactarse con vos.

L: Sí a los dos.

T: ¿Vos tenés una actitud parecida?

L: Sí, tengo una actitud parecida (silencio). Pobre Daniel (risas).

T: ¿Por qué pobre? , pobre tu mamá cuando se enteró que no salías, pobre Daniel.

L: Y porque ellos están más ilusionados que yo creo...Y que me mande una c... así acá adentro...pero bueno, no pude contenerme.

T: El impulso, el dolor es más grande que la posibilidad de contenerlo.

L: Sí, sí y me contuvieron de noche porque seguía con ganas.

T: No alcanzó.

L: No. Hoy no, hoy ya me levanté de otra forma. Hoy estoy mejor a lo que estaba ayer.

T: ¿Por qué?

L: No sé, pero estoy un poco mejor.

T: No está este pensamiento.

L: No.

T: ¿Cómo descansaste a la noche además de estar contenida?

L: Más o menos. Me desperté, me dieron un refuerzo, fui al baño. Me aplicaron una, un inyectable, después la medicación y ahí me terminé durmiendo. Y después me dieron, me dieron el refuerzo como a las dos de la mañana. Justo pasaba una chica y le dije que lo llamara al enfermero que quería ir al baño y quería...y me trajo un un refuerzo porque no podía dormir.

L: ¿Si no pasaba esta chica vos no podías llamar?

L: No, no me ven casi. No me ven a mí. Donde está a la cama mía no se ve.

T: ¿Y esto qué te produce?

L: Y..., miedo.

T: O sea que lo que se te quiere contener o ayudar, se te transforma en mayor miedo y mayor angustia.

L: Y sí, porque no podés llamar a nadie, nadie te escucha, están todos durmiendo.

T: Si yo no te lo pregunto vos tampoco planteaste esto. O sea, en realidad lo que quiero decir es que no es que haya en vos una intención de no plantearlo. Lo que pasa es que vos no debés tener registro de esa situación. De que tenés miedo, que no te están viendo que te puede pasar algo y nadie está para ver lo que te pasa. Por lo cual, como no tenés este registro no podés pedir ayuda.

L: No, seguro (suspira).

T: Este es el tema. No te pudiste enojar con el Dr. ayer ni plantearle lo que había pasado. Porque de última quizás hoy en la reunión se planteaba que era preferible que no salieras por ejemplo. A lo que voy es a tu actitud de quedarte con esta furia.

L: Mh, sí, siempre me quedé con la furia.

T: Porque esta situación de que no te están viendo, a la noche, te debe pasar también durante el día. Cuando hablás de un hermano especial, que se va, se desenchufa y no te tiene registrada, o a enfermería que está de una manera que no puede verte, entonces ¿a quién vas a pedir ayuda si no hay nadie que te esté viendo o registrando?

L: (Suspira) Sí.

T: Entonces esto viene a cuenta de que hablé con enfermería, vamos a tratar de pasarte a la cama 49 que tiene mayor visión para enfermería y puede estar más cerca en las situaciones que necesites ayuda, que tengas miedo... En realidad la contención no quiere decir que estés atada.

L: Sí, pero me siento atada.

T: Es que...

L: Es atada.

T: Estás atada.

L: La intención es estar contenida. Si esto resulta perjudicial y en realidad te hace sentir con mayor temor no está cumpliendo el sentido que tiene que cumplir. Entonces vamos a tratar de ubicarte en otro lugar para que tenga el sentido y la función que tiene y que vos estés con alguien más cerca.

L: Está bien.

T: Que vos puedas llamar, para contenerte, ir al baño.

L: Mejor.

T: No para cortarte porque fuiste al baño a cortarte en realidad cuando fuiste a ducharte.

L: No cortarme no. Yo no quiero llegar a estos extremos, como siempre se lo he dicho, yo no quiero llegar al extremo este. Pero ahí ese impulso por ahí no lo puedo frenar. Y yo que estaba enojada que había, porque yo digo, yo hablo, trato de hacer las cosas más o menos bien, y, y...y me sacan todos los permisos, todo. Es por mi no?. Seguro pero... (silencio).

T: Nuevamente Lorena, y ahí te angustias.

L: Sí.

T: No es por vos. Vos estás en una institución, estás en un hospital, con un equipo de profesionales, en época de vacaciones. Hoy el jefe de sala no está, por ejemplo. Digamos hay situaciones de la realidad que te rodean, que van más allá de vos. Sí está en vos reclamar, hablar, y el exigir que las contradicciones y las confusiones se aclaren. Creo que ese es el paso que todavía no podés llegar a hacer. Te sentís como mandada, o a expensas de otros que hacen con vos lo que quieren. Y entonces te mandás sola. Digo esto porque decís que vas a hacer una mano más porque te dijeron que hagas una mano más, yo creo que vos la querés hacer.

L: Si.

T: De todas maneras decís que la vas a hacer porque te dijeron que la hagas.

L: Sí, pero me encantaría hacerla otra vez.

T: A eso voy, pero parece que le das más prioridad o preponderancia...

L: A lo que me dicen los demás.

T: O sea, es hacer otra mano porque te dicen, eh, y qué otra cosa que también era porque otros te decían. Entonces vos tampoco tenés registro de vos misma, de tus deseos, de tus decisiones, eso va a ser lo único que te va a permitir exigir o reclamar algo que vos sepas lo que querés.

L: Si no tengo registro, no puedo... (Silencio)

T: Es más difícil.

L: Sí. (Silencio). Bueno, (silencio) permiso no, ¿no? No mentira.

T: Permiso no este fin de semana. Porque ya sí es demasiado..., demasiado tarde si se quiere como para programar un permiso para este fin de semana. Pero sí lo que tenía planeado para este fin de semana podemos trabajarlo para el fin de semana próximo. Yo voy a hablar nuevamente con el equipo, con el Dr Pedro, que hoy no está. E insisto que el permiso se decide los viernes a la mañana, yo voy a hablar con el Doctor. Y estas contradicciones o estados de confusión para vos supongo que te deben remitir a otras situaciones que te han paralizado. ¿Se te ocurre alguna?

L: Sí..., la violación. Eso a mí me paralizó.

T: Te tomó por sorpresa también. (Silencio)

L: Sí.

T: Y tampoco pudiste hacer nada con eso.

L: No, no pude hacer nada. (Silencio) ¿Así que me trasladan de cama?

T: Iban a ver, no te quiero dar seguridad, ahora vamos juntas si querés a enfermería y yo pregunto. En realidad no es que te trasladamos de cama, es más te estoy preguntando si para vos sería más..., si te causaría alivio. Para que no tengas que llegar a un alivio de cortarte. Si estarías mas tranquila y más contenida en una cama en donde enfermería te ve. Donde vos podés dirigirte a enfermería sin esperar que alguien pase. ¿Qué pensás?

L: A mí ese lugar me gusta donde estoy.

T: No me cabe la menor duda que sos más vale de estar en los lugares en donde no te ven. También te acostumbraste a eso.

N: Sí. Me acostumbré a eso. Aparte tengo la ventana cerca también.

T: ¿Para qué?

L: Para mirar afuera.

T: A la noche cierran.

L: Sí. ¿Si estaría mejor ahí? No sé... sí (no se entiende)

T: No, creo que hay una cama libre, la 49. Esto que decís que sos de elegir esos lugares en donde no se te registra. Vos los buscás ¿Qué te pasa en esos lugares?

L: Me siento protegida (risas). Me siento como si no estuviera..., (suspira). Como en el ombú, esa protección que me brindaba el ombú, es única, no te ve nadie.

T: O sea, la protección está en que no te vea nadie. ¿Qué es lo que no tiene que ver nadie?

L: Qué es lo que... la porquería que soy.

T: De eso te estás refugiando.

L: Sí.

T: O sea que son pensamientos tuyos en realidad.

L: Sí, pero mi hermano dijo que yo era la vergüenza de la familia. Daniel un día dijo, peleándonos, me gritó que era una borracha hija de puta. Entonces como, se te pegan esas, esas cosas. (Silencio). Más saliendo recién de la muerte de mi viejo...fue duro. Hace dos años y pico que vengo con estas cosas (risa). (Silencio). (Inspira) Tendré que aguantar, qué sé yo. Pongo la mejor voluntad.

T: ¿Por qué aguantar?

L: Y en algunos casos hay que soportar el tiempo acá adentro, aguantar. No salir corriendo y huir. ¿No?

T: A algún refugio.

L: Sí, no, aunque sea afuera. Pero, no sé. Ahora me siento más encerrada. Ahí en la habitación sola. No soporto estar ahí (risa).

T: Por eso entonces, si eso que hasta ahora era un refugio donde no te ven se trastoca en sentirte encerrada, no mirada no vista, y sin posibilidad de pedir ayuda es un riesgo. Quizás funcionó hasta un determinado momento, el

refugio y que no te vean. Funciona hasta que empezás a sentir el impulso de hacerte daño, cuando el refugio no alcanza.

L: Claro.

T: Ahí necesitás que alguien continente, no alguien que diga los mismos pensamientos tuyos dañinos, alguien como en este caso enfermería te vea mal, como dijiste que te habían dicho que tenías mala cara. Te vean se den cuenta se acerquen y te pregunten si necesitás algo.

L: Ellos estuvieron.

T: Por eso digo.

L: Pero yo no los acepté.

T: No me cabe la menor duda que esas cosas están en tu entorno, alguien que se da cuenta lo que le pasa y que es lo que te pasa y quiere ayudarte y vos tratás de huir, huir de esa situación, y volver a refugiarte en algo que no te da mucho resultado por lo visto. Funciona hasta un determinado momento. Después ya no alcanza.

L: (Silencio) Cierto.

T: Entonces yendo a lo concreto ¿qué pensás? ¿Te ayudaría o no el cambio de cama?

L: Sí, sí (suspira).

T: Bueno entonces vemos la posibilidad si la 49 no se ocupó que es (no se escucha) trasladarías allí tus cosas y estarías...

L: ¿La 49 es mi... donde estoy yo no?

T: Vos estás en la 54.

L: La misma habitación.

T: Creo que si, la verdad que no sé.

L: Si no es de la misma habitación no por favor.

T: ¿Por qué hay más revuelo en las otras salas?

L: Sí, aparte somos tranquilas todas, me llevo bien con ellas.

Cuando estoy contenida me alcanzan cosas...

T: (No se escucha) Sí, ya te hiciste del grupo ¿no? Sí, sería sólo a los fines de que, este... tengas mayor contacto con enfermería. Porque sino deben surgir momentos de terror, pánico, de miedo (se escuchan golpes y ruidos de fondo) cuando no hay nadie que te esté viendo. Nadie a tus desbordes. Por eso te sentís atada. En cambio si hay alguien que esté atento

supongo que podés sentir mayor alivio. Que te descontengan y te vuelvan a contener y así.

L: Bueno.

T: Y vamos pensando entonces la semana que viene, con tiempo, la situación del fin de semana.

L: Bueno.

T: Y lo vas a hablar con Pedro, supongo. Y le vas a decir lo que pensabas, lo que pasó y la situación contradictoria y confusa para vos. Y Pedro te responderá. Lo que yo supongo que te va a responder que es lo que estuvimos hablando pero una cosa es que yo te lo diga y otra cosa es que vos lo preguntes.

L: Está bien.

Sesión Marisa

11.X.05

T: ¿Cómo estás?

P: Ayer fue el primer día que estuve bien todo el día. Hoy ya me desperté más o menos pero zafa. El primer día que vino mi novio Tomás..., el primer día que llegó, me dijo: "Me consiguieron entradas para Los Piojos", no sé qué, "así que..."

T: Él llegaba el viernes a la noche.

P: Claro, llegó...

T: ¿Y se fue al recital?

P: Me llamó el viernes a la tarde. Me dice: "Me consiguieron entradas, voy al recital". "Bueno, cuando salís llamame", le dije. Y salió re tarde y no daba que viniera a mi casa. Entonces digo: "Bueno, mañana". Al otro día yo pensé: "Bueno, va a venir a la tarde". No vino a la tarde, vino a la noche. Y yo digo: "Bueno, no me quiere ver". Ya empecé a hacerme la cabeza. Y cuando vino era todo como raro. Y yo notaba actitudes raras en él que no me gustaban. Y era porque yo ya me estaba empezando a agarrar la crisis de anoche. Y estaba él justo y entonces no sabía yo cómo manejarlo. Y... bueno, traté de distraerme. Y esto no sé... Pasó una hora y media y ahí ya...

T: ¿Cómo era esto que te estaba empezando a agarrar la crisis de anoche? ¿Qué empezaste a sentir?

P: Angustia y esa cosa de: “No sé qué hacer, no sé a qué parte de la casa irme”. No sé, me pongo nerviosa y quiero llorar pero no quiero. Y... encima con él ahí, después de una semana que no lo vi no quería ponerme mal. Y... me cagó a pedos, porque yo le conté lo que pasó, lo de la gillette y todo eso, que al final no me corté. Pero me dijo: “No, que te portaste mal”, que no sé qué, y “Que vos lo hacés porque adoptaste lo de tu ex novio”. Me retaba, y a mí no me gustaba que me retara, no me gustó para nada. Porque digamos, una cosa es que me rete una psicóloga, un psiquiatra. Mi mamá, hasta ahí, mi papá hasta ahí. Mi novio no.

T: ¿Qué esperabas que hiciera Tomás?

P: Yo esperaba como que nada más me diera consuelo, como que me dijera: “Bueno, andá tranquila, ya es un paso que diste, va a estar todo bien”. Esperaba eso nada más, o que no se hablara del tema.

T: El tema lo llevaste vos.

P: No, ese día no, él lo sacó. De repente... Yo se lo conté por... mail, por MSN. Un día me dijo: “Me conecto”. “Bueno”. Y cuando me preguntó: “¿Cómo estabas?”, ahí le conté. A mí no me gusta ocultar cosas, no puedo. Entonces se lo tenía que contar, no le iba a decir: “Estoy bien”, porque no. Y... me dijo: “No, encima me lo contaste y yo estaba allá lejos y no sabía qué hacer”. Le digo: “Bueno, perdoname, pero sabés que yo no puedo ocultar las cosas”. “No, yo no digo que no me lo cuentes”. Si ahora en diez días se vuelve a ir. Y me dice: “Te llega a pasar algo y yo quiero saber también, pero me agarra impotencia”. Y ahí empezó a retarme mal. No mal, re mal. Encima me dijo: “Qué lo hacés para mostrarte a tu mamá como una nenita: -Mirá mamá tengo la hojita y no me corto”. Le digo: “No, no es así. No es así. Porque yo me hubiera hecho mierda ese día y me mataba de verdad. No es así como vos lo estás pensando”. “¿A sí? Y entonces ¿cómo es?”. Y se lo trataba de explicar y no lo entendía. Y él seguía enojado conmigo por lo que había hecho. Y entonces yo elegí: “Y bueno, listo, seguí vos con lo tuyo”.

T: ¿Cómo fue el encuentro con Tomás? Porque más que un encuentro parece un desencuentro.

P: Sí.

T: Vos esperabas que él llegara corriendo a verte y se fue a ver a Los Piojos.

P: Sí, eso no me importó.

T: No te importó.

P: Eso no, porque digo: "Bueno, está todo bien". Pero que el sábado llegara a la noche y... eso ya no me gustó. Y cuando llegó yo esperaba que me abrazara... Ya sé, fue una semana nada más pero yo esperaba eso. Sí, me abrazó pero...no, me dio un beso. Y me dice: "¿Qué?, No, pusiste cara como si no nos viéramos de hace mil años". Buen... ahí ya empecé con bronca. Trajo unos alfajores de Córdoba, no sé qué, comimos, y yo ya quería que se fuera, quería que se fuera ya. No, no lo soportaba más, no lo aguantaba más. Es por eso.

T: ¿Por qué tenías que aguantar?

P: Yo pensé que tenía que aguantar porque... era la que yo estaba mal.

T: "Está bien, yo puedo estar mal pero me enoja. Para mí hace un montón que no nos vemos, no se me hizo rápida esta semana."

P: Sí.

T: "¿Por qué? ¿Está mal extrañarte?" Digo, ¿qué hacés vos con el enojo?

P: Me lo como.

T: Uno puede decirle: "Bueno, sí, te extrañé. ¿Está mal extrañarte?".

P: Sí, aparte después, cuando pasó el tiempo, él me dijo: "Te extrañé un montón, como si hubiese pasado un mes". Entonces era contradictorio, él entró con una actitud y después, la cambió. Y después sí..., nos cagamos de risa como nunca, la pasamos re bien. Se quedó hasta las seis de la mañana porque como era sábado era horario...

T: Permitido.

P: Claro, era horario de sábado. Y después hay horario de domingo hasta las doce y media, no, una y media. Y después el resto de la semana es doce y media. Y... no, y después se me pasó a mí. En ese momento él estaba en el patio y yo entré a buscar no sé qué. Y me dice: "¿Qué te pasa?". "No, no, acá hay algo que no funciona, acá hay algo que no va". Yo decía: "No, no, no, esto no me está gustando". Y yo estaba nerviosa, "quiero que se vaya ya", le

decía. “Bueno, fijate, sino se lo decís”. Y no, no podía, por más que hubiese sido..., tenía que haberse mandado alguna muy grande como para que yo diga: “Andate”. Así que me lo comí. Y después pasó. Después lo disfruté, pero en ese momento me sentí re mal. Quería meterme en una cama a llorar. Es más, estuve todo el día llorando, todo el día. Y eso fue el sábado. El domingo no, el domingo ya me levanté, si bien me levanté tarde, como que no me quedaron tantas horas del día, pero me sentí...

T: ¿A qué hora te levantaste?

P: Me levanté como a las doce, por ahí.

T: ¿A las doce del mediodía?.

P: Sí, y... me levanté, comí sola...

T: ¿Y tu familia?

P: No tenía ganas de esperar a los demás. Comí sola, me fui a la pieza. Estaba re tirada, pero, tranquila, en ese estado de que no necesito hablar con nadie. “Estoy bien”. Después me bañé..., después me fui al patio con mi hermana y ahí pusimos música. Y ahí ella tenía que resumir no sé qué cosa y yo dibujaba. Hasta que llegó él después. Y estuvo todo bien. Pero... no sé, creo que la pasé... Estuvo bien el día. Estuve bien yo porque estuve callada, introvertida. Lloré un montón.

T: Estuviste tranquila, no tuviste inquietud...

P: No. Es más, en un momento..., él en un momento me dijo: “Salgo para allá”, (que tiene quince minutos de viaje). Pasó como una hora y media. “Y bueno, no viene”. Tampoco me afectó. “No viene”. Estaba en un día muy tranquila. Después me llamó y me dijo que se armó en un kilombo, no sé qué, y cayó más tarde, pero...

T: ¿Después estuviste bien con él?

P: Sí.

T: Se quedaron siempre en tu casa.

P: Sí, porque no me dejan salir, sí. No, estuve bien, excepto ese sábado o el viernes, no me acuerdo. ¿El viernes vine acá, no?

T: El viernes viniste acá, al mediodía...

P: El viernes salí de acá... Primero estaba contenta. Me quedé dormida en el colectivo y después cuando me desperté ya no..., me empecé a bajonear. Comí en casa y me fui a dormir. No quería ir ni al hogar de los

chicos. Me fui a dormir la siesta, me levanté como a la cinco de la tarde y... agarré, “Bueno, me voy a bañar a ver si me animo”. Terminé de bañarme, me tiré en la cama y era peor. Era como que lloraba, paraba, lloraba, paraba. Y de repente después cayó mi mamá, mi hermana, y... lloraba. No, primero mi papá, después llegaron mi mamá y mi hermana. Gritaba: “Te llevo a la guardia”. “No, no quiero, no quiero”. Y gritaba del dolor, y me retorció y me rasguñaba. Agarré, me empecé a hacer así pero muy fuerte y... mi... mamá no se daba cuenta. Y yo seguía, y yo seguía hasta que se dieron cuenta y me agarraron las manos.

T: Ahora, vos estabas llorando, te agarró angustia. Estabas llorando “y de repente”, aparecieron todos. ¿Cómo es eso, “de repente” aparecieron? ¿Cayeron de dónde? Vos estabas en tu pieza.

P: Yo estaba en mi pieza y la puerta la tengo que dejar siempre abierta. Entonces, primero vino mi papá del trabajo, me puse a hablar no sé de qué cosa, se me llenaron los ojos de lágrimas y le dije: “Agarrame las manos”. Entonces me agarró de las manos. Ahí me puse a llorar, a llorar, a llorar. Y como vino mi mamá y dice: “Siempre que hablás con tu hija la dejás así llorando”.

T: ¿De qué te hablaba papá? ¿Te acordás?

P: Me hablaba... Dice que está yendo de una bruja... No sé si te había contado que había averiguado por un cura...

T: Sí.

P: Y también por una amiga del amigo de él, que resulta que es una bruja. Se llevó una remera mía, se llevó no sé qué, y me dicen: “A vos te hicieron un daño y encima se te agregó Jazmín”.

T: ¿Que te hicieron un daño? ¿Jazmín?

P: Jazmín, es una amiga que...

T: ¿Es una amiga tuya que te hizo un daño?

P: Sí, Jazmín con la mamá. Que con ella me re peleé porque ella decía que mi novio era su novio y me lo quería sacar a toda costa. Bueno, entonces me decía: “Te hicieron un daño”. Y yo digo: “¡Qué me estás hablando, por dios!”. Y que absorbí también la enfermedad que tenía Aldo, mi primer novio. Lo de él es irreparable pero todavía no tiene como un daño neurológico. ¿Quién es esta mina para ponerse a hablar de eso? Me causaba gracia pero a

la vez me hacía recordar y me ponía peor. Yo ya estaba mal y eso me ponía peor. Entonces le dije: “Basta, agarrame las manos”. Me puse a llorar y ahí a respirar profundo, exhalar, respirar profundo, exhalar. Y me quedé así, re mareada. Lo miré a los ojos y no sé..., lo veía como a un nene y es mi papá. Y ahí llegó mi mamá y lo echó. Mi mamá lo echa porque dice que me pone así mal. Lo echó y... después mi mamá se quedó conmigo, me separó las manos, todo, y mi papá se fue a buscar a mi hermana al colegio. Cuando llegó mi hermana, me da un beso, qué sé yo, se acostó en la otra cama, y le digo: “Por favor, ayudame”. Entonces ella me abrazó. Me dice: “¿Por qué llorás así, por qué estás tan mal?, no entiendo qué te pasa”. Y... no sabía explicarle. No sé, o sea, ese día sabía lo que era en realidad, que me empeoré por lo que me dijo mi papá. Ahora, no le puedo contar a ella.

T: ¿Por qué no?

P: Porque mi papá me dijo que no, que no contara a nadie.

T: Hay muchas cosas que no podés decir, no le podés decir a tu novio que por ahí te enojó la actitud de él. Digo porque dudás: “¿será realmente que él está así o yo lo siento así porque estoy mal?”. ¿No?

P: Termino echándome la culpa a mí.

T: “La verdad, está bien yo estaba mal ya”, ¿no? “Yo por ahí me sentía mal pero vino papá, me cuenta todo esto y la verdad me puso mal porque, no sé, vos creés en estas cosas. Yo tenía expectativas de ir de este cura. Resulta que le lleva cosas mías a esta bruja y yo no sé, a mí las brujas por ahí, no me dan tanta confianza”. Digo, “que quede entre nosotras porque papá me pidió que no dijera nada”. Si vos pedís ayuda tenés que hablar también, ¿no?

P: Sí, me re cuesta, me cuesta decir todo, no puedo.

T: Siempre hay algo que te guardás y me parece que eso que te guardás es lo que en definitiva te termina haciendo daño ¿no?

P: Sí, no sé por qué me lo guardo, no me puedo defender.

T: ¿Defender de qué?

P: Cuando estaba con Tomás yo sentía que él me atacaba. Cuando me estaba retando, yo sentía que era un ataque contra mí. No que me estaba tratando de entender como él siempre hace. Ya era un ataque.

T: Vos lo vivías así.

P: Yo lo sentía como eso, un ataque, y lo único que hacía era alejarme más de él... Notaba que mi cara iba cambiando, pero no decía nada. Y él me preguntaba después: “¿Te enojaste?”. Y en vez de decirle: “Sí”, le decía: “No, no, ya fue..., todo bien, amor y paz”. ¿Por qué, por qué hago eso?

T: Primero darte cuenta que te lo callás. Y creo que en el momento, por ahí, no sabés bien qué sentís, necesitás tu tiempo para decir: “Bueno, ¿qué es lo que me enoja de esta situación? ¿Me siento enojada? Sí, me siento enojada ¿Qué me enoja de esta situación? Bueno, puede ser porque yo estoy mal. Está bien, yo puedo estar mal pero me enoja”, ¿sí? “Por lo tanto no voy a dañar al otro si le digo que estoy enojada”. De hecho Tomás te pudo decir que a él lo enojó mucho esa situación porque se sintió impotente, ¿no? A tantos kilómetros de distancia, digamos, “¿para qué me cuenta esta mina esto”, ¿no? “¿Qué hago con esto? ¿Cómo la ayudo por mail?”

P: Claro.

T: Digamos, “por Chat, ¿cómo la ayudo?”

P: Pero, a la vez él: “Bueno, perdoname, no te cuento, me llega a pasar, que espero no me pase, no te cuento porque si te vas a poner así...”. Me dice: “No, no, no, yo quiero que me cuentes”. “¿Entonces para qué me cagás a pedos ahora si en definitiva querés que te lo cuente?”. “No, ya sé, pero es la situación de impotencia de estar lejos”. “Bueno yo te lo entiendo pero yo necesitaba contártelo a vos, si en definitiva estoy todos los días con vos, todas las noches estoy con vos, sos parte de mi vida, ¿cómo no te lo voy a contar? Yo confío en vos.” Y de hecho es como... él siempre actuó como un psicólogo para mí, no sé..., cuando hablo con él me siento mejor que hablando con mi mamá, por ejemplo.

T: Bueno, son lugares diferentes: el psicólogo tiene un lugar, la psicóloga en este caso, tu mamá otro, y tu novio tiene otro lugar. Con cada uno..., uno habla de diferente manera.

P: Claro. Y con él siempre me hizo sentir bien. Y ese día... me quería matar. Pedía: “¡Por favor cállate!”. Y lo único que hacía era manifestarlo por mis caras. Él se daba cuenta por mis caras de que a mi me estaba molestando.

T: una cosa es sentir que tu enojo lo va a matar, ¿no? Y de hecho matarlo, eso es otra cosa. Pero decir: “Basta, no sigas con esto porque me

estás maltratando, que me estás retando al pedo. Basta, lo hablamos en otro momento, yo no estoy bien, me enoja mucho que me trates así. Basta”. Simplemente manifestarle al otro tu enojo, ahí, punto.

P: Sí, lo único que le dije fue: “Parecés mi papá, no me está gustando cómo me estás hablando” Eso se lo dije, algo le tiré.

T: Algo le pudiste decir, bueno.

P: Cambiando de tema porque ya basta.

T: Y hoy me dijiste que te levantaste más o menos...

P: Sí.

T: ¿Cómo es ese más o menos?

P: Como que tengo miedo a cómo va a pasar el resto del día.

T: ¿Qué te asusta?

P: Como que... yo cuando me levanto es como que sintiera algo acá. Y ese algo acá me dice... si estoy bien o estoy mal. Entonces, ayer me levanté y sentía que acá estaba todo bien.

T: Y tuviste un día bueno.

P: Y tuve un día bueno. Hoy me levanté con algo acá que dije: “Hacé cosas que te entretengan para que no se desarrolle algo peor”.

T: ¿Qué pensaste hacer?

P: Pensé: “Hoy que sale temprano del trabajo, llego a mi casa, como y me voy al hogar”. Y yo sé que cuando él se desocupa me llama al celular. Y entonces ahí ya me voy a mi casa y me encuentro con él. De última mi mamá ya confía en él y puedo salir a caminar. Entonces es como que algo ya organicé.

T: Bien.

P: Y... si no llega a venir me quedaré en el hogar más tiempo. Y cuando llegue a mi casa pensaré en cosas para hacerle a los chicos... No me quiero quedar tirada en la cama.

T: Bueno, ¿pensás que lo vas a lograr?

P: ...Sí, tengo más esperanzas que antes, sé que estoy más fuerte. De a poquito, claro, voy poniendo cada vez más.

T: De hecho, desde hace ya un par de semanas hay dos días que lograste sentirte bien. Estos días fueron seguidos, ¿no?

P: Claro, si puedo hoy voy a poder más adelante.

T: Y va a haber días que, por ahí, vas a estar... Bueno, ver de qué manera lo podés ir controlando para por ahí mañana... Bueno, ¿vamos a dejar por hoy acá?

P: Te quería contar, le conté al psiquiatra.

T: ¿Sí?

P: Se reía, porque me decía: "Se supone que el que te tiene que ayudar soy yo, el que tiene que saber soy yo, y de estas cosas no sé, la que sabe sos vos". Me dice: "¿Cómo vamos a hacer?". Y bueno, yo le contaba y él me decía: "Tenemos que pedir ayuda a alguien que sepa" Le digo: "Bueno yo estoy en eso, estoy buscando un cura que sepa".

T: No lo estás buscando vos lo está buscando tu papá.

P: Lo está buscando mi papá porque él tampoco me quiere dar los teléfonos de nadie. Pero digamos, estoy buscando ayuda también en eso. Y... le digo: "Pero yo sé que ahora me vas a querer dar una pastillita". Le digo: "Yo no quiero porque vos vas a tomar los síntomas como delirio y alucinaciones". Y le digo: "No, no, yo sé que no son alucinaciones, no son ni delirios ni nada de eso". Y se reía. Le digo: "No te rías porque vas a poner la pastillita". Cuando me miró las pastillas que tomo siempre me agregó una. Le digo: "¿Ves que vas a agregar una?". Me dice: "No, no es para lo que vos pensás, no es para... alucinaciones ni nada. Esta es simplemente para dormir, ya que vos tenés problemas, tenés miedo". Me dio una pastilla a la noche, me dijo: "Vamos a ver". Le pregunté: "¿Cómo es: instantáneo...?, para saber". Me dijo: "No sé, es tu organismo, es para probar". Me dijo: "Pero es solamente para el sueño", no me medicó por las crisis. Y bueno, quedó ahí, me dio vergüenza pero se lo conté.

T: Por ahí por eso te levantaste con esa cosa acá: "Le digo, no le digo al doctor". ¿Cuándo te vuelve a ver el doctor?

P: El lunes.

T: Yo te voy a ver el viernes.

### **Bibliografía**

Ander -Egg, E. (1982) *"Técnicas de investigación Social"*. Buenos Aires. Humanitas.

Bion, W.R. (1963 [1959]) *Experiencias en grupos*. Buenos Aires. Editorial Paidós

Calero, S. (2007) “Las nuevas formas de enfermar. Socioadicciones: adicciones sin sustancia”, en *Conexiones, Revista Argentina de Salud Mental*, Publicación de la Asociación Argentina de Salud Mental, Año 3, N° 11

Cesio, F.R. (1974) “Mi contribución al psicoanálisis” *Revista de Psicoanálisis*, vol. XXXI, N° 1-2

Erikson, E. (1988) *El ciclo vital completado*. Editorial Paidós

Freud, S. (1890) “Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen XXIV, 1978-85, vol. 1

(1895 [1894]) Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de ‘neurosis de angustia’ en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 3

(1950 [1895]) “Proyecto de psicología” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 1

(1897) “Carta 79” *Obras Completas*. Buenos Aires. Argentina. Editorial Amorrortu. Volumen 1

(1950 [1900]) “Carta 52” *Obras Completas*. Buenos Aires. Argentina. Editorial Amorrortu. Volumen 1

(1900 [1899]) “La interpretación de los sueños” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 4 y 5

(1905) “Tres ensayos de una teoría sexual” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 7

(1911 [1910]) “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente (Schreber)” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 12

(1912-13) "Tótem y tabú" en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 13

(1914) "Introducción al Narcisismo", en *Obras Completas*. Buenos Aires. Argentina. Amorrortu Editores. Volumen 14

(1915) "Pulsiones y destinos de pulsión" en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 14

"Lo inconciente" en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 14

(1917) "Duelo y melancolía" en *Obras completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 14

(1918) "Historia de una neurosis infantil" (El hombre de los lobos) en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 17

(1919) "Lo ominoso" en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 17

(1920) "Más allá del principio del placer" en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 18

(1921) "Psicología de las masas y análisis del yo" en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 18

(1923) "El yo y el ello" en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 19

(1923 [1922]) "Una neurosis demoníaca en el siglo XVII", en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 19

(1924) "Neurosis y psicosis" en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 19

"El problema económico del masoquismo" en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 19

(1925) "La negación" en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 19

(1926) "Inhibición, síntoma y angustia" en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 20

(1927) "Fetichismo" en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 21

“El humor” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 21

(1930 [1929]) “El malestar en la cultura” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 21

(1931) “La sexualidad femenina” Volumen 21

(1939) “Moisés y la religión monoteísta” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 23

(1940, [1922]) “La cabeza de Medusa” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 22

(1941) “Conclusiones, ideas y problemas” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 23

Garma, A. (1944 [1931]) “La realidad exterior y los instintos en la esquizofrenia” *Revista de psicoanálisis*, vol. 2, N° 1

Green, A. (1980) “La madre muerta” de *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*

Green, A. (1990) *De locuras privadas* Amorrortu. Buenos Aires. Argentina.

Jones, F. (1959 [1953-57]) *Vida y obra de Sigmund Freud*. Buenos Aires. Argentina. Editorial Nova

Kreisler, Fain y Soulé, (1974) *El niño y su cuerpo* Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1977

Lacan, J. (1974 [1964]) *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Barcelona, Barral

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

Maldavsky, D. (1980) *El complejo de Edipo positivo. Constitución y transformaciones*. Editorial Amorrortu. 1982

(1984) Transformaciones representacionales constituyentes del aparato psíquico en la adolescencia en S. Quiroga (comp.) *Adolescencia: de la metapsicología a la clínica*. Amorrortu

(1986) *Estructuras narcisistas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina.

(1991) *Procesos y estructuras vinculares*. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. Argentina

(1992) *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina.

(1995) *Pesadillas en vigilia*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina

(1996) *Linajes abúlicos*. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina

(1997) *Sobre las ciencias de la subjetividad. Exploraciones y conjeturas*. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. Argentina

(1999) *Lenguajes del erotismo. Investigaciones teórico clínicas en neurosis y psicosis*. Nueva Visión. Buenos Aires. Argentina

(1998) *Casos atípicos*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina (1999)

(2003) "Categorías e instrumentos diagnósticos: la perspectiva freudiana (algoritmo David Liberman)" *Revista do CEP de PA* v. 10, N° 1, Brasil

(2004) *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Lugar Editorial. Buenos Aires. Argentina

(2007) *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica*. Lugar Editorial. Buenos Aires. Argentina

(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." *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*. N°: 13. UCES. Buenos Aires. Argentina.

Maldavsky, D. *et. al.* (2001) *Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas*. Nueva Visión. Buenos Aires. Argentina

(2006) “Estudios sobre el Diccionario Computarizado del ADL: revisión y modificaciones” (UCES)

(2009) “Dos pruebas de confiabilidad interjueces y una descripción de los procedimientos del algoritmo David Liberman (ADL) para el análisis de relatos” *Revista SUMMA Psicológica* (UST) Universidad Santo Tomás de Chile. Santiago de Chile - Vol. 6, No 2, 177 – 186

Maldavsky, D. y Wainer, A. (2008) Revisión de un procedimiento del ADL para la detección de un tipo de defensas en el nivel del relato, IV Jornadas de Investigación en Psicología y VI Jornadas de Actualización del algoritmo David Liberman, (UCES)

Maldavsky, D., Scilletta, D. (2009) “Self-inflicted injuries” SPR Meeting, Santiago de Chile 2009

Maldavsky, D., Rembado J. M., Scilletta, D. (2009) “Un estudio sobre la violencia autoinfligida y sus antecedentes con el algoritmo David Liberman (ADL)”, *Revista Actualidad Psicológica*, Año XXXIV, N°: 379.

Miguez, H.; Grimson, W. (1998) *Los vidrios oscuros de la droga*. Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires. Argentina

Roitman, C. (1998) “Sobre las alteraciones en el autoerotismo y el narcisismo en la infancia temprana” *Revista de Psicoanálisis*, vol. LV, N°: 1. A.P.A. Buenos Aires. Argentina.

Smadja, C. (1993) “A propos des procédés autocalmants du Moi”. *Revue Francaise de psychosomatique*, 4

Spitz, R. (1954) *El primer año de vida del niño*. Madrid. Aguilar, 1961

Szwec, G. (1993) “Les procédés autocalmants par la recherche de l'excitation les galeriens volontaires”, *Revue Francaise de psychosomatique*, 4

Waddington, C.H. (1957) *The Strategy of the Genes*, Londres. Allen and Unwin.

Wainerman, C., Sautu, R. (S/D) *“La trastienda de la investigación”*  
Lumiere

Winnicott, D (1963) “El miedo al derrumbe”

Páginas consultadas:

(1) [www.grupoelron.org](http://www.grupoelron.org) (“El planeta de los simios XXXII. Automutilación”)

(2) [www.cepvi.com](http://www.cepvi.com) (“Autolesiones: ¿por qué algunas personas se hieren a sí mismas”)

(3) [www.armoniainternet](http://www.armoniainternet) (“Autoflagelación. Jóvenes que se cortan”)

(4) [www.kidshealth.com](http://www.kidshealth.com) (“Cómo puedo ayudar a un amigo que se corta”)

(5) [www.auto-lesion.com](http://www.auto-lesion.com) (Anónimo, “Limítrofe y AL” publicado en el sitio)  
[www.diariolunaoscura.blogspot.com](http://www.diariolunaoscura.blogspot.com)

Journal

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.

Alexander, N., & Clare, L. (2004). You still feel different: The experience and meaning of women’s self- injury in the context of a lesbian or bisexual identity. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 14, 70–84.

Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G. Y Gibb, B. E., (2005). Self mutilation and symptoms of depression, anxiety and borderline personality disorder. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35, 581-591.

Aviram, R. B., Hellerstein, D. J., Gerson, J., y Stanley, B. (2004). Adapting supportive psychotherapy for individuals with borderline personality disorder who self-injure or attempt suicide. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 145–155.

Bateman, A., y Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36– 42. *Journal of Clinical Psychology: In Session* DOI 10.1002/jcl. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, November 2007.

Boudewyn, A. C., & Liem, J. H. (1995). Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 445–459.

Bridge, J. A., Iyengar, S., Salary, C. B., Barbe, R. P., Birmaher, B., Pincus, H. A., et al. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 297, 1683–1696.

Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 609–620.

Briere, J., Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 609–620.

Carroll, J., Schaffer, C., Spensley, J., & Abramowitz, S. I. (1980). Family experiences of self-mutilating patients. *American Journal of Psychiatry*, 137, 852–853.

Cavanaugh, R. M. (2002). Self-mutilation as a manifestation of sexual abuse in adolescent girls. *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, 15, 97–100.

Claes, L., Vandereycken, W., y Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics,

psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42, 611–621.

Crouch W., Wright, J., (2004) Deliberate self – harm at an adolescent unit: A qualitative investigation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 185 – 204.

Darche, M. A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *The Psychiatric Hospital*, 21, 31–35.

DiClemente, R. J., Ponton, L. E., y Hartley, D. (1991). Prevalence and correlates of cutting behavior: Risk for HIV transmission. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 151, 1305–1311.

Denov, M. (2004) The long – term effects of child sexual abuse by female Perpetrators: A qualitative study of male and female victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 1137 – 1156.

Deiter, P., Nicholls, S., & Pearlman, L. (2000). Self-injury and self-capacities: Assisting an individual in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1173–1191.

D'Onofrio, A. A. (2007). *Adolescent self-injury: A comprehensive guide for counselors and health care professionals*. New York: Springer Publishing.

Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 283–289.

Favazza, A. R., DeRosear, L., & Conterio, K. (1989). Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 352–361.

Gratz, K.L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self- Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253–263.

Gratz, K. L., Conrad, S. D., y Roemer, L. (2002). Los factores de riesgo para la libre deliberada entre el daño los estudiantes universitarios. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 128-140.

Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotional regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.

Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 238–250.

Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., y Spirito, A. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1062–1069.

Herpertz, S. (1995). Self-injurious behavior: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 57– 68.

Herpertz, S., Sass, H., y Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*, 31, 451– 465.

Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Jones, A. (1986). Self-mutilation in prison: A comparison of mutilators and nonmutilators. *Criminal Justice and Behavior*, 13, 286–296.

Jeppson, J. E., Richards, P. S., Hardman, R. K., y Granley, H. M. (2003). Binge

and purge processes in bulimia nervosa: A qualitative investigation. *Eating Disorders*, 11, 115–128.

Klonsky, E. D. (2007) The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239.

Klonsky, E. D., y Moyer, A. (in press). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*.

Klonsky, E. D. y Muehlenkamp, J. J. (2007) Self – injury: A research review for the practitioner. *J Clin Psychol*. In session: 63, 1045 – 1056.

Klonsky, E. D., Turkheimer, E., Oltmanns, T. F. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501–1508.

Korner, A., Gerull, F., Mears, R., y Stevenson, J. (2006). Borderline personality disorder treated with the conversational model: Areplication study. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 406– 11.

Kraemer, H. C., Stice, H., Kazdin, A., et al. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158, 848–856.

Langbehn, D. R., y Pfohl, B. (1993). Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5, 45–51.

Laye-Gindhu, A., & Shonert-Reichl, K. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 445–457.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Brown, M. Z., Heard, H. L., y Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 18, 303–312.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of nonsuicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*.
- Lundh, L.-G., Karim, J., y Quilisch, E. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 33– 41.
- Maden, A., Chamberlain, S., y Gunn, J. (2000). Deliberate self-harm in sentenced male prisoners in England and Wales: Some ethnic factors. *Criminal Behavior in Mental Health*, 10, 199–204.
- Martens, W. H. J. (2006). Effectiveness of psychodynamic therapy in patients with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 167–173.
- McKay, D., Gavigan, C., & Kulchycky, S. (2004). Social skills and sex-role functioning to borderline personality disorder: Relationship to self-mutilating behavior. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33, 27–35.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., y Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation theory of generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1281–1310.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior herapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Mizes, J. S., y Arbitell, M. R. (1991). Bulimics' perceptions of emotional responding during binge– purge episodes. *Psychological Reports*, 69, 527–532.

- Monsen, J., Odland, T., Faugli, A., Daae, E., y Eilertsen, D.E. (1995). Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 256–268.
- Muehlenkamp, J. J., Swanson, J. D., Brausch, A. M. (2005). Self-objectification, risk taking, and self-harm in college women. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 24–32.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in nonsuicide self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 69–82
- Nicholson, C. (2004) The 'rights' of passage: Gender specific initiation rites in the understanding of self- harm. *Therapeutic Communities; International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 25, 17 – 30.
- Nixon, M. K., Cloutier, P., y Jansson, S. M. (2007). Prevalence, mental health correlates and help seeking for nonsuicidal self-harm in a sample of Canadian youth. Manuscript submitted for publication.
- Paris, J. (2005). Understanding self-mutilation in borderline personality disorder. *The Harvard Review Psychiatry*, 13, 179–185.
- Nock, M. K., Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 85–890.
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., y Prinstein, M. J. (2006). Nonsuicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65–72.

Nock, M. K., Holmberg, E. B., Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity of a new measure. *Psychological Assessment*, 19, 309–317.

Nock, M. K., Kessler, R.C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity study. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 616– 623. Clinical Assessment of Self-Injury: A Practical Guide 1067 *Journal of Clinical Psychology*: In Session DOI 10.1002

Nock, M. K., Teper, R., y Hollander, M. (2007). Tratamiento psicológico de auto-lesión entre niños, niñas y adolescentes. *J Clin Psychol: En el período de sesiones*, 63, 1081-1089.

Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., et al. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 1452–1471.

Ryle, A. (2004). The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 3–35.

Ross, S. y Heath, N. (2002) A study of the frequency of self – mutilation in a community of sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67 – 77.

Walsh, B. (2006) *Teatring self injury: A practical guide*. New York: Guilford Press.

Wallenstein, M. B., & Nock, M. K. (2007). Physical exercise for the treatment of non-suicidal self-injury: Evidence from a single-case study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 350–351.

Saxe, G., Chawla, N. y van Der Kolk, B. (2002) Self – destructive behavior in patients with dissociative disorders. *Suicide and Life – Thetening Behavior*, 32, 313 – 320.

Soloff, P- H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J., Ulrich, R. (1994) Self mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder, 8, 257 – 267.

Skegg, K. y Nada - Raja, S. (2003) Sexual orientation and self – harm in men and women. *American Journal of Psychiatry*, 160, 541 – 546.

Walsh, B. (2007) Clinical assessment of self-injury: A practical guide (*Journal of clinical psychology: in session*).

Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 413–419.

Withlock, J. L., Powers, J. P. y Eckenrode, J. E. (2006) The virtual cutting edge: Adolescent self-injury and the Internet (Special issue) *Developmental Psychology*, 42, 407-417

Withlock, J. L., Eckenrode, J. E. y Silverman, D. (2006) Self-injurious behaviors In a college population. *Pediatrics*, 117, 1939–1948.

Whitlock, J., Purington, A., Eells, G., & Cummings, N. (2006). Self-injurious behavior in college populations: Perceptions and experiences of college mental health providers. Manuscript submitted for publication.

Zlotnick, C., Mattia, J. I., Zimmerman, M. (1999) Clinical correlates of self - mutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 296 – 301.

Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savas, H. A., Ozturk, M., et al. (2003) Suicide attempt and self – mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 57, 119 – 126.