

La pugna entre sanar y dejarse morir: corrientes psíquicas contrapuestas en un paciente severamente enfermo

David Maldavsky, Bernardo Magraner, Jorge Cantís, Horacio García Grigera, Rocío Rabino, Inmaculada Vila, Silvina Perez, Delia Scilletta.

Introducción

¹En tiempos recientes han surgido (generalmente en el marco de la profusa bibliografía de auto-ayuda) testimonios de pacientes que habían padecido enfermedades severas, que inclusive estuvieron al borde de la muerte, y que pudieron recuperarse, a menudo con cierta precariedad. En estos testimonios suelen aparecer referencias a que durante el período de la enfermedad se dio en el sujeto una pugna entre dos tendencias, una a desfallecer y abandonarse a sí mismo, y la otra a recuperar la tensión vital y luchar por mejorar la salud. En esta pugna tercián determinados factores a favor o en contra de alguno de los contendientes. Es posible aprovechar la información que brindan estos relatos para inferir una y otra tendencia y los factores que refuerzan el poder de alguna de ellas. Una investigación que focalice en las características y el peso relativo de cada uno de los factores intervinientes en la pugna entre estas dos tendencias podría ser útil para quienes trabajan con pacientes con situaciones vitales tan severas.

Freud (1923b) destacó que, al sobrevenir una perturbación, en cada sujeto existe una disposición a recuperar un equilibrio vital perdido, disposición a la cual denominó pulsión de sanar, y que puede tal vez equipararse

con el concepto de resiliencia, elaborado en otros contextos conceptuales. Freud (1933a) sostuvo que esta pulsión de sanar constituye el principal aliado que un terapeuta tiene en el tratamiento: “por un vasto ámbito del reino animal se extiende una capacidad para formar de nuevo órganos perdidos, y la pulsión de sanar a la cual debemos nuestras curaciones – unida a nuestros auxilios terapéuticos- quizá sea el resto de esta facultad desarrollada de manera tan grandiosa en los animales inferiores” (p. 98). Agregó que a veces esta pulsión no encuentra el camino para recuperar un equilibrio vital previo, y que entonces el terapeuta puede aportar aquello que permite que se logre este objetivo de autocuración. Freud contrapuso este concepto a otro, la necesidad de estar enfermo, al cual consideró uno de los principales obstáculos para la mejoría clínica en una psicoterapia. Agregó (Freud, 1940a) que esta necesidad puede ser la expresión de una tendencia del paciente a abandonarse a sí mismo y dejarse morir, y que está “anclada en unas profundas alteraciones de su economía pulsional” (p. 181). En consecuencia, la pugna básica parece darse entre, por un lado, una pulsión de sanar y por el otro una necesidad de estar enfermo y sobre todo la inclinación a dejarse morir.

En cada momento, una y otra tendencia puede quedar potenciada por dos grupos de factores. Un grupo de factores corresponde a los sucesos vitales de importancia del pasado, sobre todo algunos traumas previos, así como el haber padecido la pérdida de seres queridos, una mudanza que implica el abandono

¹ Este artículo fue originalmente publicado por la Revista de la Asociación de Psicoterapia de la Republica Argentina (APRA) Año VI N° 2; Junio 2013.



del territorio familiar, etc. El otro grupo de factores corresponde a las situaciones actuales, entre las cuales encontramos tanto componentes propios, entre ellos situaciones de pérdida o traumáticas, cuanto componentes exógenos, como el sentirse amado o repudiado por los demás.

La definición misma de la pulsión de sanar pone en evidencia que se trata de una tendencia reactiva, es decir, secundaria a un momento en que ha habido una claudicación, de la cual el sujeto trata de recuperarse. De modo que lo primario parece ser una situación traumática que altera el equilibrio intracorporal, o una vivencia de abandono y pérdida de amor, que conduce al dejarse morir, y lo secundario, reactivo, parece ser la tendencia a recuperar el equilibrio intracorporal o a restablecer vínculos en los que predominen los sentimientos amorosos.

Una y otra orientación vital (el dejarse morir y la pulsión de sanar) cobran fuerte relieve en algunas situaciones extremas, en que un sujeto queda expuesto por largos períodos a un fuerte desequilibrio en la salud, que amenaza con interrumpir la vida misma. En tal caso, el conflicto entre ellas puede adquirir un carácter protagónico, el cual a su vez es una expresión de la pugna entre Eros y pulsión de muerte (Freud, 1923b). Freud (1923b) sostuvo que este conflicto se presenta como defensas de cada una de las pulsiones contra la otra. Estas defensas entre las pulsiones pueden adquirir además una plasmación más accesible a las manifestaciones y la investigación, como puede ser el conflicto en que participan deseos y defensas de diferente tipo. Nuestro objetivo consiste en estudiar estos deseos y defensas (y su estado) en relación con cada uno de los factores que parecen incidir a favor de una u otra orientación. Nos interesa, además, detectar si un sujeto pudo o no encontrar, para cada factor de hundimiento, una respuesta consistente en un factor equivalente de sostén, ya que, si así no fuera, podríamos

inferir frente a qué aspectos de la situación el hablante tiene un mayor desamparo.

A. Un caso clínico

1. Historia. Hace unos 10 años atrás, cuando Cristóbal tenía alrededor de 45 años, se le diagnosticó un cáncer de esófago. Según su propio testimonio, había sido una persona emprendedora y creativa. Cinco años antes de caer enfermo había dejado su profesión de electricista para embarcarse en una aventura empresarial en la que tuvo éxito. Además, el cáncer se manifestó luego que él concretara una de sus mayores ilusiones: tener una vivienda en la montaña para disfrutarla con su esposa y sus dos hijas.

Fue operado de urgencia y su situación clínica se complicó de tal manera que debió permanecer ingresado en el hospital durante seis meses. En ese tiempo se le realizaron varias operaciones, un tratamiento de quimioterapia y otro de radioterapia, y sufrió cinco paros cardiorrespiratorios. Aunque parecía destinado a morir, siguió vivo, con muchas limitaciones físicas debido a los efectos secundarios de las operaciones y de la radioterapia: quedó sin estómago, tenía dañados los pulmones y parcialmente paralizado el diafragma. Solo tenía fuerzas para inspirar y expirar el aire de los pulmones, por lo que el anhídrido carbónico tendía a quedar depositado en ellos y se auto-intoxicaba. Esto le obligaba a dormir con respiración asistida, que también necesitaba durante buena parte del día.

Cuando recibió el alta del hospital, sufrió fuertes crisis de angustia. Ese fue el motivo de la consulta inicial. El tratamiento psicoterapéutico, con una periodicidad de una sesión por semana, duró tres meses, y fue realizado en su propia casa, pues apenas podía caminar. El núcleo manifiesto de su angustia parecía ligado con que la vuelta al hogar no coincidió con sus ilusiones: nada era como había sido antes y nunca lo sería y, aunque en buena me-



didada el paciente ya había hecho por sí mismo un trabajo de duelo, el sufrimiento y la rabia lo desbordaron. En realidad, Cristóbal sólo necesitó una pequeña ayuda para elaborar mejor la situación y volver a disponer de recursos para seguir adelante por sí mismo.

En junio de 2011, siete años después, volvió a consultar porque quería resolver un tema que tenía pendiente. Estaba obsesionado con la pérdida de su empresa. Resultó que, un año después de salir del hospital, cuando mejoró y quiso reincorporarse al trabajo, su socio le hizo el vacío y, al final se vio obligado a venderle la empresa. Transcurridos casi seis años de este hecho, a pesar de reconocer que por el estado de su salud esta había sido la mejor solución, Cristóbal sentía que esta había sido su peor desgracia, mayor inclusive que su enfermedad. Terapeuta y paciente decidieron trabajar sobre ese foco y, como sucedió en la anterior ocasión, el conflicto se resolvió en unas pocas sesiones. El paciente pudo manifestar su decepción y su furia respecto de alguien en quien había depositado su confianza y que se había aprovechado de él y le había arrebatado el éxito y el reconocimiento social. También pudo hacer consciente la rabia contra sí mismo por haber confiado y dependido de alguien que no lo merecía. Asimismo, fue posible conectar estas vivencias con algunos episodios de su historia infantil. Sobre todo parecía tener importancia para el paciente tener éxito y reconocimiento social, como forma de neutralizar el riesgo de asemejarse a su padre, un hombre deprimido y fracasado, con ideas suicidas.

En un tercer ciclo de sesiones llegó con mayor deterioro en su función respiratoria. Tiempo atrás había muerto un hermano que sufría también un cáncer. Era un hermano con quien el paciente tenía un vínculo afectivamente distante. Durante el período de la muerte del hermano el paciente descuidó su funcionamiento pulmonar, sobre todo en relación con la oxigenación nocturna, como

consecuencia de lo cual se agravó su problema respiratorio. A ello se agregó que a veces cerraba la glotis cuando estaba conectado al aparato que le aportaba oxígeno, y en consecuencia no saturaba bien y “engañaba” a la máquina. Cuando el equipo médico descubrió esta situación, sustituyeron el aparato por otro al que Cristóbal no lograba engañar del mismo modo. Como en las consultas anteriores, apenas aliviado Cristóbal de su malestar, interrumpió nuevamente el tratamiento.

2) *Entrega del texto escrito.* En el segundo tratamiento, durante una sesión Cristóbal comentó al terapeuta que estaba escribiendo un texto sobre la experiencia de su enfermedad, que pensaba publicar, y le envió el borrador para que le diera su opinión. El texto impactó al terapeuta y, le pareció un documento clínico valioso e insólito. Solicitó entonces y obtuvo la autorización del paciente para realizar una investigación sobre el escrito.

B. Objetivos

1) Comparar los episodios de hundimiento y los de sostén para determinar si alguno del primer grupo no tuvo en Cristóbal una respuesta correspondiente en el segundo grupo.

2) Estudiar los deseos y las defensas en los factores determinantes cuando predominaban las corrientes psíquicas que conducían al paciente a dejarse morir y cuando lograba rescatarse de esta orientación y dar preeminencia a las corrientes psíquicas que lo conducían a luchar por el propio restablecimiento.

Consiguientemente, el presente trabajo tiene dos partes. En la primera procuraremos alcanzar el primero de los objetivos recién consignados, y en la segunda nos concentraremos en la tentativa de lograr el objetivo restante. La razón para seguir este orden en la exposición reside en que la primera investigación arroja resultados más netos y focalizados en un nivel de análisis (relatos), mientras que



la segunda arroja resultados más complejos y abarca varios niveles de análisis.

C. Equipos de investigación

En la primera parte han participado tres equipos, y en la segunda dos de ellos. Para llevar a cabo la investigación se formaron inicialmente dos equipos de trabajo, uno en Buenos Aires (Jorge Cantis, Rita de Durán y Horacio García Grigera) y otro en Valencia (Ma D. de la Resurrección, Rocío Rabino, Carmen Vila e Ima Vila), con el objetivo de realizar un estudio de los factores que incidían estimulando una u otra de las orientaciones en pugna en la vida de psíquica del paciente: dejarse morir y mantener la tensión vital (y por lo tanto resistir la propia tendencia al abandono de sí). A estos dos equipos en su conjunto los llamaremos equipo A. El trabajo surgido de la elaboración de estos dos equipos (equipo A) culminó en una presentación en el Colegio de Psicólogos de Valencia, auspiciada por el Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica de la Comunidad Valenciana. A estos dos equipos se agregó un tercero (Silvina Perez Zambón y Delia Scilleta), que tenía como objetivo investigar el texto con el ADL. A este equipo lo llamaremos equipo B. Esta investigación recurrió para el estudio al mismo material seleccionado para la otra. De modo que en la investigación sobre los deseos y las defensas en los episodios de hundimiento y de sostén participaron los equipos A y B (en la selección del material, equipo A, y en la aplicación del ADL, equipo B), y en la investigación sobre las comparaciones entre sostén y hundimiento participó solo el equipo A, sin la participación del equipo B.

D. Primera investigación: comparación entre los episodios de hundimiento y de sostén

Nos proponemos investigar hasta qué punto Cristóbal había encontrado respuestas satisfactorias para sobreponerse a cada uno de

los factores de hundimiento gracias a un factor equivalente de sostén. Para ello es conveniente realizar un estudio de los episodios relatados, y determinar si todas las anécdotas de hundimiento tuvieron un episodio de sostén como respuesta. Veamos primero los episodios de hundimiento y luego los de sostén. Este estudio puede abarcar al menos tres niveles de análisis: palabras, actos de habla, relatos. En esta investigación participó solo el equipo A, compuesto por integrantes de Valencia y de Buenos Aires.

1. Selección y clasificación de los elementos de la muestra

Hemos dicho ya que el equipo A seleccionó inicialmente aquellos episodios que reflejaran estados de hundimiento o sostén, con los factores que parecían ser sus detonantes. Una vez realizada esta tarea inicial, en cada uno de estos grupos se diferenciaron aquellas anécdotas referidas a factores provenientes del contexto y aquellas otras referidas a los factores internos del paciente. En uno y otro grupo de factores fue posible además establecer algunas categorías más específicas. Entre los factores del contexto se distinguieron tres categorías: la familia, los amigos y el ámbito hospitalario y profesional, y entre los factores internos se distinguieron otras dos categorías: los recursos mentales y los recursos somáticos. Esta tarea fue realizada por el equipo A. El procedimiento más específico de selección del material y su categorización en subgrupos consistió en que cada uno de los integrantes hizo un trabajo individual de selección de los elementos del texto, palabras, frases, párrafos, de los que se pudieran inferir los momentos y los motivos detonantes del hundimiento o del sostén de la vitalidad del paciente. Posteriormente, cada equipo se reunió para comparar y consensuar los resultados y, a continuación, ambos equipos, consensuaron la selección



Factores	Hundimiento		Sostén		
	N	%	N	%	
Provenientes del contexto	Familia	75	0,61	1.150	9,43
	Amigos	129	1,05	1.124	9,22
	Ámbito Hospitalario	623	5,11	1.124	9,22
	Total	827	6,78	3.061	25,11
Provenientes del propio paciente	Recursos mentales	1.028	8,43	3.743	30,70
	Recursos somáticos	2.213	18,15	1.317	10,80
	Total	3.241	26,58	5.060	41,51
TOTAL		4.068	33,37	8.121	66,62

Tabla I: Porcentajes de palabras dedicadas a los factores de hundimiento y sostén

final con ayuda del coordinador de la investigación.

2. Análisis

Es posible estudiar tres niveles de análisis:

1) palabras, 2) actos de habla, 3) relatos.

1. Palabras

Hemos estudiado el porcentaje de palabras que Cristóbal escribe para describir los episodios de hundimiento y de sostén de la vitalidad, con sus diferentes subgrupos. He aquí los resultados de nuestro estudio (Tabla I).

En el nivel de las palabras el porcentaje de las dedicadas a los factores de sostén vital duplica al de las dedicadas a los factores de hundimiento. También se pone en evidencia que la fortaleza de los argumentos vitales de Cristóbal se halla repartida entre el apoyo de familiares y amigos por un lado y sus propios recursos, por el otro, y que el factor más poderoso de hundimiento se halla sobre todo en la indefensión ante las incitaciones internas y, en menor escala, en las limitaciones mentales

propias. Puede observarse que solo en una ocasión el porcentaje de hundimiento supera al de sostén vital: el referido al fracaso de los recursos somáticos.

2. Actos de habla

Es conveniente comenzar esta exposición referida a los actos de habla destacando que por momentos Cristóbal escribe en tercera persona, en otras ocasiones en segunda persona y en sobre todo en primera persona. Escribe en tercera persona, por ejemplo, cuando se dirige al lector para explicarle el sentido del texto, que contiene la transmisión de una experiencia que puede resultar útil a otros que padecen problemas similares. Al comienzo del texto afirma: “la intención de este proyecto es la de mostrar el camino personal que recorrió para superar la enfermedad, como aprendió a convivir con sus consecuencias... El autor no pretende dar consejos, tan solo compartir la experiencia y las acciones que han sido de gran utilidad para su recuperación y mostrar que otra vida es posible después de una gran fatalidad”. Cristóbal escribe en segunda persona en buena medida para transmitir aque-



llos sectores de su propia experiencia que le resultan difíciles de tolerar, sea porque exceden sus expectativas (por ejemplo, volver al hogar tras la larga internación), sea por la magnitud del sufrimiento somático. Por ejemplo, dice: “— Cristóbal estás en el hospital, en la UCI. Soy la doctora A., la médico que te va a llevar mientras estés con nosotros, aunque quiero que sepas que durante las guardias mis compañeros te atenderán. Somos un equipo y todos seguimos la evolución de cada uno de los enfermos. Ahora tu cuerpo no se puede mover. No te asustes, es debido al efecto de la sedación de estos días. Te tuvimos que dormir porque te pusiste muy malito. Ahora ya pasó y volverás a moverte y caminar como antes. Tampoco puedes hablar. Te hemos tenido que hacer una traqueotomía pues no podías respirar por la boca. Es una pequeña incisión en la tráquea que cerraremos en cuanto te recuperes y podrás volver a la normalidad. Ahora descansa hasta que llegue tu familia. Ya verás lo contentos que se ponen. Hace días que esperan verte despierto.

“Para cuando la doctora dejó de hablar yo había vuelto a cerrar los ojos. Estaba confuso, pero no sentía dolor ni molestias. Dar órdenes al cuerpo para que se moviera, sin conseguir que reaccionara e intentar hablar sin poder escuchar mi voz, hizo que me entrara pánico”. Cristóbal escribe en primera persona para transmitir la mayor parte de las vicisitudes de su padecimiento, algunas anécdotas así como sus sentimientos, como se aprecia en la descripción de su estado de parálisis corporal y el pánico que le despertó.

Respecto de sus actos de habla es posible realizar otras precisiones, correspondientes algunas a un terreno muy puntual, otras a un terreno más generalizable y otras a un terreno muy abarcativo.

En cuanto al terreno muy puntual, deseamos consignar un lapsus, en que el paciente escribe “sanción” en lugar de “sanación” (“En los ejercicios encontré un modo

directo de participar en mi sanción y dejar de ser un elemento pasivo”), y que pondría en evidencia su conflicto ligado a la culpa, posiblemente por superar a los propios padres y a su hermano muerto.

El terreno más generalizable consiste en el conjunto de actos de habla constituidos por pequeños segmentos (sobre todo con la matriz sujeto-verbo) con los que Cristóbal construye su escrito. Al analizar estos actos de habla observamos una combinación entre 1) la acción de relatar, 2) la tendencia a dramatizar, 3) la alusión a estados afectivos en relación con familiares, allegados y personal hospitalario, 4) la alusión a estados y procesos somáticos y 5) la referencia a sus procesos de pensamiento y los contenidos correspondientes. Entre todos estos rasgos de los actos de habla, el referido a la dramatización parece el más interesante. Como lo mencionamos al referirnos a los relatos en segunda persona, a menudo el autor emplea este recurso para relatar los hechos como si fueran vistos desde la perspectiva de otro. A veces se presenta como un monólogo de otro, quien le habla a Cristóbal, y en otras ocasiones como un diálogo del autor con personas que tienen con él una relación cercana (esposa, enfermera, médico). Algunos de los hechos relatados de este modo (como monólogo de un tercero o como diálogo de Cristóbal con un tercero) corresponden a situaciones que para el autor son desmesuradas, por excesivamente gratas o dolorosas.

Si en lugar de considerar el texto como un conjunto de pequeños actos del habla lo consideramos en su totalidad como acciones, entonces podemos darle otros tres valores. Uno de tales valores consiste en que el acto de escribir tiene por función contribuir a las intrusiones por el dolor, y en este sentido permite mantener una tensión vital en lugar de quedar arrasado. Una segunda función consiste en realizar una denuncia de la actitud falsa y especuladora de su ex socio. En este sentido, el escrito tiene una función como expresión de



su deseo de ejercer justicia por la propia mano y vengarse por la decepción sufrida. En tercer lugar, el libro tiene la función de transformar al autor en el protagonista de una gesta heroica, ya que ha desafiado una gran adversidad, correspondiente al hiper-poder de la muerte, y ha triunfado sobre ella. Ello le permite proponer su propio testimonio como una guía para orientar a quienes deben recorrer el mismo camino que él ha debido construir trabajosamente.

3. *Relatos*

Dedicaremos un primer apartado al estudio de los relatos que permiten detectar los factores detonantes de la tendencia a dejarse morir y un segundo apartado al estudio de los episodios que hacen posible inferir los factores detonantes de su tendencia a recuperar la vitalidad.

Factores detonantes de su tendencia a dejarse morir

Partimos del supuesto de que la tendencia a dejarse morir, a abandonarse a sí mismo, es un movimiento inicial, y que la tendencia a restablecer la tensión vital es una orientación reactiva, como enérgica reacción frente a la primera.

Encontramos dos grandes factores que detonan la tendencia de Cristóbal a bajar los brazos y abandonarse a sí mismo. Estos factores dimanar de los estímulos provenientes del mundo y de los estímulos internos, psíquicos y sobre todo corporales.

Los estímulos aportados desde el mundo (familiares, conocidos y amigos, así como el personal del hospital, incluyendo especialistas, médicos clínicos, personal de enfermería, etc.) que pueden inducir a Cristóbal a bajar los brazos y entregarse a la muerte tienen que ver con el ser abandonado por el amor del otro. Ser abandonado puede consistir en a) el agobio o el agotamiento del otro, por ejemplo familiares cercanos, b) la indiferencia, sobre

todo por parte de algunos conocidos y el personal hospitalario. A veces se combinaban el alejamiento de algunas amistades con el agobio, o un exceso de sufrimiento. Entre ambos factores, el agobio hace de explicación del alejamiento del otro. El alejamiento está al servicio de la auto-protección que su interlocutor intenta desarrollar. En otras ocasiones, la indiferencia se combinaba con intervenciones sobre Cristóbal que este considera intrusivas, brutales. Otros personajes combinaban la indiferencia con una actitud especuladora secreta (es decir, en que procuran obtener una ganancia a costa del paciente) que este advierte tardíamente, tras haber confiado en su interlocutor. Si bien el paciente el hecho en sí (sobre todo la separación de su socio y gran amiga) ocurrió luego de haber salido de la internación, y el malestar del paciente con ella surgió en su conciencia años después, es posible que durante la internación misma él hubiera captado ya el alejamiento de esta y el propósito que esta tenía respecto de la separación laboral. En palabras del paciente, “la sociedad empresarial que compartía con quien hasta entonces había sido una gran amistad, fue fracturada aprovechando el momento crítico de la enfermedad y su debilidad. Sociedad y amistad a la que el autor se había entregado más allá de la confianza personal y profesional y que perdió de la noche a la mañana contra su voluntad”. Es decir, ya durante la internación (en el momento crítico de la enfermedad) había intuido esta decisión de su socio y amigo.

Un factor adicional de hundimiento consiste en la claudicación de su pensamiento para encarar las situaciones críticas. Sin embargo, parecen haber tenido mayor peso los estímulos intra-corporales insoportables. Entre estos estímulos intra-corporales insoportables que pudieron empujar al paciente al abandono de sí, figuran tres: la impotencia motriz, el dolor y la asfixia. La impotencia motriz tuvo varias manifestaciones ligadas



inclusive con las dificultades para hablar o mover el cuerpo, pero las más duraderas pasaron a combinarse con las situaciones de asfixia.

Para el paciente, la asfixia era tan acuciante como el dolor, quizá por momentos más aún que aquel, ya que podían conducirlo a la muerte. El paciente relató con vividez tanto sus momentos de intensa angustia como sus momentos de dolor. Inclusive relató episodios en los que su impotencia ante el dolor terminaba dejándolo con una vivencia de asfixia, combinación esta en la cual se observa precisamente que el dolor somático, inherente a una situación traumática, se combinaba con la angustia automática, orgánica, inherente a una situación tóxica. Pese al carácter acuciante de ambos estímulos, existen diferencias entre ellos, en el sentido de que uno, la angustia, le resultaba a Cristóbal más intolerable que el otro, el dolor.

Aún más, es posible observar que las crisis de asfixia surgieron sobre todo a partir de las situaciones en que le habían quitado la medicación para neutralizar el dolor, con el argumento de que de lo contrario se volvería un adicto a tales soluciones. En esas situaciones es posible que se combinaran su indefensión ante el dolor y su furia impotente, y que todo ello hubiera culminado en sus estados de asfixia, al cerrársele la glotis. En consecuencia, la angustia parecía ligada con la inermidad motriz, que el mismo paciente potenciaba.

La angustia se potenciaba no solo con el dolor sino también con el intercambio con los profesionales. En esta situación, se combinaban dos situaciones extremas de inermidad, una vincular y otra corporal. La situación vincular consistía en depender de personas falsas que especulan a su costa o pretendían evadir el compromiso con las vivencias de agonía que anticipan que el paciente está por tener. Al respecto es posible incluir el siguiente párrafo del texto de Cristóbal: “Cuando llegaba el turno de la visita de los médicos internistas

a media mañana y preguntaban por mi estado, les explicaba que estaba bien de la herida. No me dolía, pero respiraba con mucha dificultad y con sensación de no tener suficiente aire. Ellos se limitaban a sonreír como si mis palabras carecieran de coherencia” (pág. 4, últimos agregados). El episodio resulta especialmente esclarecedor, ya que reúne dos factores, uno externo (la indiferencia del interlocutor, disfrazada de amabilidad) y otro interno (asfixia). La amabilidad fingida de los profesionales encubría la propuesta de considerar que Cristóbal está desahuciado. La escena en que un profesional desahucia a un paciente implica que el primero supone que la situación clínica no tiene remedio, que no cuenta con recursos para luchar, y entonces deja de esforzarse por ayudar al enfermo. Puede ser que entonces el médico declare ante el paciente que no puede hacer nada y encare los estallidos de angustia y dolor rabioso del paciente por la muerte que se avecina. Cuando ello no ocurre, como pasaba a veces con Cristóbal, el paciente podía suponer que el profesional soslayaba la escena en que debía acompañar al paciente en ese difícil momento. En consecuencia, Cristóbal podía considerar que la situación era doblemente intolerable, para sí y para sus interlocutores incapaces de confortarlo. De modo que, ante este mensaje subyacente a las apariencias (es decir cuando el paciente suponía que el otro lo había desahuciado en secreto, pese a las apariencias opuestas), él mismo abandonaba la lucha, se entregaba a la desvitalización y la muerte.

Factores detonantes de las respuestas vitales en respuesta a la tendencia a dejarse morir

En respuesta a la orientación tendiente a abandonarse a sí mismo, Cristóbal desarrolla una enérgica reacción, que le lleva a seguir luchando por mantenerse con vida. Esta reacción se apoya en algunos factores, como lo son ciertos aportes de familiares y amigos, el aporte del personal hospitalario y ciertos recursos de los que Cristóbal dispone desde



antes o que ha desarrollado durante su enfermedad.

Los factores ambientales (relación con familiares y amigos por un lado y con el personal hospitalario, por el otro) son los mayoritarios. Entre estos, uno, correspondiente a los vínculos familiares y amistosos, es decisivo: el sostén por su esposa, cuyas demostraciones de afecto son incesantes e incansables. En esta misma línea de los aportes ambientales favorables se encuentran los de algunos amigos, como Javier y Ana. Otros amigos lo alentaron a continuar escribiendo, como parte de su lucha por mantener la propia vitalidad. Otros fueron recuperados luego de enfermar. Igualmente, otras personas, que tenían una creencia religiosa, alentaron los esfuerzos del paciente al acompañarlo. Cristóbal destaca dos atributos de las personas que lo apoyan en este grupo: a) la actitud es afectuosa, cálida, b) su presencia es permanente, incansable. Es posible que este segundo rasgo (el carácter insistente e incansable de la presencia del otro) le resulte a Cristóbal un criterio que le permita discriminar entre la falsedad de la apariencia afectuosa del otro y el interés genuino por él, su salud y su bienestar. Sin embargo, Cristóbal supone que sus allegados más cercanos también podían mentirle. Es posible que la diferencia residiera en que esta mentira no tenía un carácter de auto- protección, como la de algunos profesionales, sino que tenía la función de acompañar a Cristóbal en su lucha.

Un segundo aporte del contexto que se vuelve un factor de apoyo a su enérgica reacción de sostén de la propia vitalidad en respuesta al abandonarse a sí mismo proviene de quienes contribuyen con su saber, de manera comprometida, a mantener el equilibrio corporal de Cristóbal, así como a mantener su equilibrio afectivo. En ellos predomina una combinación entre idoneidad profesional, derivada de los estudios y la experiencia, y conexión empática con Cristóbal. Esta com-

binación hace que Cristóbal pueda confiar en ellos. Estos profesionales son de dos tipos: por un lado, están quienes enriquecieron el saber de Cristóbal respecto de los recursos disponibles para el mantenimiento de un equilibrio somático o para el incremento de su espiritualidad, y por otro lado el equipo médico hospitalario, en sus diferentes niveles. Entre los primeros figuran personajes como un amigo, Alejandro, que lo inició en los recursos para procesar sus propias tensiones corporales, lo acompañó en momentos difíciles de su internación y enseñó a su esposa y amigos a mantener el contacto con Cristóbal.

A todo ello es posible agregar el personal médico, en sus diferentes estratos, que incluyen un jefe de servicio, los médicos especialistas (cirujanos, oncólogos, etc.), los médicos clínicos, el personal de enfermería. Es frecuente que Cristóbal los describa con los mismos rasgos: preocupación por el paciente, cercanía afectiva, idoneidad profesional, toma de decisiones correcta en el momento adecuado.

Un tercer grupo de factores en los que Cristóbal halla argumentos para recuperarse de su tendencia a la inercia está constituido por los propios recursos. Unos pocos consisten en hallar medios para modificar la realidad vincular, mientras que la gran mayoría consiste en recursos ligados con el dominio de la propia mente y el cuerpo. Hemos ordenado estos ejemplos siguiendo un criterio: el grado creciente de compromiso para el propio Cristóbal, desde aquellos recursos que aspiran a modificar la realidad vincular, hasta aquellos otros, que son la mayoría, que aspiran a una auto-modificación para enfrentar el dolor corporal, y que abarcan el empleo del pensamiento, de la motricidad o de la percepción, incluyendo la desaparición de la conciencia.

En cuanto a los recursos para modificar la realidad vincular, algunos tienen que ver con cambiar la relación con otros en el hospital y otros con generar un nuevo interlocutor, que



trasciende lo inmediato. Consideremos primero los recursos para modificar la situación externa en el hospital. Estos recursos son de dos tipos: a veces, para lograr la conexión empática con un profesional, y en otras ocasiones, para llamar la atención de quienes lo asisten, para lo cual recurrió inclusive a cascabeles atados a los dedos, en el momento en que sufría una severa parálisis motriz. Además, Cristóbal generó otro interlocutor, al que llamó Dios, con quien estableció un vínculo más allá de las relaciones inmediatas, para lo cual dispuso de los rezos, sobre todo para sostenerse ante el dolor: La realidad que pretendía modificar consistió en disponer de la atención del personal del hospital, sea en cuanto a la conexión empática, sea en cuanto al llamado en las urgencias. En cuanto a estos llamados de urgencia, sobre todo cobraron importancia ante el incremento de la asfixia. Además, Cristóbal se construyó otro interlocutor, Dios, al que suponía siempre atento cuando se conectaba con el rezo, en lugar del dolor.

A su vez, las soluciones que implicaban una actividad del pensamiento (a menudo como consecuencia de un aprendizaje) consistieron en recursos que lo llevaban a auto-modificarse. La actividad del pensamiento correspondía a una tentativa de dominio en diferentes terrenos: los afectos, las propias ideas, la motricidad y la percepción.

Cristóbal logró una auto-modificación ligada con el dominio sobre su afectividad, para lo cual recurrió a la comprensión (cuando otro lo decepcionaba) o a la evocación de recuerdos cariñosos y esperanzadores de su esposa y su grupo familiar, en que predominaba el amor: En ambas ocasiones el problema que encaraba estaba ligado con la dependencia amorosa. En un caso, podía sustraerse de la vivencia de abandono por medio de la comprensión del estado afectivo de quien se ha alejado. En el otro caso, podía refugiarse en recuerdos de vínculos afectuosos con su esposa y otras personas queridas.

En otras ocasiones la auto-modificación consiste en desarrollar recursos referidos al control mental del cuerpo y las propias ideas. El control mental sobre las propias ideas le permitió neutralizar la creencia en su propia muerte inminente, la tendencia a lamentarse por su destino y a rendirse ante la adversidad y sustituirla por el trabajo en el presente para ganar el futuro. El control mental consistió también en el dominio sobre el cuerpo en los momentos de dolor, en que recurría al desvío de la atención hacia otros pensamientos o fantasías. En otras ocasiones el recurso para la auto-modificación correspondía sea al terreno de la motricidad, sea al terreno de la atención y la percepción. Entre ellos, los referidos a la motricidad para alterar el propio estado corporal lo colocaban en una posición activa. Empleaba la motricidad de los dedos para hacer estiramientos y masajear su cuerpo en los momentos en que irrumpía el dolor: Otras soluciones eran recursos extremos, como el desmayo.

Cabe destacar, además, que, el texto escrito, en sí mismo, cumple sobre todo una función equilibrante, porque con él Cristóbal logra encontrar un destinatario futuro (el lector potencial de su obra) a quien dejar testimonio de sus vivencias presentes, así como de sus pensamientos. Además, el escribir su propia historia contribuye a que Cristóbal recupere el equilibrio también por otros caminos, los cuales corresponden a acciones inherentes al acto de seleccionar y combinar palabras, frases y relatos.

Visión de conjunto

Es posible establecer equiparaciones entre los factores estimulantes de la tendencia al hundimiento y los factores estimulantes de la tendencia al sostén (Tabla).



Factores detonantes de la tendencia a dejarse morir	Aportes de los familiares y amigos	Vínculos familiares y amistosos	Flaqueo de su esposa		
			Alejamiento de algunas amistades		
		Actitud del personal del hospital			
		Personaje falso y especulador			
		Fracaso de los recursos mentales			
	Estímulos intra-corporales insoportables	Parálisis motriz			
Dolor y sus gradaciones					
Asfixia y sus gradaciones					
	Reunión entre asfixia y vínculo falso				
Factores detonantes de las respuestas vitales en reacción a la tendencia a dejarse morir	Factores ambientales: familia y amigos	Afecto de su esposa			
		Afecto de sus amigos Javier y Analía			
		Aliento de otros amigos			
		Recuperación de antiguos amigos			
		Aliento por un grupo de religiosos			
	Factores ambientales: profesionales	Amigo que lo inició a él y a la esposa y amigos en los recursos para mantener la lucha vital			
		Especialista			
		Médica clínica			
		Enfermera			
	Desarrollo de recursos	Recursos para modificar la situación externa de conexión	Recurso antes un profesional que se desconecta afectivamente		
			Recurso para llamar al personal asistencial		
			Generación de otro interlocutor (Dios)		
		Actividad del pensamiento para automodificarse	Dominio sobre sus afectividad (mediante la comprensión y evocación)	Compresión de algunos amigos que lo habían decepcionado	
				Evocación de recuerdos cariñosos y esperanzadores con su esposa	
			Control mental del cuerpo y las propias ideas	Control mental sobre las propias ideas	
Control del cuerpo gracias a la actividad de la mente					
Motricidad, atención y percepción		Motricidad para alterar el propio estado corporal			
		Atención y percepción	Desvío de la atención		
			Desmayo		
	Función equilibrante de la escritura del texto				

Tabla II: Panorama de los deseos y las defensas en los factores detonantes de los estados de hundimiento y de la respuesta vital ante ellos



Discusión: resultados del conflicto entre la tendencia a dejarse morir y la tendencia a recuperarse

Lo que sigue es una comparación entre los dos sectores en pugna en Cristóbal, que antes enumeramos y analizamos. Sabemos que Cristóbal estuvo varias veces al borde de la muerte, para luego volver a la vida. No podemos asegurar que los factores que hemos estudiado hayan sido decisivos para empujarlo hacia una u otra alternativa, ya que existen otros múltiples factores que no estamos en condiciones de evaluar, desde los referidos a las decisiones clínicas hasta algunas otras disposiciones de Cristóbal que este no haya descrito o que no hayamos sabido detectar. Así que la discusión que sigue constituye solo una contribución al análisis de este conflicto, de tanta importancia en numerosos problemas con pacientes severamente enfermos o de muy avanzada edad.

También cabe destacar que en nuestro análisis solo hemos tomado en cuenta el texto que Cristóbal nos entregó, cuando existen otras alternativas, consistentes en combinar varios tipos de testimonios en una muestra más compleja.

Podemos comenzar esta discusión con una pregunta acerca de si los recursos de que dispone Cristóbal son respuestas energéticas frente a cada una de los factores que lo inducen a dejarse morir. Entre los factores que conducen a que Cristóbal se entregue a la muerte se encuentra la indiferencia o el desamor de algunos amigos o conocidos. Ante ello la respuesta de Cristóbal consiste en valerse de algunos otros amigos o conocidos. Asimismo, puede apelar a la comprensión de la reacción de sus amigos o conocidos. En cambio, Cristóbal no parece encontrar respuestas frente a otros personajes que lo conducen al abandono de sí, sobre todo esos personajes a los que tardíamente logró caracterizar como especuladores y falsos. Estos perso-

najes lo dejaban expuesto a una vivencia tardía de furia (cuando los hechos ya habían ocurrido) por haber sido engañado y estafado. Tal furia se dirigía contra dicho personaje pero quizá sobre todo se dirigía contra sí mismo por haber creído en alguien falso. Es posible que este tipo de personaje sea uno de los influjos más poderosos en favor del dejarse morir. Un segundo factor que empujaba a Cristóbal al hundimiento consistía en el fracaso de la actividad del pensamiento para encarar los problemas. Ante ello Cristóbal solía responder extremando finalmente sus propios recursos mentales, que se volvieron poderosos argumentos para seguir vivo.

Es conveniente considerar también cómo responde Cristóbal ante las incitaciones intolerables que provienen del interior de su organismo, sobre todo la parálisis motriz, el dolor y la asfixia. La parálisis motriz parece haber sido transitoria, ya que con el tiempo Cristóbal ideó recursos de diferente tipo en que aprovechaba ingeniosamente la recuperación del movimiento de sus extremidades superiores. Sin embargo, algo de esta parálisis motriz lo dejaba más dependiente del cuidado de familiares, amigos y profesionales comprometidos y capacitados para atenderlo.

En cuanto a la necesidad de ser atendido, las otras dos incitaciones intra-corporales (el dolor y la asfixia) parecían ser los estímulos más importantes. El autor enumera una serie de respuestas frente al dolor: ejercicios, actividad intelectual, rezos, desconexión de la atención respecto de la zona dolorida, y, en el caso extremo, la pérdida de conciencia, a lo cual se suman algunos medicamentos, provistos por el personal médico.

En cambio, Cristóbal parece hallarse más expuesto a la asfixia, para la cual cuenta con menos recursos de su propio repertorio, y en cambio requiere en mayor medida de los aportes del personal médico. Esta mayor dependencia puede dejarlo expuesto a algunos personajes con una falsa cordialidad con la



cual enmascaran que han decidido dejarlo morir.

En suma, Cristóbal cuenta con recursos para responder activamente ante buena parte de los factores que lo empujan a dejarse morir, pero existen factores ante los cuales se halla indefenso: la vivencia de haberse dejado estafar por un socio con rasgos especuladores, las vivencias de asfixia mientras sus interlocutores lo han desahuciado en secreto y lo dejan abandonado.

3. Comentarios

Es conveniente establecer nexos entre los resultados de los estudios de las palabras, los actos de habla y los relatos. Podemos observar que en los tres niveles de análisis predominan los factores que estimulan el sostén vital por sobre los que inducen al hundimiento. En efecto, en el nivel de las palabras el porcentaje dedicado a los episodios de sostén duplica al dedicado a los episodios de hundimiento. También observamos que en el nivel de los relatos los episodios de hundimiento están respondidos en su mayoría por episodios de sostén de la propia tensión vital. Algo similar observamos en el nivel de los actos de habla, en que el paciente se propone como una guía o un consejero (gracias a su propia experiencia) para avanzar por el difícil territorio de la lucha contra el cáncer, que constituye una adversidad mayor. Sin embargo, en el nivel de las palabras observamos que, en cuanto a los episodios centrados en el propio cuerpo el porcentaje de hundimiento es mayor al porcentaje de sostén vital. Del mismo modo, en el nivel de los actos de habla, un lapsus del paciente orienta en esa misma dirección (como entregado a un destino, a la adversidad y la muerte), y algo similar ocurre con las dramatizaciones como forma de relatar los momentos en que el dolor resulta insoportable. En cuanto a los relatos, ponen en evidencia que determinadas escenas de hundimiento no han

sido neutralizadas por su equivalente en cuanto al sostén vital, y todas ellas incluyen la alteración del propio cuerpo. En palabras de Cristóbal, "... una necesidad que me visita de tanto en tanto; hundirme para ver qué cantidad de indigencia física soy capaz de soportar, hasta qué extremo puedo llegar sin encontrar definitivamente la muerte, tan solo acercarme hasta una parada cardiorrespiratoria, un 'reset' del ordenador central con el 'stand by' aun en marcha". Todo ello conduce a que nos concentremos en este punto en la discusión final, en la cual pondremos énfasis en el estudio de los deseos y las defensas (y su estado).

E. Segunda investigación: deseos y defensas (y su estado) en los episodios de hundimiento y de sostén

Esta segunda investigación, realizada por los equipos A y B, incluye una descripción de los instrumentos y del procedimiento seguido para la transformación de la muestra en las unidades de análisis (secuencias narrativas), la exposición de los resultados de la aplicación de los instrumentos a dichas unidades de análisis y los comentarios de dichos resultados.

1. Instrumentos para estudiar deseos y defensas en los relatos

El ADL analiza los deseos y las defensas y su estado en las manifestaciones discursivas del paciente. Respecto del deseo, cabe señalar que Freud (1915c) prestó fundamental atención a este estímulo interno, derivado de la pulsión, como motor básico de los diferentes procesos psíquicos. Como estos deseos son a su vez derivaciones de las pulsiones, sobre todo las libidinales, los deseos pueden categorizarse tomando en cuenta las correspondientes mociones eróticas. Estas pueden consistir en alguna de estas siete alternativas: 1) libido intrasomática (LI), 2) oral primaria (O1), 3) sádico-oral secundaria (O2), 4) sádico-anal



primaria (A1), 5) sádico-anal secundaria (A2), 6) fálico-uretral (FU) y 7) fálico-genital (FG).

Respecto de la defensas, cabe señalar que Freud (1915c) sostuvo que pueden ser consideradas como destinos o vicisitudes de las pulsiones (y consiguientemente de los deseos) en la vida psíquica. Estos destinos o vicisitudes son modos de procesamiento desarrollados por el yo para encarar los conflictos que participan los deseos, sea al contraponerse a la realidad, sea al contraponerse al superyó. Estos modos de procesamiento yoico pueden ser funcionales o patológicos. Algunas de estas defensas son centrales, en el sentido de resultar definitorias de las bases de una organización psíquica. Otras defensas son complementarias, en el sentido de contribuir al trabajo de la defensa central a la cual le imprime un sello más específico. Además, las defensas (tanto funcionales como patológicas) pueden terciar en el conflicto psíquico al colocarse o bien del lado del deseo contra la realidad y el superyó, o bien del lado del superyó y la realidad contra el deseo, o bien en una transacción en que los diferentes sectores en pugna encuentran una conciliación menos drástica. En consecuencia, las defensas pueden categorizarse tomando en cuenta diferentes parámetros. Uno de ellos implica diferenciar entre defensas funcionales y patológicas. Las defensas son tanto más patológicas cuanto mayor es el costo psíquico del yo para mantenerla, en el sentido de conducir a estados de creciente indiferenciación y descomplejización. Un segundo parámetro consiste en diferenciar mecanismos centrales y mecanismos complementarios. Un tercer parámetro consiste en diferenciar defensas opuestas al deseo, defensas opuestas a la realidad y el superyó, y defensas que concilian los sectores en pugna.

Entre las defensas centrales, es posible incluir las funcionales (que implican grados menores o mayores de conciliación entre los sectores en pugna) y las defensas patológicas (que implican soluciones más drásticas entre

los sectores en pugna). Entre las defensas funcionales, por orden decreciente en cuanto al grado de conciliación entre los sectores en pugna, es posible distinguir cuatro alternativas centrales: 1) acorde a fines, 2) inhibición, 3) creatividad, 4) sublimación. Entre las defensas patológicas, por orden decreciente en cuanto al grado de conciliación de los sectores en pugna, es posible distinguir 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 (Maldavsky, 2003, Maldavsky et al 2005, 2006).

Es conveniente además considerar el estado de las defensas. Cabe destacar que Freud (1915c) sostuvo que las manifestaciones clínicas que expresan el padecimiento de un paciente 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 la defensa como 1) exitoso, 2) fracasado, 3) mixto.

Los deseos se combinan además con algunas defensas patológicas específicas y con todas las defensas funcionales, como se expone en la Tabla III:

Para estudiar los conceptos recién expuestos (deseos y defensas), el método cuenta 1)



Deseos	Defensas	Estado
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	
LI O1 O2 A1 A2 FU FG	Acorde a fines	Fracasado
	Inhibición	
	Creatividad	
	Sublimación	Exitoso Fracasado

Tabla III: Deseos y defensas

con una grilla que detecta los deseos en unidades de análisis consistentes en secuencias narrativas (las cuales constituyen transformaciones metodológicamente determinadas de las escenas de los relatos) y además 2) con un conjunto de instrucciones que permite inferir cuál es la defensa dominante y su estado en cada unidad de análisis (secuencia narrativa). Hemos dedicado diferentes publicaciones a describir los conceptos e instrumentos, expuestos aquí sumariamente, y remitimos a dichos escritos (Maldavsky, 1998, 1999, 2002, 2003; Maldavsky, et al 2000, 2005, 2006).

2. Procedimiento

En la investigación fue necesario desarrollar dos tareas: 1) transformar en secuencias narrativas los episodios que, en el total del texto, reflejaran algún factor que incidiera a favor de alguna de las dos tendencias antes descritas, y 2) analizar los deseos y las defensas (y su estado) en dichas secuencias narrativas.

El material con que contábamos para realizar la tarea 1 fue aportado por el equipo A, compuesto por investigadores de Buenos Aires y Valencia. Esta primera tarea culminó en la distribución del material escrito por el paciente en dos grupos: el que ponía de manifiesto la tendencia a dejarse morir y sus factores detonantes, y el que ponía de manifiesto la tendencia a mantener la tensión vital, con sus correspondientes factores estimulantes.

A partir de este momento comenzó la tarea 2, en la cual participó el equipo B. En dicha tarea lo central consistió en la aplicación de los instrumentos del ADL para el análisis del relato. El equipo B siguió una serie de pasos: 1) creación de las unidades de análisis (secuencias narrativas), 2) análisis de los deseos, 3) análisis de las defensas y su estado. En el trabajo cada una de las investigadoras del equipo B realizaba su estudio (el cual consistió en el establecimiento de las secuencias narrativas y en su análisis) para luego comparar los resultados con los de la otra. Cuando se en-



contraban diferencias, cada una proponía nuevas soluciones, y cuando estas no resultaban satisfactorias para ambas, consultaban con el coordinador del equipo. En total, fueron analizadas 38 secuencias narrativas, respecto de las cuales se alcanzó un acuerdo del 100% entre las investigadoras.

Como ejemplo de la transformación de un episodio relatado en una secuencia narrativa y su análisis podemos tomar el siguiente fragmento del texto de Cristóbal: “Una situación que me solía sacar de mis casillas, sucedía cada vez que dentro de la consulta, el médico, después de darte los buenos días, se parapetaba detrás de la pantalla del ordenador y sin dejar de teclear ni perder de vista la pantalla, te hablaba sin ni siquiera mirarte una sola vez a los ojos.” El texto quedó transformado en esta secuencia narrativa: “1. Durante la consulta el doctor se parapetaba detrás de la pantalla del ordenador, 2. le hablaba sin siquiera mirarlo a los ojos, 3. esta situación lo sacaba de sus casillas”. Por fin, transcribimos el análisis de los deseos y las defensas y su estado en esta secuencia narrativa: “A1 Desmentida Fracasada”.

3. Resultados

Las secuencias narrativas analizadas fueron 38. Entre ellas, 14 (36.84%) corresponden a los episodios de hundimiento y 24 (63.16%) a las de la recuperación de la propia vitalidad.

En las Tablas IV-IX exponemos el resultado de los análisis de los deseos, las defensas y los estados por cada uno de los dos sectores (hundimiento y sostén de la propia vitalidad). En las Tablas IV-VI exponemos los resultados referidos al sector de hundimiento (que corresponden, respectivamente, a los deseos, defensas y estados de las defensas), y en las Tablas VII-IX exponemos los resultados referidos al sector de sostén (que corresponden, respectivamente, a los deseos, defensas y estados de las defensas).

Deseo	N	%
LI	10	71,43
O1	2	14,29
O2	0	0,00
A1	1	7,14
A2	1	7,14
FU	0	0,00
	14	100,00

Tabla IV: Deseos correspondientes a relatos sobre Hundimiento

Defensas	N	%
Desestimación del afecto	10	71,43
Desmentida	3	21,43
Acorde a fines	1	7,14
	14	100,00

Tabla V: Defensas correspondientes a relatos sobre Hundimiento

Estados	N	%
Exitoso	0	71,43
Fracasado	14	21,43
Mixto	0	7,14
	14	100,00

Tabla VI: Estados de defensas correspondientes a relatos sobre Hundimiento

Deseo	N	%
LI	13	54,17
O1	2	8,33
O2	4	16,67
A1	0	0,00
A2	3	12,50
FU	2	8,33
	24	100,00

Tabla VII: Deseos correspondientes a relatos sobre Sostén



Defensas	N	%
Desestimación del afecto	1	4,17
Desmentida	2	8,33
Acorde a fines	21	87,50
	24	100,00

Tabla VIII: Defensas correspondientes a relatos sobre Sostén

Estados	N	%
Exitoso	22	91,67
Fracasado	0	0,00
Mixto	2	8,33
	14	100,00

Tabla IX: Estados de defensas correspondientes a relatos sobre Sostén

4. Comentarios

Puede observarse que entre los factores de hundimiento predomina fuertemente LI, lo cual corresponde a referencias a estados y procesos corporales y/o económicos. En segundo lugar se presenta, con algún grado de relieve, O1, el cual corresponde a procesos de pensamiento, sobre todo de carácter abstracto o místico. En cuanto a las defensas, la central es la desestimación del afecto, que suele acompañar a LI, con un estado predominantemente fracasado. El mismo estado corresponde a la desmentida, que acompaña a O1. En tercer lugar se halla A1, que corresponde a los sentimientos de injusticia, y que también está acompañado de una desmentida fracasada.

En cuanto a los factores de sostén, los resultados están más matizados. En primer lugar figura LI, pero luego tiene importancia también O2, ligado con las vivencias de ser amado o rechazado afectivamente. Asimismo, tiene algún relieve A2, que corresponde al pensar racional las situaciones concretas con la aspiración de dominarlas. Las defensas son

en su gran mayoría de carácter funcional, con un estado exitoso.

Expuestos estos resultados globalmente, podemos decir que en los episodios de hundimiento predominan las defensas patológicas fracasadas y en los episodios de sostén predominan las defensas funcionales exitosas. En cuanto a los deseos, los relacionados con los estados y procesos corporales y con las cuestiones económicas son los dominantes, sobre todo en los episodios de hundimiento. Los deseos correspondientes a los episodios de sostén son algo más matizados, con algún relieve para la necesidad de reconocimiento afectivo y para las actividades de pensamiento con el objetivo de dominar la realidad concreta.

F. Discusión

Es hora de intentar articular los resultados de la primera y la segunda investigación. De la enorme riqueza de elementos que hemos considerado, proponemos concentrarnos en solo unos pocos temas.

Uno de los puntos que merece algunos comentarios es el de los motivos de consulta. El primero de ellos estuvo ligado con que, al salir de la internación, se encontró con una realidad aún más dura de lo que había imaginado. Ello parecía ligado con una solución previa, de sus allegados y de él mismo, consistente en auto-engañarse como recurso para sobrevivir en las situaciones difíciles que debió atravesar. Tal solución parece corresponder a una desmentida funcional, que al salir de la internación le fracasó. Tal vez algo similar le haya pasado cuando consultó en su segunda oportunidad, en el sentido de que durante años conservó esta misma defensa (desmentida funcional) para no encarar los sentimientos de rabia y dolor ante esta otra decepción, que el paciente sintió por haber creído en una persona falsa y especuladora. Una y otra consulta parecieron derivar del fracaso de una



desmentida funcional, que lo dejaba expuesto a una combinación entre dolor y furia. Estas consultas permiten además estudiar las formas en que Cristóbal pasaba a padecer nuevos traumas, que eran derivados de los sufridos durante la enfermedad y la lucha contra ella. En dichos traumas iniciales los factores centrales eran intrusiones orgánicas, mientras que en los posteriores los problemas fueron más psíquicos, como algunas expectativas y pensamientos. La tercera consulta, en cambio, parecía relacionada con una forma enigmática de tramitación de los conflictos, recurriendo al manejo de la respiración.

Un tema afín con este es la tendencia del paciente a abandonar rápidamente el tratamiento, una vez alcanzado cierto dominio sobre su afectividad gracias al trabajo del pensamiento, basado en la comprensión, como antes lo expusimos. Esta tendencia al abandono del tratamiento corresponde al mecanismo de fuga, con un carácter funcional. Este mecanismo suele combinarse con un uso funcional de la desestimación del afecto.

Pero el punto más sugerente de este escrito está ligado con la forma como Cristóbal encara la cuestión del dolor orgánico y de la asfixia. El tema corresponde a los factores de hundimiento que el paciente lograba neutralizar con mayor dificultad, o inclusive no podía hacerlo. La investigación inicial permite diferenciar entre dos alternativas ligadas con el procesamiento somático de sus conflictos, la ligada con el dolor y con la asfixia, y la segunda investigación muestra el peso de LI y determinadas defensas...

Freud (1926d) destaca dos grandes factores que determinan el desvalimiento de cada sujeto: la impotencia motriz para responder activamente a las exigencias internas y el dolor que no cesa. Un primer factor es inherente a los estados tóxicos, y el segundo, a las situaciones traumáticas, aunque aclaró que uno puede ser la contrapartida del otro.

Respecto del dolor somático, Freud (1950) afirmaba que constituye una hemorragia por la cual fluye y se pierde la energía pulsional vital, lo cual puede culminar en un estado de agotamiento. Las manifestaciones suelen consistir entonces en momentos de apatía, somnolencia extrema, abulia. A veces estos estados contienen también matices afectivos de la gama del dolor, sobre todo por la vivencia de desamor, de desaparecer de la memoria de los demás. El dolor somático ha sido considerado la matriz orgánica de los estados afectivos de dolor psíquico. En cambio, la asfixia ha sido considerada como una matriz de las crisis de angustia (angustia automática), como consecuencia de la inermidad motriz.

Puede observarse que en Cristóbal es mayor la indefensión ante la asfixia y la angustia que ante el dolor. Pero además la escasez de oxígeno era auto-provocada, como se hace evidente en sus relatos, sobre todo los que expuso en su tercera consulta. Algunos de los episodios que estudiamos previamente parecen hallarse en esta misma línea, y permiten inferir los factores detonantes de su tendencia a auto-envenenarse la sangre. Uno de dichos factores consiste en su furia impotente por no poder seguir recurriendo a la medicación para el dolor. El segundo parece derivar de la rabia por haber creído en un socio falso y especulador que se aleja de él, y el tercero parece relacionado con la muerte de un hermano con quien había tenido un trato distante. En términos generales, podríamos decir que lo común a estos tres factores es la tristeza rabiosa ante el alejamiento de otro que se arranca o desprende de él, y quizá la tendencia a irse con el otro, como con el hermano muerto. Sea como fuere, resulta notable esta tendencia del paciente a tramitar su tristeza violenta recurriendo a la auto-intoxicación de la sangre, del mismo modo que los sujetos que se ahogan intencionadamente en el momento de la masturbación, para lograr un placer más intenso.



Sin embargo, en el caso de Cristóbal la práctica del auto-envenenamiento sanguíneo no estaba acompañado por la masturbación, razón por la cual podríamos tal vez asimilarlo a una anorexia de oxígeno, y no tanto de alimentos. Para relacionar estas situaciones con el conjunto de los deseos y defensas del paciente, podríamos decir que en el dolor y la asfixia predominaban LI y la desestimación

del afecto y la fuga, ambas fracasadas. La diferencia entre uno y otro estado reside en que en el dolor estas defensas fracasadas se combinan con un mecanismo de introyección orgánica, como ocurre con las intrusiones corporales, mientras que en la asfixia hay una incorporación (Maldavsky, 2008), es decir un movimiento activo, derivado de una decisión, del mismo modo que ocurre en las adicciones.

Referencias:

- Freud, S. (1915c) Pulsiones y destinos de pulsión, *AE*, 14.
 (1920g) Más allá del principio del placer, *AE*, 18.
 (1923b) El yo y el ello, *AE*, 19.
 (1926d) Inhibición, síntoma y angustia, *AE*, 20.
 (1933a) Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, *AE*, 22.
 (1940a) Esquema del psicoanálisis, *AE*, 23.
 (1950 (1892-99)): Fragmentos de la correspondencia con Fliess: Manuscrito G: Melancolía, *AE*, 1.
- Maldavsky, D. (1998b) *Lenguajes del erotismo*, Buenos Aires: Nueva Visión, 1999.
 (1999) *Lenguaje, pulsiones, defensas*, Buenos Aires: Nueva Visión, 2000.
- (2001) *Análisis computacional del lenguaje desde la perspectiva psicoanalítica*, CD ROM.
 (2003) *La investigación psicoanalítica del lenguaje: algoritmo David Liberman*, Buenos Aires: Editorial Lugar, 2004.
 (2008) Yo-realidad inicial: conceptos e investigaciones sistemáticas, *Subjetividad y procesos cognitivos*, 11, 77-98.
- Maldavsky, D., et al. (2000) *Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas*, Buenos Aires: Nueva Visión, 2001.
 (2005) *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA)*, Buenos Aires: UCES.
 (2006) *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL)*, Buenos Aires: Editorial Lugar, 2007.

