

# CARACTERÍSTICAS DEL DISCURSO DE PACIENTES CON SOMNOLENCIA. UNA APLICACION DEL ALGORITMO DAVID LIBERMAN

Sandra de Lavra Pinto\*

## Resumen

*Este trabajo se basa en la Tesis de Maestría desarrollada en la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento, dirigida por el Dr. David Maldavsky en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), de Buenos Aires. Al comienzo se incorporan brevemente algunos aportes teóricos en los que se apoya la investigación, como los de Freud, Maldavsky, Fain, Soulé y otros, de orientación psicoanalítica. El problema central es observar de qué manera se traducen en el discurso las manifestaciones de las erogeneidades y defensas que se entrelazan para dar cuenta del surgimiento del síntoma, en el caso de la somnolencia, o sea, cómo los estados corporales pueden ser representados en el lenguaje, y cómo una determinada metodología intenta evaluarlos y medirlos. Se trata de la aplicación del Algoritmo David Liberman (ADL) en una entrevista realizada con cada uno de dos pacientes que se quejaban de somnolencia diurna. El estudio es de tipo exploratorio, con el objetivo de observar las características del discurso de estos pacientes, siendo analizadas por medio de este método. Los niveles de análisis abordados fueron las redes de palabras y los relatos. Las entrevistas, realizadas en portugués, fueron traducidas al español y aplicado el Diccionario Computarizado, que analiza las redes de palabras comunes a los dos pacientes: manifestaciones relativas a la somnolencia, al trabajo, al estudio y a las relaciones familiares. Para cada tema, fueron examinadas secuencias narrativas correspondientes a cada una de las siete erogeneidades consideradas por el ADL. De estas secuencias, se extrajeron fragmentos que las ejemplificaban. Se realizó entonces, a partir de ellos, un análisis interactivo de las redes de palabras, así como de los personajes, ayudantes, ideales y defensas presentes. Al final se muestra, a través de gráficos, los resultados generales obtenidos para los diversos niveles de análisis de cada paciente, así como una comparación entre ellos y las conclusiones.*

**Palabras clave:** *somnolencia, desvalimiento, investigación psicoanalítica del lenguaje, Algoritmo David Liberman.*

---

\* Magíster en Problemas y Patologías del Desvalimiento UCES. Miembro de la Fundación Mario Martins, Porto Alegre, Brasil. E-mail: sanlavra@terra.com.br

## Summary

*This paper is based in Master's Thesis on Problems and Pathologies of Helplessness, chaired by Dr. David Maldavsky, at Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), in Buenos Aires. Some theoretical contributions, that support the investigation, are made briefly, like that of Freud, Maldavsky, Fain, Soulé and others, with psychoanalytic orientation. The erotogenicities and defense's manifestations interlace each other to originate the symptom, the somnolence. The goal is observe how they can be translated in discourse. That is, how corporate states can be represented in language and how a methodology intended evaluate them and measure them. The investigation deal about the application of David Liberman Algorithm (DLA) in an interview made with each one of two patients with complaints of daytime sleepiness. The study is an exploratory one, with the purpose to observe the discourse's characteristics of those patients, when they are analyzed through this method. The levels of analysis used are the word network and the narration. The interviews are made in Portuguese, translate to Spanish and then is applied the Computerized Dictionary, that analyze the network's words according the DLA. For the narration's analysis, the interviews were divided in three themes, shared by the two patients: manifestations relate to somnolence, work and study and familiar relationships. For each theme, narrative sequences were examined. They correspond to each one of the seven erotogenicities that are considered by DLA. In these sequences were extracted fragments that exemplify them. From the fragments, an interactive word analysis is made, and so the personages, the helpers, the ideals, the defenses that are present. Finally, is show, through graphics, the general results obtained for the different levels of analysis for each patient, so a comparison between them and the conclusions.*

**Key words:** *somnolence, daytime sleepiness, helplessness, psychoanalytic investigation of language, David Liberman Algorithm.*

## 1. Introducción

La somnolencia diurna, por la alteración del nivel de conciencia (tomada aquí en sentido neurológico), es una perturbación que llega a sus portadores en su vida de relación, en las actividades de trabajo, de estudio, en la disposición para todo tipo de emprendimiento, inclusive llevando a situaciones de riesgo de vida, como la conducción de vehículos y el manejo de máquinas, siendo un factor considerable en accidentes de tránsito y de trabajo (Masson, 1998; Moldofsky, 1992; Westbrook, 1999; Williams, 1995; Withers, 1999).

Los estudios médicos (Benbadis, 1998; Billiard, 1998a, 1998b; Braz, 1987; Ferrer, 1999; Jonson, 1999; Martínez, 1999; Masson, 1998; Moldofsky, 1992; Pedroso, 1996; Petiau, 1998; Reimao, 1989; Westbrook, 1999) la atribuyen a varios factores, como

apnea obstructiva del sueño, uso de medicamentos, dolencias físicas y psiquiátricas (sobre todo la depresión), alteraciones bioquímicas y genéticas, o efectos de mala higiene del sueño (Danda, 2005; Pedroso, 1996; Sasaki, 1998).

Sin embargo, hay casos como los seleccionados para este trabajo, en que estos factores no están presentes, o están en una intensidad tal que no justifican el síntoma. Se encuentran en un estado de toxicidad pulsional (Maldavsky, 1986c, 1992e, 1995g, 1998a), caracterizado por la apatía o la sobreadaptación, desinterés en la vida de relación, pensamiento y comportamiento de tipo operatorio, en los que hay un empobrecimiento de la actividad simbólica. Según Maldavsky (1995f), poseen un modo particular de percepción, en que esta, en el estado de somnolencia e hipnosis, no va acompañada de conciencia (en el sentido de una perturbación de la conciencia primordial, de matiz o tono afectivo). Es un terreno que se refiere a los fundamentos de lo anímico (de la vida pulsional, de la estructura neuronal, del instinto). Considera estos estados como formando parte de lo que denomina “patologías del desvalimiento” (Maldavsky, 1997h), entre las cuales se incluyen las adicciones, las deficiencias, las neurosis traumáticas, las enfermedades psicósomáticas. La somnolencia excesiva diurna, con las características descritas anteriormente, puede ser considerada como parte de este cuadro.

## 2. Referencias teóricas

La literatura psicoanalítica muestra, desde los escritos de Freud, su interés por el dormir y sus manifestaciones, sobre todo los sueños como fuente de acceso al inconsciente. Ya en “La interpretación de los sueños” (1900a), al citar autores, llama la atención a Freud el aspecto, no de ausencia total de estímulos externos durante el dormir, sino el desinterés del yo por los mismos.

Explica la transformación de una idea en imagen sensorial, que aparece en los sueños, como una regresión del aparato psíquico, desde un acto ideacional complejo hacia la materia prima de los trazos de memoria subyacentes a él, hasta las imágenes preceptuales, lo que solo es posible por los cambios de catexia que el estado del dormir ocasiona en las extremidades sensoriales del aparato, gracias a la “exclusión del mundo exterior”. De este modo, el soñar es “un ejemplo de regresión a las primitivas condiciones del que sueña, un resurgimiento de su infancia, de los impulsos instintivos que lo dominaron y de los modos de expresión que entonces se hallaban disponibles” (pág. 585).

En el mismo texto, Freud atribuyó el “deseo de dormir” al preconscious, que tiene en cuenta la necesidad de descanso (función de autoconservación) y de mantener bajo su control, a través del sueño, la excitación del inconsciente, que quedó libre.

Para Freud, el dormir está intrínsecamente ligado al soñar. Este es visto como una forma de expresión de impulsos que se encuentran bajo la presión de la resistencia durante el día,

pero que durante la noche pueden encontrar un refuerzo en las fuentes de excitación profundamente situadas. Debido al “disfraz” de la elaboración onírica y a la falta de acceso a la motilidad, los impulsos inconscientes reprimidos pueden tener satisfacción, liberando al preconscious de tener que ejercer una contracatexia permanente y atender a un “deseo de dormir” (Freud, 1900a), de acuerdo con los estímulos de autoconservación.

En “Introducción al narcisismo” (1914c), Freud compara la condición del sueño con la de la enfermedad, en el sentido de producir una retracción narcisista de las posiciones de la libido de sus objetos amorosos para el propio yo del individuo, a través del deseo único de dormir. Ve el egoísmo de los sueños y el de la enfermedad como ejemplos de alteraciones en la distribución de la libido resultantes de una modificación en el yo.

En el “Suplemento metapsicológico a la teoría de los sueños” (1917h), Freud considera que, al dormir, las personas dejan de lado la mayoría de sus adquisiciones psíquicas, aproximándose a la situación en la cual comenzaron su vida. Afirma que, somáticamente, “El sueño es una reactivación de la existencia intrauterina, en la medida en que alcanza las condiciones de reposo, calor y exclusión del estímulo; en la realidad, durante el sueño muchas personas retoman la posición fetal. El estado psíquico de una persona dormida se caracteriza por una retirada casi completa del mundo circundante y de un cese del interés por el mismo” (pág. 253). “En el estado del dormir, la libido es llevada al punto de restauración del narcisismo primitivo... El narcisismo y el egoísmo coinciden; la palabra narcisismo se destina apenas a resaltar el hecho de que el egoísmo es también un fenómeno libidinal; o... el narcisismo puede ser descrito como el complemento libidinal del egoísmo” (pág. 254). Freud destaca que el retiro de las catexias psíquicas del mundo externo hacia el yo favorece el reconocimiento precoz de las modificaciones corporales, como en el caso de las enfermedades.

En “Esquema del psicoanálisis” (1940r), Freud se refiere a cómo, con el desasimilamiento de las relaciones con el mundo externo y por la retirada de las catexias de los órganos de los sentidos, el yo hace cesar sus funciones y produce una vuelta a un estado anterior, cuando era parte del ello. Justifica diciendo que surge en el nacimiento una pulsión de retorno a la vida intrauterina que fue abandonada, una pulsión de dormir. “El dormir es un retorno de este tipo al útero” (pág. 192). Como durante el dormir la motilidad está paralizada, muchas de las sanciones impuestas al ello están anuladas, lo que permite la realización de deseos a través de los sueños.

Teorías psicoanalíticas posteriores a Freud (Braunschweig, 1975; Kreisler, 1977; Marty, 1995; Spitz, 1996), basadas en el desarrollo del niño, también privilegiaron el sueño como un señalador básico de las funciones desarrolladas en el bebé y en su relación con la madre.

Kreisler (1977), afirma que la maduración neurofuncional no explica por completo todas las características evolutivas. Los factores externos inciden en estas estructuras para moldear el dormir en sus diferentes aspectos. Fain, en el mismo texto, señala que los primeros movimientos que producen la simbiosis se relacionan con las necesidades orgánicas y libidinales que surgen rítmicamente. Su satisfacción permite retornar al estado del dormir necesario para la maduración psicosomática. También se refiere a que, en términos psicoanalíticos, un buen funcionamiento del ciclo sueño-vigilia corresponde a un retorno espontáneo de la libido al estadio del narcisismo primario. El sentimiento de fusión, de indiferenciación con el ambiente, alcanza su punto culminante en este estado. Distingue dos tipos de sueño: el que sobreviene luego de una gratificación y permite una regresión libidinal narcisista casi completa y el que sigue a una frustración, inclusive al sufrimiento, y que solo se produce luego del agotamiento de la tensión interna.

Fain (Kreisler, 1977) expone sobre la solución de compromiso que se establece a partir de determinada edad para conciliar estas dos modalidades de dormir. Esta solución de compromiso es la actividad onírica.

Fain considera que la existencia de síndromes, en que la función de cuidar el dormir está a cargo del ambiente, demuestra una dificultad para adquirir una función mental autorreguladora. En pacientes con somnolencia puede existir una búsqueda de procedimientos autocalmantes (Smadja, 1993; Szvec, 1993) como el mecerse.

También forman parte de la teoría freudiana los conceptos de fijación y regresión. El primero plantea, con respecto a las fases del desarrollo en que -por falta o exceso- permanecieron puntos vulnerables que determinarían ciertas características, dejarían marcas en las fases posteriores a las que retornaría el yo (regresión), al tener que enfrentarse con acontecimientos que no pudiese elaborar.

Marty (1995), aborda los movimientos de complejización y descomplejización que pueden ocurrir en el plano orgánico. Se refiere a los estados más regresivos que aquellos descritos como depresión (en esta se preserva la actividad simbólica), en que el paciente presenta una actividad automática, aparentemente normal, pero carente de significado afectivo, al que denomina depresión esencial, o depresión sin sujeto. Marty y M'Uzan aluden a un pensamiento operatorio, descrito como un pensamiento consciente que: 1) no parece poseer un vínculo orgánico con una actividad fantasmática de cierto nivel; 2) duplica y ejemplifica la acción, ya sea la que precede o la que sigue, pero siempre en un campo temporal limitado. El otro está dotado de un sistema de pensamiento idéntico. La palabra es vivida como un medio para descargar tensiones, a través de un mecanismo de dislocamiento, en que el sujeto emplea el nombre de una

cosa para designar otra, sin que exista una actividad fantasmática subyacente, que las ligue analógicamente. Esta descripción coincide con la de otros autores, entre ellos Sifneos y Nemiah, con el concepto de alexitimia, con el que quieren significar una carencia de palabras para designar estados afectivos o una incapacidad para distinguir entre estos.

Maldavsky (1995f) cita a Freud (1940r) al dedicarse al abordaje de las patologías del desvalimiento, profundizando el estudio del criterio de la alteración interna como modo de procesamiento de la pulsión. En su teoría del trauma, uno de los modelos de los que habla Freud es que, en relación con una situación traumática, el yo puede vivenciar una estasis de necesidad, de autoconservación, que no consigue encontrar la satisfacción, implicando una estasis libidinal. Sus efectos se pueden presentar como una alteración de la pulsión del dormir, lo que conduce no a una reparación energética, sino a la inercia, a la entrega a una muerte sin conciencia y sin interlocución. Ocurre un proceso regresivo en la economía psíquica, al contrario de la otra meta buscada por la pulsión de dormir, que consiste en la hegemonía de nexos intercorporales elementales, en términos de intercambios químicos, del establecimiento de los ritmos circadianos, propiciando una recuperación energética satisfactoria.

La somnolencia excesiva sería, entonces, una expresión de esta tendencia regresiva, de una muerte psíquica, de un letargo duradero de cualificación y de conciencia. De acuerdo con Maldavsky (1995f), tales estados pueden acompañarse de crisis de insomnio, de momentos narcolépticos, de sonambulismo, como testimonios de un conflicto relacionado con el despertar de la conciencia y de la subjetividad.

Otra forma en que dice esto es considerando el doble valor del egoísmo (pulsión de autoconservación): como parte de eros, pero también de la pulsión de muerte, por un lado, como tentativa desintoxicante y, por otro, como tendencia a la abolición de las tensiones vitales.

En este sentido, se puede pensar que los impulsos sexuales deseosos de satisfacción, oriundos de las profundidades del ello y que se expresan en los sueños, ayudan, al lado de los estímulos externos, a mantener un tono de vigilancia y atención, por parte del preconscious, capaz de retirarlo del estado de total abandono para volver a la vida de vigilia.

El problema que se plantea es de qué manera estas manifestaciones pueden ser representadas de tal forma que se transformen en “observables”, pasibles de una investigación (Leite, 1989). O sea, cómo es que alteraciones somáticas, de origen muy profundo, pueden ser “leídas” por medio de instrumentos que las midan, comparen, cuantifiquen y califiquen.

Para esto, Maldavsky (1997i, 1998b, 1999, 2001) se aboca al estudio de los comienzos del desarrollo del psiquismo, teniendo como base el psicoanálisis. Se detiene en los primeros trabajos de Freud (1895), que no han sido explorados con profundidad por sus seguidores, y en los que toman importancia los factores energéticos representados por magnitudes endógenas tensionantes, generadas por fenómenos orgánicos, a las que no es posible escapar y que deben hallar expresión en el psiquismo. Surge el concepto de pulsión, como un concepto límite entre lo somático y lo psíquico, cuyo carácter específico es el de representar una exigencia de trabajo para la mente. Son pulsionales aquellos procesos somáticos que requieren para su resolución de un estímulo, una acción de descarga motora específica. El instinto constituye, por un lado, un conjunto de esquemas formales universales que ordena la especificidad de las vivencias individuales y, por otro lado, los contenidos que yacen en el núcleo de lo inconsciente. Es algo que está inscripto, grabado, incorporado en la materia viva como tal, es desencadenado por una situación específica e independiente de la experiencia previa. Como conjunto de esquemas funciona como matriz, como molde (Maldavsky, 1976) que será completado por el vivenciar de la historia infantil. Las fantasías primordiales (vida intrauterina, escena primaria, seducción, castración) son esquemas instintivos que reordenan formalmente la diversidad de las vivencias infantiles. La consideración del instinto como núcleo del inconsciente lo coloca como un conjunto de contenidos sobre los cuales recae la investidura pulsional proveniente de las fijaciones derivadas de la historia libidinal de cada sujeto. Por lo tanto, cada una de las escenas que constituyen las fantasías primordiales puede aparecer expresada en el lenguaje del erotismo oral, anal o fálico, según su predominancia.

Maldavsky (1997h) se interroga acerca de la constitución de las huellas mnémicas del universo simbólico. Estas derivan de las percepciones y, sin embargo, son la expresión de la vida pulsional. Cita a Freud (1950), que supuso que en las vivencias se articulan pulsión y percepciones, y que estas últimas se transforman en huellas mnémicas, como representantes de uno u otro de los términos en juego. Por lo tanto, las representaciones pasan a ser delegadas de la pulsión en lo anímico, constituyen su lenguaje. Uno de los rasgos centrales de la subjetividad reside en el vínculo singular que cada uno desarrolla con su vida pulsional, sobre todo con la sexualidad (en su sentido amplio). Como consecuencia, su forma de encarar el problema del lenguaje se orienta en esta misma dirección: de qué manera cualquier manifestación (verbal, gesticular, visual, olfatoria) testimonia una erogeneidad determinada, así como la posición singular derivada del nexo con ella. Se refiere en particular a la estructura diferencial del preconscious, entendido como una red de procesos expresivos enlazados entre sí según una lógica interna, de donde derivan clases de verbos, sustantivos, adjetivos, procesos retóricos, concepciones del tiempo y del espacio. El yo establece relaciones entre el impulso y el mundo simbólico, representacional. Este se va complejizando cuando instancias más refinadas de lógica emergen en el yo y reordenan una buena parte del material preexistente, pasando de las representaciones iniciales a las historias prototípicas.

Siguiendo un paradigma actual, tal concepción tal vez pueda ser vista como un corolario, en lo que dice respecto de la pulsión y su representatividad, con la adquisición de los procesos cognitivos de la epistemología genética de Piaget (García, 2000, págs. 48 y siguientes), cuyas tesis indican el constante intercambio entre el sujeto y el objeto de conocimiento, a partir de una base de maduración biológica gradual.

### **3. El Algoritmo David Liberman**

El método Algoritmo David Liberman (Maldavsky, 2004) intenta establecer, a partir de un marco referencial teórico psicoanalítico, un conjunto de categorías que permiten realizar un análisis de las manifestaciones del paciente en los niveles de las redes de palabras, las estructuras frase y los relatos, tendiente a la operacionalización de los impulsos libidinales en el terreno del discurso (Maldavsky, 2005), a través de la estructura del preconscious. Estas manifestaciones son representantes de la pulsión en lo anímico. Por medio de ellas se establecen las erogeneidades y defensas predominantes, que a su vez corresponden a las diferentes estructuras clínicas.

Este trabajo muestra los resultados de la aplicación del ADL en dos pacientes con somnolencia diurna, ilustrados con dos breves viñetas clínicas.

### **4. Ejemplos clínicos**

#### *4.1. Metodología*

Fueron realizadas dos entrevistas en portugués, una para cada paciente, de 45 minutos de duración, grabadas en audio, transcriptas y traducidas al español. Se aplicó a las mismas el Diccionario Computarizado (Maldavsky, 2002a) que analiza las redes de palabras del ADL.

Para el análisis del relato, las entrevistas fueron divididas en tres temas, comunes para los dos pacientes: somnolencia, trabajo y estudio de las relaciones familiares. En cada tema se observaron manifestaciones correspondientes a las erogeneidades consideradas por el ADL: intrasomática (LI) oral primaria (O1), oral secundaria (O2), anal primaria (A1), anal secundaria (A2), fállico uretral (FU) y fállico genital (FG). Cada erogeneidad, a su vez, presente escenas que caracterizan dos estados y tres transformaciones: estado inicial, despertar del deseo (escena de seducción), tentativa de consumir el deseo (escena primaria), consecuencias de la tentativa de consumir el deseo (escena de castración) y estado final.

Luego de la identificación de las escenas con esos contenidos en el relato, se tomaron fragmentos para ejemplificarlos (60 para un paciente y 61 para otro). En relación con ellos, se hizo un análisis interactivo de las palabras, a partir del resultado del Diccionario Computarizado y un análisis del relato, considerando los personajes, tipos de ideal, los espacios, los afectos, las defensas.

Los resultados fueron tabulados y se obtuvieron totales parciales y generales. En el presente trabajo serán expuestos solamente dos ejemplos de fragmentos y gráficos de los totales generales.

#### *4.2. La muestra*

La muestra consta de dos pacientes que llegaron a un laboratorio del sueño en Porto Alegre con quejas por somnolencia diurna. Fueron seleccionados porque no presentaban apnea obstructiva del sueño, uso de medicamentos que pudiesen inducir la somnolencia diurna, enfermedades físicas o mentales diagnosticadas por la Clasificación Internacional de Enfermedades.

#### *4.3. Caso 1: Julio*

##### *4.3.1. Datos sobre el paciente*

Julio es un médico de 28 años, casado, neumonólogo, que está haciendo su tesis de maestría y trabaja en el mismo hospital que su padre, que ejerce la misma especialidad.

Cuando se le pregunta acerca de su somnolencia, se detiene poco en ella, minimizando sus síntomas y comenzando a hablar acerca de problemas y enfermedades de familiares. Tiene una actitud de protección y aconsejar en relación con ellos, tratando de influir para que mejoren y progresen. Tiene un comportamiento amistoso pero competitivo en relación con el padre, con quien se identifica, al mismo tiempo que se considera mejor. Siempre fue estudioso, y prefería dedicarse a sus tareas en detrimento de la vida social, empeñándose en sus metas. Es esforzado, quiere progresar, le gustaría que “el día tuviese 24 horas”. Aunque siempre mantuvo este patrón, solo comenzó a presentar el síntoma de somnolencia luego del casamiento de la tesis de maestría.

##### *4.3.2. Ejemplo del análisis de uno de los fragmentos característicos de este paciente*

En este fragmento, número 47, referente al tema de las relaciones familiares, el paciente habla del problema de su hermano. Se considera un estado inicial referido a la libido anal secundaria, por su confianza en el conocimiento y en el orden para superar las dificultades.

47) Estado inicial -A2- relaciones familiares: yo creo lo siguiente: yo siempre buscaba, al principio de la, al principio, me dio una rabia, así, bien grande, ¿no?, pero después, empecé a ver el problema del punto de vista más, hasta médico, a pesar de que recién estaba entrando en la facultad de medicina, que familiar, entonces, bueno, ¿Qué puedo hacer para ayudarlo? Creo que la persona que más lo ayudó en la familia fui yo, porque, mi padre en una época negaba mucho eso ahí, negaba, aun siendo médico, por la formación que tiene, negaba, y mi madre, tenía las riendas, ¿no?, como se dice “sostenía las riendas”.

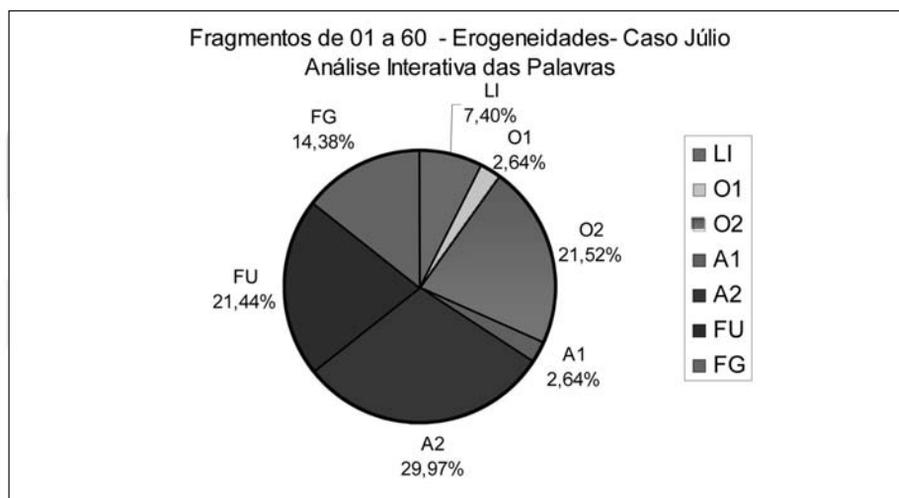
47	Número de opiniones	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	52	2	1	8	5	20	7	9
	Calibradas 76,52	3,16	2,82	22,56	7,50	20,00	10,85	9,63
	%	4,13	3,68	29,48	9,80	26,14	14,18	12,58

Análisis del fragmento 47: el sujeto es el propio paciente, el espacio es el familiar, el ideal es superar los afectos agresivos (A1) a través del conocimiento, ordenar y corregir lo que no estaba bien (la enfermedad del hermano, LI). Tiene como ayudante el conocimiento (entrada en la facultad de medicina). Esos elementos son característicos de A2. También se observa el aspecto competitivo con el padre (médico, pero que negaba el problema, a pesar de su formación), la sensación de supremacía sobre él, la madre y el hermano, indicativos de FU.

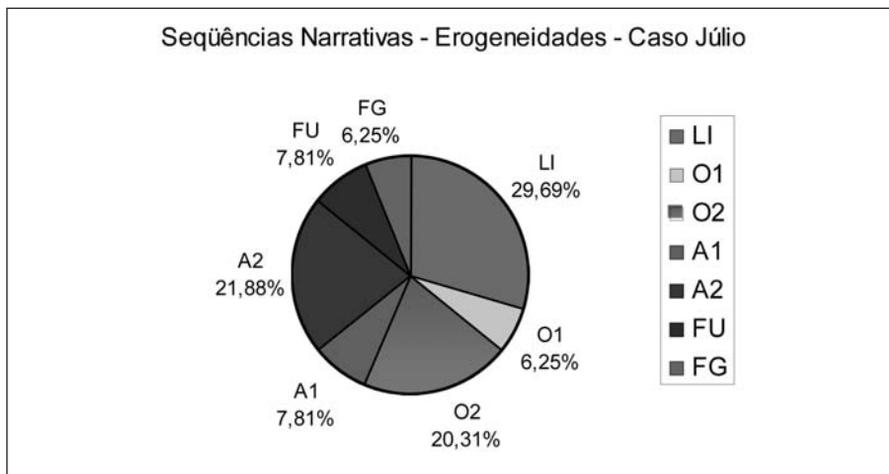
El análisis alternativo de las palabras muestra una distribución entre las diversas erogeneidades, predominando O2 y A2. Se puede pensar como defensa principal la represión funcional, siendo A2 lógicamente dominante, acompañada por una desmentida secundaria exitosa.

### 4.3.3. Resultados

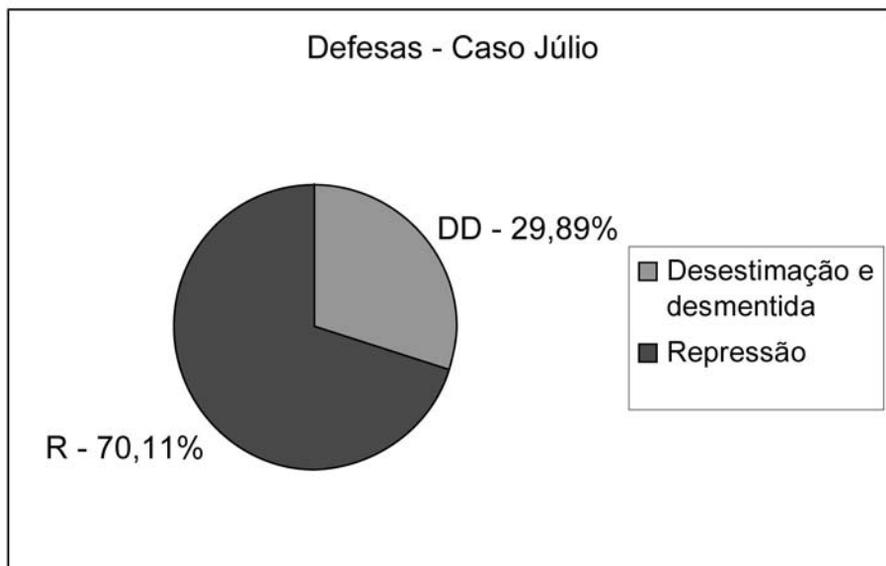
**Gráfico 1. Análisis interactivo de palabras. Total: Erogeniedades-Caso Julio**



**Gráfico 2. Secuencias narrativas. Total General: Erogeneidades-Caso Julio**



**Gráfico 3. Secuencias Narrativas. Total General: Defensas-Caso Julio**



#### 4.3.4. Análisis de los resultados

Considerando el tema de la somnolencia, la predominancia lógica de la erogeneidad intrasomática se manifiesta en la desconsideración de los límites del cuerpo, impulsada por el deseo ambicioso de superación (FU) y en el aspecto sobreadaptado del discurso, en el que los problemas son atribuidos a otros (hermano, padres). La defensa predominante es la desestimación del afecto no exitosa, cuando se refiere al período de manifestación del síntoma (que en verdad se extiende hasta el presente), seguida por la funcional, al ubicarse en una posición en que los otros son los que sufren los padecimientos.

En el tema del trabajo y estudio la preponderancia lógica se expresa en la libido anal secundaria, luego busca el orden y la excelencia en el desempeño para competir y superar a los rivales (FU). La defensa más presente es la represión patógena exitosa, seguida por la desmentida secundaria a la represión, luego sacrifica el deseo de dormir, de divertirse, de convivir, en busca de resultados, pero justificando y mostrándose satisfecho con lo que obtiene.

El tema de las relaciones familiares es en el que Julio más se extiende. En este están reunidos los aspectos competitivos (FU), principalmente en relación con el padre, los de preocupación con el desempeño (A2), de la esposa, de los hermanos, de la cuñada, los de cuidar de todos ellos (O2). Para el paciente, la competencia en términos profesionales (FU) está vinculada con lo familiar (O2), ya como orientación “médica” y crítica “racional” (A2). Con eso, se coloca en una posición de preocupación por los familiares, lo que puede ser traducido como sobreadaptación (LI). Como defensa principal, se manifiesta la represión funcional, seguida de una desmentida secundaria exitosa, luego el paciente mantiene la ilusión de omnipotencia.

En los gráficos expuestos anteriormente, relativos a los totales de la entrevista, se observa una discrepancia entre los niveles del relato y de las palabras con respecto a la libido intrasomática. Esto se explica por el aspecto sobreadaptado del discurso, puesto que el tema de la somnolencia está empujado por las formas defensivas del esfuerzo, estudio y los cuidados hacia los otros. De la misma forma, la discrepancia entre los valores de la libido fálico-uretral en los dos niveles indica que los aspectos competitivos no aparecen claramente en el nivel de las palabras.

De la misma forma, en relación con las defensas, en el aspecto cuantitativo aparece un predominio de la represión, mientras que el retorno de lo desestimado se manifiesta en el síntoma, resaltando la importancia de examinar todo el contexto desde la perspectiva lógica, además de la cuantitativa.

Considerando el total de la entrevista, teniendo en cuenta el costo que exige el mantener todas estas exigencias del yo, características del aspecto sobreadaptado, y desembocando en el síntoma (aunque minimizado por Julio), se puede pensar que hay un

predominio lógico de libido intrasomática y de la desestimación del afecto como defensa.

#### 4.4. Caso 2: Carlos

##### 4.4.1. Datos sobre el paciente

Carlos tiene 48 años, es biólogo, casado, tiene una hija adolescente y trabaja en un organismo público de control de calidad del agua. Está próximo a jubilarse e inició un laboratorio propio de análisis de agua para empresas. Carlos tuvo dificultades con el sueño desde niño, hecho que le dificultaba el aprendizaje en la escuela. Presenta una fuerte tendencia a entregarse a estados de sueño, en los cuales goza de intenso placer. Su lucha contra el síntoma es constante, utilizando la ingestión de sustancias para mantenerse despierto. En la infancia también presentó espasmo de sollozo. Sus actividades de trabajo, estudio, ocio, convivencia, están regidas por los horarios del dormir. Tiende a una actitud pasiva frente a la vida.

##### 4.4.2. Ejemplo de uno de los fragmentos característicos de este paciente

Este ejemplo, el fragmento número 5, se refiere al tema de la somnolencia, mostrando las tentativas de consumir el deseo de liberarse de ella, en una secuencia narrativa con muchas manifestaciones de libido intrasomática.

5. Tentativas de consumir el deseo -LI- somnolencia: yo soy un fumador, no soy un fumador, eh, obsesivo, un fumador de 10 cigarrillos por día, pero creo que está medio relacionado porque, es el tipo de cosa que ayuda en esos momentos, es la nicotina, ¿no?, ella te da un, ella despierta un poco... el mate también es bien estimulante, a eso de las 10, bué, pasaba todo, no tenía más problemas, pero si no hay estímulo, existe somnolencia, sí para con esos remedios, el primer, el segundo día me siento súper bien, mucho más vivo que con el remedio, porque el remedio, él, él medio que, el efecto de él, yo no sé si es la dosis que estoy usando es chica, él es, el sigue... tomo mate, la coca cola, fumo un cigarrillo... ahí conseguí controlar porque después del café, después de las 2 de la tarde pasa todo, ¿no?... lo que no dejé de venir a buscar una droga, a pesar que ¿no?... la droga en doble sentido.

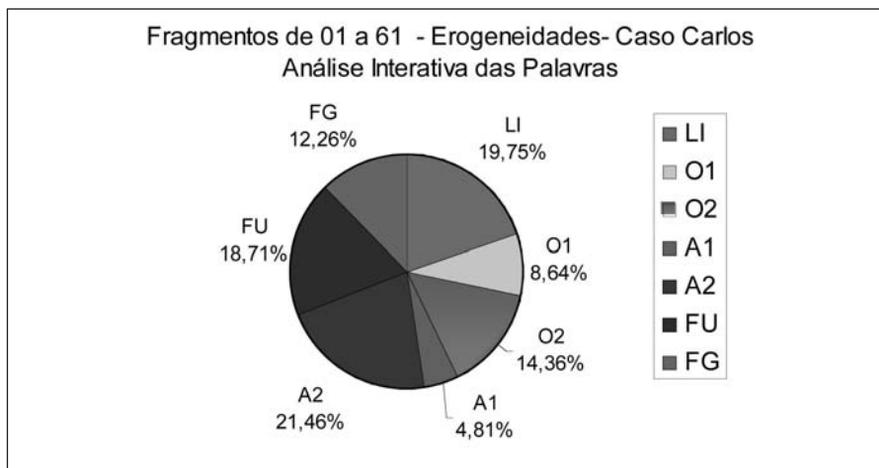
5	Número de opiniones	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	82	23	1	9		28	10	11
	Calibradas 113,33	36,34	2,82	18,9		28	15,5	11,77
	%	32,07	2,49	16,68		24,71	13,68	10,39

Análisis del fragmento 5: el sujeto es el paciente, que tiene como ayudantes las drogas que lo ayudan a combatir el sueño, la tendencia al aislamiento y la inercia a través de la ingesta y de la manipulación de las dosis. El espacio es el intracorporal.

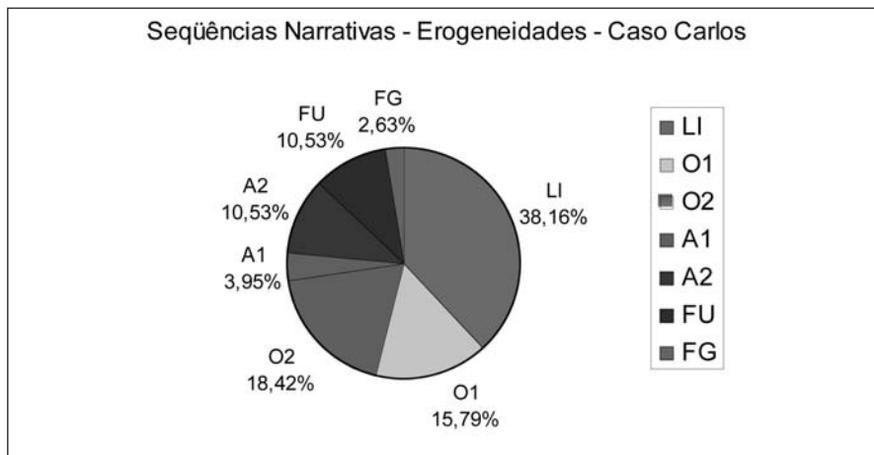
El análisis interactivo de las palabras muestra una predominancia de LI, seguida de A2, estando esta última erogeneidad sometida estadística y lógicamente a la primera, lo que lleva a pensar como defensa principal la desestimación del afecto (dosis y números para el control de los estados internos), patógena y exitosa, puesto que el paciente mantiene la ilusión de omnipotencia.

#### 4.4.3. Resultados

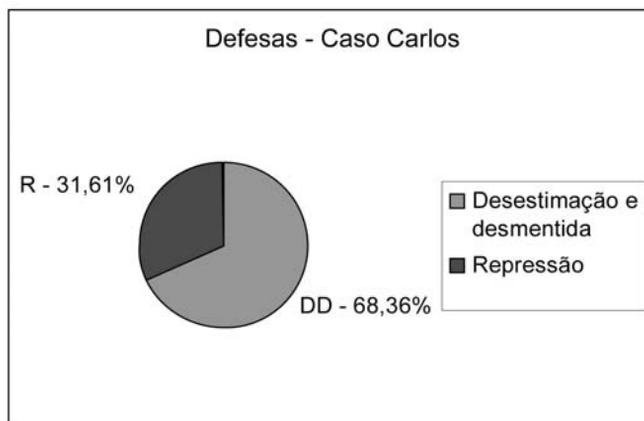
**Gráfico 4. Análisis interactivo de palabras. Total: Erogenidades-Caso Carlos**



**Gráfico 5. Secuencias narrativas. Total General: Erogenidades-Caso Carlos**



**Gráfico 6. Secuencias narrativas. Total General: Defensas-Caso Carlos**



#### 4.4.4. Análisis de los resultados

Aun teniendo en cuenta que el propósito de la entrevista estaba relacionado con el síntoma de la somnolencia, Carlos demostró en su relato en qué medida está impregnaba su vida, sus deseos, sus tareas diarias.

Se verifica que en el tema relacionado con la somnolencia la erogeneidad intrasomática tiene predominancia lógica sobre las otras manifestaciones, lo que está caracterizado en el análisis detallado de los fragmentos: la búsqueda de comprensión (O1), el bienestar físico (O2), el trabajo y el estudio (A2), el deseo ambicioso y la competencia (FU) están supeditados a la premisa de la satisfacción o superación de la somnolencia (LI). La erogeneidad intrasomática se presenta a través del placer o de la lucha vinculados con el sueño, al espacio intracorporal, a la manipulación de números y cantidades, a la intrusión orgánica, ya sea mecánica, ya sea por la ingesta de sustancias, en la utilización de ayudantes correspondientes a estos estados. La desestimación del sentir es la defensa patógena más utilizada, siendo a veces exitosa, sobre todo cuando se refiere al presente, otras veces fracasada, en general relacionada con el pasado.

En cuanto al tema del trabajo y estudio, Carlos evidenció poseer intereses y capacidades que le permitieron lograr una posición exitosa en su campo, tanto como funcionario público o profesor universitario (A2), o como investigador (O1) y en el trato con colegas (FU). En el análisis de los fragmentos se evidencian estos aspectos. Mientras tanto, todas las actividades se subordinan a las condiciones que le permiten su somnolencia. La manipulación de horarios y la

ingesta de sustancias que posibiliten ejercer sus actividades habituales, muestran el predominio lógico de la erogeneidad intrasomática, acompañada de la desestimación del sentir y la desmentida secundaria a la represión como defensas preponderantes. También aquí las referencias al pasado presentan un contenido más fuertemente disfórico, apuntando hacia la cronicidad del síntoma.

Con respecto al tema de las relaciones familiares, el paciente demostró que sus vínculos amorosos (O2) parecen llevarlo a situaciones regresivas en las que predomina lógicamente la erogeneidad intrasomática y la desestimación del afecto como defensa, ya sea en la búsqueda del placer intracorporal, ya sea en el control de los desbordes emocionales: la invitación y el placer por dormir al lado del abuelo, el espasmo de sollozo como forma de controlar a los familiares y de mantener a los padres consigo, los estados de aislamiento, mezclado en el sueño, y la ingesta para huir de los excesos o para aproximarse a parientes y amigos.

Con respecto al relato, se observa un acentuado predominio de LI, seguido, con un valor muy menor, de O2 y O1, en la medida en que en el análisis de las palabras los valores de LI, FU y A2 están más próximos. Tal discrepancia puede ser explicada por la sumisión de A2 y FU a LI, pues el paciente refiere que tanto en el pasado como en el presente, el trabajo, el estudio, las relaciones familiares, todas sus elecciones dependen del manejo que hace de sus estados de somnolencia, ya sea entregándose a ella con placer, ya sea buscando huir de ella para desempeñar sus actividades.

Considerando el resultado general, se puede pensar que la imbricación de LI y O2 es la que predomina lógicamente. El núcleo regresivo precoz, en el que el deseo de ser amado y el control de los estados afectivos propios y ajenos refuerzan la satisfacción en la libido intrasomática, frenó su desarrollo, manteniendo su actuar en el presente, y generó una situación en que las adquisiciones posteriores, aunque ocurrieron, llevaron la marca de estados de desvalimiento, manifestados por la somnolencia.

#### *4.5. Comparación entre los dos casos*

Los resultados son compatibles con la historia narrada de cada uno. Aunque los dos presentan el mismo síntoma de somnolencia, las quejas de Carlos vienen desde la infancia, con la existencia de otros disturbios, como el espasmo de sollozo y las dificultades escolares, así como una constante lucha contra el síntoma, en función de los cuales organizó su existencia. Toda su actitud frente a la vida tiene una característica de pasividad, tanto en el trabajo como en el ocio, en las relaciones sociales y familiares.

Dice que solo desde hace cuatro años tuvo un incremento en sus logros. Las manifestaciones más primitivas en el discurso corresponden a esto, especialmente en lo que se refiere a la libido intrasomática, tanto en el ámbito de las palabras, del relato y de las defensas correspondientes.

Para Julio, el síntoma se estableció más tardíamente. El ocio y las actividades sociales dejan la marca de una carrera contra el tiempo, buscando un aprovechamiento máximo. Utiliza defensas más evolucionadas, aunque el aspecto sobreadaptado del discurso y de su modo de vida revele las fallas en las defensas, que no siempre pueden dar cuenta de su tarea, surgiendo la preponderancia de la desestimación del afecto y teniendo como resultado la somnolencia. También debe ser tenida en cuenta la diferencia de edad de los pacientes. El mantenimiento del alto nivel de desempeño indica una tendencia al agravamiento del síntoma o la posibilidad del surgimiento de otras manifestaciones psicósomáticas en el futuro.

## **5. Conclusiones**

A partir del marco teórico y del método utilizado, el estudio del lenguaje de los dos pacientes con quejas de somnolencia diurna permitió verificar una estructura de funcionamiento que apunta hacia los mecanismos en juego en la formación del síntoma.

Se podría argumentar que el análisis, basado en apenas dos entrevistas, muestra un corte transversal momentáneo y restringido en sus elementos. Ciertamente, la idea es que esta investigación sea un paso inicial en la búsqueda de una comprensión de esta perturbación y de cómo se manifiesta en el lenguaje. Una tesis de doctorado está en proceso de elaboración, con el estudio de otros pacientes, con el proyecto de convertirse en una línea de investigación más amplia.

La búsqueda de una mayor objetividad en la interpretación y evaluación de los pacientes, por medio de la utilización del método ADL, ya en este primer abordaje, permitió verificar una coincidencia entre los datos obtenidos, las manifestaciones y la historia de vida en los dos casos estudiados.

Aun tomando en cuenta que las entrevistas realizadas registran una imagen momentánea de estos pacientes, el análisis -a partir de las manifestaciones de las erogeneidades y defensas en el discurso- hace emerger una estructura que, confrontada con la historia de vida, indica formas de procesar las pulsiones que vienen de largo tiempo, y la utilización privilegiada de determinadas defensas, siendo que ambos elementos caracterizan la personalidad de cada uno.

La profundización de este tipo de estudio puede dar una mayor comprensión a los factores considerados extrínsecos al surgimiento de la somnolencia, como la privación de horas de sueño (Danda, 2005; Pedroso, 1996), u otros elementos que forman parte de la higiene del sueño, y que se refieren a malos hábitos o a circunstancias del medio ambiente. En los dos casos estudiados (así como en muchas otras patologías, tales como las adicciones), queda claro que la adquisición de costumbres posee fuertes motivaciones internas: en uno, una fuerte tendencia desde la infancia, a entregarse a estados regresivos de goce intracorporal, en el otro, un fuerte deseo ambicioso de superación como manera de huir de estados de dolor hallados en su medio familiar.

La crítica a los diferentes métodos de evaluación en psiquiatría, psicoterapia y psicoanálisis se refiere a las dificultades en objetivar los resultados sin interferir en el proceso, puesto que la utilización de cuestionarios, entrevistas con otra persona, etc. es ajena a la sistemática del tratamiento, que en general se basa en la relación bipersonal entre terapeuta y paciente.

El método ADL privilegia los componentes de las pulsiones que son filtrados a través del lenguaje en una trama compleja, lo que permite una mayor aproximación en los resultados. El estudio y el uso sistemático de este instrumento también brindan al terapeuta un esquema de categorías que le permite entender e interactuar con el paciente de manera profunda, percibiendo la estructura de las defensas predominantes, generadoras de perturbaciones, no solo por medio de descripciones fenomenológicas de síntomas.

Un aspecto que se debe resaltar en cuanto a la metodología del ADL se refiere a un factor todavía subjetivo en la elección de los fragmentos a ser analizados. En el presente trabajo, coincidieron con la visión dada por la historia y por la sintomatología que presentaban. Estudios futuros podrían confirmar el grado de importancia de esta interferencia externa al paciente o, si independientemente de la elección, las manifestaciones son tan características que siempre se revelará la estructura.

### **Bibliografía**

- Benbadis, S.R. (1998), "Daytime sleepiness: when is it normal? When to refer?", *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, vol. 65, N° 10, nov./dec. 1998.
- Billiard, M. et al. (1998a), "Idiopathic hypersomnia", *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 1998, N° 52, pág. 125-9.

Billiard, M. y Carlander, B. (1998b), “Wake disorders. I. Primary wake disorders”, *Neurologie*, París, feb. 1998, N° 154:2, N° 111-29.

Braunschweig, D. y Fain, M. (1975), *La noche, el día*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1975.

Braz, S. et al. (1987), “Avaliação dos distúrbios do sono: elaboração e validação de um questionário”, *Associação Brasileira de Psiquiatria-Associação Psiquiátrica da América Latina*, vol. 9, N° 1, 1987, pág. 9-14.

Danda, G.J.N. et al. (2005), “Padrão do ciclo sono-vigília e sonolência excessiva diurna em estudantes de medicina”, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 54, N° 2, 2005, pág. 102-106.

Ferrer, M. et al. (1999), “Measurement of the perceived impact of sleep”. *Medicina Clinica*, sep. 11, 1999, N° 113(7), pág. 250-5.

Freud, S. (1950[1895]), *Projeto para uma psicologia científica*, em Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (OC), Ríó de Janeiro, Imago Editora Ltda., vol. I.

Freud, S. (1900a), *A Interpretação dos sonhos*, em OC, Ríó de Janeiro, Imago Editora Ltda., vols. IV, V.

Freud, S. (1914c), *Sobre o narcisismo: uma introdução*, em OC, Imago Editora Ltda., Ríó de Janeiro, vol. XIV.

Freud, S. (1917h), *Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos*, em OC, Imago Editora Ltda., Ríó de Janeiro, vol. XIV.

Freud, S. (1940r), *Esboço de psicanálise*, em OC, Ríó de Janeiro, Imago Editora Ltda., vol XXIII.

Garcia, R. (2002) *O conhecimento em construção*, Porto Alegre, Artmed, 2002.

Kaplan, H. y Sadock, B., (1990), *International Classification of Sleep Disorders*. En: *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI*, capítulo 23, vol. 2, 6ª edición, 1995.

Johnson, E.O. et al. (1999), “Psychometric evaluation of daytime sleepiness and nocturnal sleep onset scales in a representative community sample”, *Biological Psychiatry*, vol. 45, N° 6, 15 de marzo, 1999, pág. 764-770.

Kreisler, L., Fain, M. y Soulé, M. (1990), *El niño y su cuerpo*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1990.

Leite, T. M. (1989), “Questões metodológicas na análise de processos oníricos: análise de verbalizações obtidas em sessões de indução de Imagens Hipnagógicas”, *Anais Associação. Nacional. Pesquisas. Pós-Graduação. Psicologia. 2 o Simpósio. Brasileiro. Pesquisa. Intercâmbio Científico*, Gramado, pág. 319-325.

Maldavsky, D. (1976b), *Teoría de las representaciones*, Buenos Aires, Paidós, 1974.

Maldavsky, D. (1986c), *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1988.

Maldavsky, D. (1990d), *Procesos y estructuras vinculares*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1991.

Maldavsky, D. (1992e), *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.

Maldavsky, D. (1995f), *Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1996.

Maldavsky, D. (1995g), *Linajes abúlicos*, Buenos Aires, Paidós, 1996.

Maldavsky, D. (1997h), Problemas y patologías del desvalimiento, Número inaugural, Abril 1997, Año I, N° 1, Buenos Aires, Universidad Hebrea Argentina Bar-Ilán, 1997.

Maldavsky, D. (1997i), *Sobre las ciencias de la subjetividad*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1997.

Maldavsky, D. (1998a), *Casos atípicos. Cuerpos marcados por delirios y números*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1999.

Maldavsky, D. (1998b), *Lenguajes del erotismo. Investigaciones teórico-clínicas en neurosis y psicosis*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1999.

Maldavsky, D. (1999), *Lenguaje, pulsiones, defensas*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2000.

Maldavsky, D. (2001), *Investigaciones en procesos psicoanalíticos*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2001.

- Maldavsky, D. (2002a), *Análisis computacional del lenguaje desde la perspectiva psicoanalítica*, editado en CD-Rom.
- Maldavsky, D. (2004), *La investigación psicoanalítica del lenguaje*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004.
- Maldavsky, D. (2005), *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman Algorithm (DLA)*, Buenos Aires, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, 2005.
- Marty, P. (1995), *El orden psicossomático*, Valencia, Promolibro, 1995.
- Masson, C. (1998), “Les Hypersomnies”, *La Presse Médicale*, Tomo 27, N° 34, 7 de noviembre de 1998, pág. 1745-1746.
- Moldofsky, H. (1992), “Evaluation of Daytime Sleepiness”, *Clinics in Chest Medicine*, vol. 13, N° 3, Sept. 1992, pág. 417-425.
- Pedroso, A. (1996), “Resultados da Escala de Sonolência Epworth em 480 alunos de graduação de Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo”, *Revista de Medicina*, São Paulo, vol. 75, N° 2, abr./jun., 1996.
- Petiau, C. et al. (1998) “Stratégie des investigations pour l’exploration d’une hypersomnie”, *La Presse Médicale*, Tomo 27, N° 34, 7 de noviembre de 1998, pág. 1758-1762.
- Reimão, R. (1989), “Como diagnosticar e tratar distúrbios do sono”, *Revista Brasileira de Medicina*, vol. 46, N° 11, pág. 535-543.
- Sasaki, T. (1998), “Familial transmission of seasonal changes in sleep and eating function in the general population”, vol. 81, N° 2, 16 de noviembre, 1998, *Psychiatry Research*, pág. 211-216.
- Smadja, C.J. (1993), “A propos des procédés autocalmants du moi”, *Revue Française de Psychosomatique*, N° 4, París, PUF.
- Spitz, R.A. (1996) *O primeiro ano de vida*, San Pablo, Martins Fontes, 1996.
- Szwec, G. (1993) “Les procédés autocalmants par la recherche répétitive de l’excitation. Les galeriens volontaires”, *Revue Française de Psychosomatique*, N° 4, París, PUF.

Westbrook, P.R. (1999), “Clinical and laboratory evaluations of excessive daytime sleepiness”, *Respiratory Care Clinics of North America*, N° 5 (3), 1999, pág. 349-361.

Williams, R.L. et al. (1995), “Chapter 23. Sleep disorders”. En: Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1995), *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI*, vol. 2, 6ª edición.

Withers, B.G. et al. (1999), “Idiopathic hypersomnia in an aircrew member”, *Aviation Space Environmental Medicine*, agosto 1999, N° 70:8, pág. 797-801.

*Fecha de recepción: 03/07/07*

*Fecha de aceptación: 19/09/07*