



Subjetividad y Procesos Cognitivos
ISSN: 1666-244X
ISSN: 1852-7310
dmaldavsky@gmail.com
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales
Argentina

Descripción de un instrumento para el análisis del estado de la defensa en la altura tonal de la voz

Rembado, José María

Descripción de un instrumento para el análisis del estado de la defensa en la altura tonal de la voz

Subjetividad y Procesos Cognitivos, vol. 21, núm. 1, 2017

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339652446008>

Descripción de un instrumento para el análisis del estado de la defensa en la altura tonal de la voz

Description of an instrument for the analysis of the state of the defense in the voice intonation

José María Rembado 1
UCES, Argentina

Resumen: Siendo el tono de voz pasible tanto de expresar afectos como en ser medible pensamos que una vez identificada la frecuencia cero del paciente y, complementada esta con una escala tonal de graves y agudos, la misma nos permitiría dirimir si un afecto es o no es procesable por el yo. Aplicamos: a) el ADL para categorizar los actos de habla del paciente; b) el analizador acústico Praat para medir el tono de voz de los actos de habla del paciente; c) y un índice de ponderación tonal con marcadores (agudos y graves) para dirimir si un afecto (angustia o dolor) es o no es procesable por el yo. La defensa es exitosa cuando mantiene el sentimiento de sí conservando lo conflictivo fuera del yo. Es fracasada cuando no lo logra. Y es mixta cuando lo conflictivo no retorna y el yo mantiene una condición neutra.

Palabras clave: Componente tonal, Estado de la defensa, Instrumentos.

Abstract: Since the voice tone can both express affection and be measured we believe that once the patient's zero frequency has been identified, and complemented with a bass and treble tonal scale, we would be able to identify if affection is or is not processable by the ego. We apply: a) the DLA to categorize speech acts of the patient; (b) the Praat Acoustic Analyzer to measure the tone of voice of the patient's speech acts; c) and a tonal weighting index with markers (treble and bass) to infer if an affection (anguish or pain) is or is not processable by the ego. The defence succeeds when the ego can sustain itself, keeping the conflict outside the ego. It fails when it does not achieve the aforementioned. And it is mixed when the conflict doesn't return and the ego maintains a neutral condition.

Keywords: Intonation, State of the defence, Instruments.

1. Introducción

El trabajo forma parte de una tesis doctoral en curso (UCES). La investigación es abordada desde un marco teórico psicoanalítico freudiano. La misma focaliza en la relación de la altura tonal de la voz como expresión de afectos y como soporte del nivel verbal. Estudiamos dos tipos de afectos (angustia y dolor) expresados en el tono de voz y las verbalizaciones de una paciente en su intercambio con el analista (incluyendo sus intervenciones). Del nivel verbal nos interesa estudiar los deseos y defensas y sus respectivos estados de los actos de habla. Y del nivel tonal nos interesa estudiar el tipo de afecto y el estado de la defensa.

Debido a la importancia de la motricidad laríngea en la producción del tono de voz elaboramos nuestros interrogantes en un marco conceptual

Subjetividad y Procesos Cognitivos, vol. 21, núm. 1, 2017

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina

Recepción: 14 Abril 2017
Aprobación: 30 Mayo 2017

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339652446008>

psicoanalítico y buscamos las respuestas en la fonoaudiología para el diseño del instrumento de ponderación tonal.

En la parte procedimental aplicamos: a) el algoritmo David Liberman (Maldavsky) para analizar los deseos y defensas y sus estados de los actos de habla. b) El analizador acústico Praat (Boersma; Weenink) para medir el tono de voz (o frecuencia cero) de los actos de habla. c) Un índice tonal diseñado con el objeto de ponderar tanto el tipo de afecto (angustia o dolor) desprendido en la verbalización como el estado de la defensa en dicho nivel de análisis. d) Teniendo presente la influencia de las intervenciones del terapeuta tanto en los actos de habla como en el componente tonal del paciente describimos –en la parte procedimental– un instrumento con el cual categorizar las intervenciones del terapeuta (Maldavsky, 2013a).

Para ejemplificar la aplicación del índice tonal, utilizamos la sesión de una joven de 19 años con trastornos en la alimentación. El material del caso fue cedido por un colega hace veinticinco años atrás. En relación con el audio de la sesión, fue procesado por un especialista.

2. Problema

Liberman consideraba la relación entre lo no verbal y lo verbal en la línea del proceso de simbolización. Desde esta perspectiva, consideraba el inicio de un proceso psíquico en lo no verbal antes de manifestarse en lo verbal, pudiendo este proceso manifestarse luego en lo verbal a condición de un enriquecimiento de los recursos simbólicos y de un refinamiento de las lógicas que den una forma de expresión a lo inicialmente inexpresable. El autor en su libro: *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico* (2009) [1970] señala que en la masa fónica se encuentran un conjunto de señales que pueden ser estructuradas cual un significante y, de esta forma, captar el mensaje que inadvertidamente transmite el paciente en transferencia. El autor consideraba que el conjunto de señales inserto en la masa fónica es un producto de la mímica verbal. Y que la misma –observa el autor– al responder a un código analógico es simultánea y, por tal motivo, se adelanta al discurso verbal. Respondiendo, este último, a un código dígito-verbal siendo, por tal motivo, secuencial al momento de organizar las representaciones de palabras en frases sujetas a reglas sintácticas como condición necesaria de decibilidad. Desde esta perspectiva el autor entiende que la mímica verbal puede ser considerada como un indicio del inconsciente, es decir, “... de la introducción del proceso primario dentro del lenguaje verbal” (ob. cit., p. 323). El contenido verbal y la masa fónica son dos niveles de comunicación que si bien son autónomos pueden llegar a armonizar. El primero (dígito-verbal) tiene establecido sus significantes. En cambio el segundo, analógico, requiere del diseño de un conjunto de criterios con los cuales abordar el fenómeno y darle un significado.

Dentro de la masa fónica se encuentran las cualidades vocálicas de la voz que soportan las estructuras sintácticas habladas. En esta se destacan

cuatro parámetros: la intensidad o volumen, el tono o altura, la duración y el timbre de voz.

Por su parte, Maldavsky (2003a) plantea un triple valor de los componentes tonales y los aspectos paraverbales: sintáctico, semántico y pragmático. El nivel sintáctico (signos de puntuación) organiza no solo la extensión de la frase sino la organización de sus fragmentos internos. El nivel semántico connota el significado erógeno de una frase, tal el caso si el tono afectivo de la misma indica encono o depresión. A su vez, la línea melódica de una frase presenta un valor pragmático, lo cual advertimos cuando la línea melódica está inconclusa, siendo esto una señal para el receptor del mensaje de esperar, sin interrumpir, la finalización del mismo. El autor señala que de los tres niveles el que se destaca es el semántico al expresar la erogeneidad específica del componente verbal.

Siguiendo a los autores mencionados consideramos que el tono de voz, derivado de la motricidad laríngea, expresa un aspecto de la afectividad del hablante. Nos interesa explorar qué tipo de asociación se desarrolla entre el tono y la palabra durante una relación transferencial. En este marco aplicamos un analizador acústico al discurso de una joven durante una sesión psicoterapéutica y proponemos una escala tonal con la cual interpretar, luego de ponderar, las mediciones del tono de voz de sus verbalizaciones con el objeto de evaluar el estado de la defensa en dicho nivel de análisis.

3. Justificación

La decisión de implementar un software para medir el tono de voz de un audio se debe a las limitaciones de la audición humana. Según Gurlekian; Univaso; Evin (2009) esta función solo capta un pequeño porcentaje del rango de la frecuencia de sonido de la señal acústica y, a su vez, no puede procesar toda la información acústica en forma simultánea, solo puede seleccionar una parte del total. Por ejemplo, de una información de 5000 bits por segundo alcanza a seleccionar de la señal acústica aproximadamente 50 bits por segundo. Dicha limitación auditiva requiere de una complementación con sistemas electrónicos de análisis acústicos, que permitan no solo ampliar el rango de detección de la información sino también contar con un criterio objetivo en el procesamiento de los datos.

4. Marco teórico substantivo

4.1. Introducción

Como ya mencionamos al explorar el desprendimiento de dos tipos de afecto (angustia, dolor, y los matices de ambos) en el componente tonal a partir de los actos de habla del paciente, formulamos nuestros interrogantes en el psicoanálisis y buscamos respuestas en la fonoaudiología para el diseño del instrumento de ponderación. A su vez,

destacamos que nuestro estudio al tomar solo la altura tonal de la voz deja por fuera a los restantes parámetros acústicos vocales, siendo esta una limitación de nuestra investigación.

4.2. El diálogo analítico en la relación transferencial

Lieberman en su libro *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico* (2009) [1970] piensa al psicoanálisis como una ciencia empírica. El autor sostiene que para pasar de los enunciados descriptivos de un caso clínico a formulaciones de mayor rigor de abstracción se requiere la construcción de un nivel intermedio de hipótesis entre ambos. Destacó que las hipótesis intermedias debían ser tomadas del proceso analítico, entendiendo a este como un proceso inclusivo de tres espacios: a) la situación analítica; b) el encuadre analítico y c) los elementos lingüísticos y todo lo que acompañe al habla. Cito al autor: “Llegué a la conclusión de que era en este último contexto, el más restringido, donde podíamos encontrar los *indicios de los cambios transferenciales en el proceso analítico*. Tales indicios tienen un valor pronóstico en la terapéutica psicoanalítica, a la vez que modifican los clásicos postulados metapsicológicos... necesitamos pasar de los enunciados casuísticos a generalizaciones empíricas, las que consisten en hipótesis inferidas por deducción que tienen tanto más valor cuanto más preciso y restringido es el universo de los elementos que connota, pero al mismo tiempo con un amplio espectro de pacientes incluidos en dichas generalizaciones, las cuales serán consideradas válidas hasta tanto no se refute dicha validez” (ob. cit., p. 89).

Desde esta perspectiva el campo comunicacional incluye lo verbal y no verbal (motricidades: corporal, gestual y laríngea). El autor destaca la opinión de Clifford Scott, quien clasifica a la comunicación como lingüística y quinésica. Cito: “La lingüística corresponde al lenguaje propiamente dicho (las palabras de los diccionarios) y a las modificaciones vocales... La comunicación quinésica corresponde a los movimientos corporales y las expresiones faciales que acompañan al lenguaje verbal... Diversos autores (Alvarez de Toledo; Gotschalk) se han ocupado de relacionar la manera de hablar de los pacientes con el estado emocional en que se hallan” (ob. cit., p. 326). Dentro del grupo de autores –el autor– jerarquiza los aportes de Dumas. Cito: “... ordinariamente se da el nombre de mímica al arte de imitar o de pintar mediante la expresión del rostro y a través del gesto, ya sea que este arte secunde al discurso o se independice de él. Pero se olvida que hay también una mímica vocal, infinitamente más sabia y más matizada que la mímica motora (gestual), y mucho más valiosa para la comprensión del lenguaje hablado. Esta mímica indica voluntariamente, en una forma ostentosa o discreta, la alegría, el deseo, el asombro, el temor, es decir, sentimientos; o bien, interrogaciones, afirmaciones, exclamaciones; es decir, actitudes mentales, en las que siempre entra una parte de la afectividad” (ob. cit., pp. 326, 327).

4.3. Propiedades físicas del sonido

El sonido es la percepción de un estímulo por nuestro sistema auditivo. Se origina en una vibración mecánica de un objeto que genera una cantidad de presión sobre un nivel de presión ya existente en el aire (medio flexible). Esta alteración en la presión del aire se traslada en una onda acústica conformada por un conjunto de frecuencias que cobran notoriedad a la percepción del oído humano

4.4. Propiedades de la voz

La voz es un producto del aparato fonador. El mismo está compuesto por tres cavidades y sus respectivos productos: la actividad pulmonar y la corriente de aire espirado; la motricidad laríngea y la frecuencia cero; y el tracto vocal y los resonadores.

La corriente de aire espirado se acumula por debajo de las cuerdas vocales hasta vencerlas produciendo, al pasar, una alternancia de aperturas y cierres de las mismas. La alternancia produce un ciclo vibratorio de las cuerdas vocales del cual se desprende un primer conjunto de frecuencias denominada: frecuencia cero (de aquí en adelante F0). La F0 es la que determina la altura tonal de la voz y es la frecuencia más cómoda y usada del hablante. Cuando el número de frecuencias aumenta el tono se agudiza; y cuando el número de frecuencias se reduce el tono se agrava. La frecuencia cero se amplifica al asociarse con frecuencias afines (armónicos) durante su trayecto por el tracto bucal conformando la cualidad tímbrica de la voz.

La extensión tonal corresponde a una superficie que se mide a partir del tono más grave que se pueda fonar al más agudo, sin tomar en cuenta la comodidad al hablar. El rango de frecuencias de fonación fisiológico para hombres y mujeres es de aproximadamente 36 semitonos (Farías, 2007).

Dentro del amplio rango de frecuencias de la extensión tonal hay un conjunto de frecuencias (4 o 5 semitonos) en las que el sujeto habla naturalmente, con comodidad. Ese rango de frecuencias sucesivas y contiguas se denomina tesitura tonal (la cual incluye a F0). Las frecuencias de la tesitura tonal no suelen ubicarse por debajo de F0 en un contexto conversacional. Es decir, en dicho contexto no suele utilizarse frecuencias graves (por debajo de F0), salvo a primera hora del día (luego de despertarnos por falta de uso de las cuerdas vocales), o, al referirnos a un tema triste (tema que retomamos en la parte procedimental).

4.5. Variaciones en la entonación

La variación en la entonación puede estar determinada por una razón natural o patológica. En el primer caso, la variación tonal corresponde tanto a un registro o patrón mecánico condicionado por la edad y el género, como a la expresión de una emoción. Mientras que en el segundo caso refiere a patologías en las cuerdas vocales, como la disfonía. Según

la fonoaudióloga Patricia Farías (comunicación personal), el tono de una patología cordal se diferencia del tono de una emoción al observar si la medición tonal se repite en su valor o varía. Si repite el valor estamos en presencia de una patología cordal y si el valor fluctúa estamos en presencia de una emoción. Estos últimos presentan diversos valores tonales pudiendo alcanzar mediciones por fuera de la tesitura tonal, a diferencia del tono de la patología cordal el cual se repite. El que la altura tonal esté condicionada por el género del hablante nos lleva a tomar en cuenta dicho dato al momento de programar un analizador acústico, según el paciente sea un hombre o una mujer.

4.6. Tono muscular

Cito la opinión de Farías (2007): “Hasta el músculo relajado tiene una turgencia o firmeza residual. El nivel más bajo de contracción se conoce como tono muscular. Los músculos que se usan mucho tienden a tener más tono que los que se usan menos (Rash, 1991)... Esta función antigravitatoria tónica o postural puede considerarse un automatismo con características inconscientes y en esencia involuntarias” (p. 37).

4.7. Desprendimiento de afecto: angustia y dolor

Freud mencionó (1950a) lo afín y lo diverso entre el deseo y el afecto, a saber: “Los restos de las dos variedades de vivencias (de satisfacción y de dolor) que hemos tratado, son los afectos y los estados de deseo; común a ambos es contener una elevación de la tensión endógena en el sistema de neuronas impasaderas, en el caso del afecto por desprendimiento repentino, en el del deseo por sumación” (págs 366–67). Freud (1950a) refiere que si bien la angustia y el dolor son afectos inhibitorios del deseo, lo son por diferentes motivos: el dolor (psíquico o somático) por un daño ya ocurrido en el yo, a diferencia de la angustia la cual nos alerta sobre la inminencia de un daño.

4.8. Operacionalización del concepto: “estado de la defensa acorde a un contexto psicoterapéutico”

Lieberman (2009), siguiendo a Dumas, destaca que los músculos de la voz respetan las mismas leyes que los demás músculos voluntarios del cuerpo y, que por su liviandad y delicadeza, son los primeros músculos alcanzados por la ola emocional. El autor categoriza a las emociones expresadas en la mímica verbal como: tónicas, ligeramente tónicas, y depresivas. Cito la opinión del autor respecto de las implicancias de la motricidad del aparato fonador en la recepción y expresión de las emociones, a saber: “Señalamos que la intensidad de la voz depende de la amplitud de las vibraciones de las cuerdas vocales y, por consiguiente, de la fuerza con que la corriente de aire de la espiración viene a golpear los bordes de la glotis, es decir el orificio de la laringe, que las cuerdas vocales circunscriben.

Así, bajo el influjo de una emoción tónica, como las formas excitadas de la alegría o de la cólera, la voz aumenta en intensidad, y disminuye por influjo de una emoción deprimente, como las formas más frecuentes de la tristeza o del miedo. Las variaciones de volumen del tórax y de fuerza en los músculos espirados modifican la energía de la corriente de aire espirado y la intensidad vocal misma... Sin embargo, agregamos, no es exacto que una fuerte corriente de aire, al obrar sobre las cuerdas vocales que bordean la glotis, produzca en ellas vibraciones más amplias; esta corriente pone tensa siempre las cuerdas vocales, a las que vuelve convexas en el sentido de la altura y las estira. Entonces la velocidad de las vibraciones aumenta, de manera que les hace producir un sonido alto. Hablar fuerte es hablar alto, y he ahí por qué es tan difícil tener acentos de intensidad vocal que no sean, en algún momento, acentos de altura” (2009; p. 327). El autor señala que los parámetros vocales de la voz se amoldan al momento de expresar una emoción según la naturaleza de esta. En este marco conceptual entendemos que las emociones son recibidas primero por la motricidad laríngea de las cuerdas vocales y luego estas se alteran según el tipo de afecto. Si la emoción es tónica incrementa su cantidad de frecuencias y agudiza el tono. Si la emoción es ligeramente tónica o ligeramente depresiva las frecuencias se encuentran próximas a la frecuencia cero. Y si la emoción es depresiva las frecuencias se reducen y se agrava el tono. Nuestra investigación privilegia tanto las emociones depresivas y tónicas al producirse en ellas las variaciones tonales de mayor importancia, como las variaciones leves que expresan los respectivos matices afectivos. Ejemplifiquemos este punto: cuándo una persona presenta un estado depresivo el mismo puede expresarse en su postura corporal, y cuando una persona presenta un estado de excitación el mismo puede expresarse en una postura corporal tensa. El mismo principio aplicamos en la motricidad laríngea.

En este marco, decidimos operacionalizar el concepto de “contexto psicoterapéutico del nivel tonal” utilizando la clasificación de las emociones de Liberman ampliando la categoría “emociones ligeramente tónicas” por “ligeramente tónicas y ligeramente depresivas”. Entonces, sea por los deseos y su procesamiento anímico del paciente, como por las intervenciones del terapeuta, decimos que:

- a) las emociones ligeramente tónicas y ligeramente depresivas expresan los matices afectivos tanto de la gama de la angustia como de la gama de la tristeza, siendo estas mediciones tonales acordes con un contexto psicoterapéutico.

Realizamos una aclaración respecto de las emociones tónicas que se expresan agudizando el tono de voz. Los agudos pueden representar afectos como la angustia y la cólera. Consideramos que el diseño de un estudio que aborde el enojo requiere complementar el análisis del tono con el del volumen de voz, lo cual no forma parte de nuestro diseño. Por este motivo, nuestra investigación considera a los agudos como desprendimientos de angustia

4.9. Defensas y sus respectivos estados

Freud (1915c) considera las defensas como destinos de pulsiones (y por consiguiente de los deseos) en la vida psíquica. Son una forma en que el yo tramita las exigencias de las demandas libidinales. Los destinos corresponden a los modos de procesamiento realizados por el yo en su mediación de tres sectores que pueden estar en conflicto: a) las pulsiones y deseos, b) la realidad, c) el superyó. En su resolución, el yo puede: 1) quedar del lado de la pulsión y el deseo y oponerse a la realidad y el superyó; 2) quedar del lado de la realidad y el superyó y confrontar al deseo (Maldavsky, 2013). Los procesamientos yoicos pueden ser funcionales o patógenos. Las defensas funcionales permiten una creciente diferenciación y complejización de los procesos internos. Y las defensas patógenas provocan una creciente indiferenciación y empobrecimiento de lo anímico.

Las defensas pueden clasificarse como centrales o secundarias. Las primeras determinan la naturaleza de una organización psíquica. Las segundas contribuyen al desempeño de las centrales complementándolas. Las defensas centrales funcionales, en las que el yo encuentra una resolución menos drástica entre los sectores en tensión, son: acorde a fines; inhibición; creatividad; sublimación. Y las defensas centrales patológicas, en las que el yo desaloja un componente anímico con el cual se está en conflicto sustituyéndolo por otro (formación sustitutiva), son: represión, represión con rasgos caracterológicos; desmentida; desestimación de la realidad y la instancia paterna; desestimación del afecto. Respecto del estado de las defensas las mismas se miden según el resultado de sus dos funciones principales: 1) mantener el sentimiento de sí; 2) rechazar aquel elemento anímico en conflicto con el yo. Una defensa es: 1) exitosa, cuando logra rechazar lo conflictivo y de esa forma mantener el sentimiento de sí; 2) fracasada, cuando lo conflictivo retorna al yo y emerge la angustia; 3) mixta, cuando lo conflictivo no retorna y el yo más que conservar el sentimiento de sí mantiene una condición más bien neutra.

4.10. Operacionalización del tipo de afecto y del concepto “estado de la defensa” en el nivel tonal

Desde una perspectiva freudiana pensamos que:

- a) A medida que el tono de voz se agrava disminuyendo en su cantidad de frecuencias, dicha reducción a medida que se hace notoria puede expresar (en distintos grados) la inercia del tono de la musculatura de las cuerdas vocales derivado de la hemorragia libidinal (dolor) que invade al hablante.
- b) A medida que el tono de voz se agudiza incrementando su cantidad de frecuencias, dicho incremento a medida que se hace notorio puede expresar (en distintos grados) la constricción y modificación somática del tono de la musculatura de las cuerdas

vocales derivado de la descarga interna de un desprendimiento de angustia.

Siendo el tono de voz pasible de ser expresado en números y, por ende medible, pensamos que una vez establecida la frecuencia cero del paciente (algo así como su huella dactilar tonal) se puede confeccionar una superficie tonal de semitonos (agudos y graves) contiguos e inmediatos a la F0 del paciente, siguiendo el modelo de la Escala tonal de Bach (LA3 = 440 hercios). La escala tonal nos permite medir la distancia del tono de una verbalización con la F0 del paciente por la cantidad de semitonos que la separa de la F0. Lo dicho nos brinda un criterio objetivo (cantidad de semitonos distante de la F0) con el cual dirimir tanto si un afecto expresado en lo tonal es procesable o no es procesable por el yo como el estado de la defensa en dicho nivel de análisis.

5. Objetivos

5.1. *Objetivo general*

Detectar el tipo de afecto y el estado de la defensa en el nivel tonal del discurso de una paciente en sesión con su psicoterapeuta.

5.2. *Objetivos específicos*

Estudiar las variaciones de los deseos y defensas y sus estados en el nivel de los actos de habla.

Estudiar el tipo de afecto y las variaciones en el estado de las defensas en el nivel tonal.

Estudiar las relaciones entre ambos niveles de análisis respecto del estado de la defensa.

6. Metodología

6.1. *Tipo de diseño*

El análisis del componente tonal y de los actos de habla desplegados por la paciente durante el transcurso de una relación transferencial presenta las características de un diseño mixto. El análisis de los actos de habla con el método ADL es cualitativo. Y el análisis del componente tonal con el analizador acústico PRAAT es cuantitativo, siendo su ponderación con el índice tonal propuesta cualitativa. El diseño de esta investigación es de tipo exploratorio utilizando técnicas mixtas (cuantitativa/cualitativa) y de caso único.

6.2. Unidad de análisis

Consideramos que las unidades de análisis deben representar el discurrir transferencial tomando en cuenta el discurso de la paciente en su intercambio con el analista (incluyendo sus intervenciones), desde esta perspectiva pensamos que las unidades de análisis son: los actos de habla y la frecuencia cero del componente tonal de la paciente.

6.3. Variables

Las variables en el nivel tonal son los estados de la defensa: a) acorde a un contexto psicoterapéutico, b) un estado fracasado y c) un estado mixto del nivel tonal; y en el nivel de los actos de habla los deseos y defensas y sus estados.

6.4. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en la investigación son cuatro. En el nivel verbal aplicamos el método algoritmo David Liberman (Maldavsky) con el objeto de analizar los deseos y defensas y sus respectivos estados en el los actos de habla del nivel verbal y paraverbal. En relación con el componente tonal utilizamos dos instrumentos. Aplicamos el analizador acústico PRAAT (Boersma; Weenink) para medir el tono de voz (o frecuencia cero) que expresa el desprendimiento de afecto de los actos de habla; y el índice tonal con el objeto de ponderar la cuantificación del desprendimiento de afecto y así categorizar el estado de la defensa en dicho nivel. El cuarto instrumento que aplicamos corresponde a una grilla que clasifica el tipo de intervención del terapeuta (Maldavsky, 2013a). El motivo por el cual utilizamos el instrumento es por la influencia que las intervenciones del analista tienen tanto en los deseos y sus procesamientos anímicos como en los afectos que expresan los componentes tonales del paciente en una la relación transferencial.

6.5. Procedimientos

Puede observarse un ensamble entre los 4 instrumentos mencionados. Primero, clasificamos el tipo de intervención del analista por su influencia en el nivel verbal y en el nivel tonal del discurso de la paciente. Maldavsky clasifica las intervenciones del analista en: a) introductorias (realizar el contacto, recabar información), centrales de sintonía (detectar el estado afectivo y/o somático del paciente), centrales de nexo (causales, temporales, de analogía o contraste), complementarias (síntesis, ejemplificación, aclaración). Segundo, con la grilla de los actos de habla del método ADL seleccionamos la extensión del audio a medir expresado en el acto de habla (y/o componente paraverbal con implicancia de la motricidad laríngea). Tercero, aplicamos el analizador acústico PRAAT al audio seleccionado y medimos el promedio de la frecuencia cero del acto

de habla objeto de estudio. Cuarto, una vez obtenida la medición tonal del acto de habla la ponderamos con los marcadores del índice tonal con el objeto de dirimir el tipo de afecto y el estado de la defensa en dicho nivel de análisis.

Con el ADL desarrollamos dos estudios de los actos de habla de la paciente adjuntándole a cada estudio los resultados del nivel tonal, es decir, del PRAAT y del índice tonal. Un estudio paradigmático, con el cual: establecimos el repertorio de los tipos de actos de habla clasificándolos desde una perspectiva semántica y desiderativa (el estudio fue testeado por una colega evaluadora). Y un segundo estudio de tipo sintagmático, en el que analizamos los actos de habla desplegados como escenas en la relación transferencial clasificándolos por: deseos, defensas y sus respectivos estados. Al mismo le adjuntamos el correspondiente marcador tonal (índice) una vez establecida la frecuencia cero (PRAAT) promedio del acto de habla. Motivo por el cual dicho estudio es convergente al aportar al mismo tiempo los valores verbales y tonales.

6.6. Diseño del índice de ponderación tonal

6.6.1. Introducción

Si bien en esta investigación hemos realizado distintos procedimientos, el principal es el correspondiente al diseño del índice tonal con el cual interpretamos los resultados del PRAAT.

A continuación describimos el contexto propio del instrumento.

Partimos del supuesto que el comportamiento de la entonación en un contexto psicoterapéutico difiere del de un contexto conversacional debido a la emotividad que el discurso del paciente pueda llegar a presentar, tanto al momento de desplegar sus motivaciones como al momento de procesar los efectos de las intervenciones del analista en la relación transferencial. Por tal motivo, decidimos sustituir el criterio de la tesitura tonal (correspondiente a un contexto conversacional, el cual no utiliza los semitonos graves por debajo de FO) por una escala tonal que incluya las emociones descritas por Liberman. En otras palabras, tomando en cuenta la clasificación de las emociones en: tónicas, ligeramente tónicas y ligeramente depresivas, y depresivas, diseñamos una escala tonal que tomando en cuenta la frecuencia cero del paciente se extienda en semitonos agudos y en semitonos graves. Consideramos que la extensión tonal propuesta está en mejores condiciones de representar un desprendimiento de afecto en el tono de voz del paciente tanto al expresar este una motivación interna eufórica, como al procesar el efecto de una intervención del terapeuta triste.

6.6.2. Diseño

Dimos los siguientes pasos:

1. Establecimos el valor numérico de la frecuencia cero de la paciente midiendo con el PRAAT sus muletillas (por la fonación sostenida de una vocal) y sus afirmaciones (correspondientes al erotismo anal secundario y al erotismo fálico uretral). El valor numérico de la F0 obtenida resultó del promedio de los valores numéricos de los actos de habla mencionados.
2. Una vez obtenida la F0 con su valor numérico, la consideramos como el punto del centro de dos líneas (una ascendente y otra descendente) con distintos valores numéricos. Entonces, tomando en cuenta el valor numérico de la F0 se desprende dos líneas, una con valores numéricos ascendente y otra con valores numéricos descendentes. El conjunto de valores numéricos ascendente va incrementando su valor numérico a medida que más se aleja del valor de la F0. Y el conjunto de valores descendente va disminuye su valor numérico a medida que más se aleja del valor de la F0. El conjunto de valores numéricos contiguos a la F0 que incrementan su valor numérico expresan los semitonos agudos. Y el conjunto de valores numéricos contiguos a la F0 que descienden su valor numérico expresan los semitonos graves. Al momento de establecer los valores tonales agudos y graves contiguos y sucesivos a la F0 utilizamos las mediciones establecidas en la escala atemperada de Bach $La = 440$ hercios. La misma contiene un exhaustivo conjunto de números que corresponden a las notas musicales y sus equivalencias numéricas expresadas en hercios. A su vez, las notas musicales están espaciadas en la escala por un semitono.
3. Al momento de establecer las emociones ligeramente tónicas y ligeramente depresivas, es decir, desprendimientos de afectos pasibles de ser procesados por el yo, tomamos de la escala atemperada de Bach el valor de la F0 como punto central y los 3 semitonos contiguos y sucesivos agudos a esta, como los 3 semitonos contiguos y sucesivos graves a la F0. Obtenido un rango de 7 semitonos establecimos que el mismo expresa los valores tonales acordes a un contexto psicoterapéutico. Las mediciones tonales expresan la siguiente ponderación: A1 y G1 (valores no relevantes); A2 y G1 (valores poco importantes); y A3 y G3 (valores medianamente importantes). Es decir, el valor tonal es directamente proporcional al grado de procesamiento por parte del yo. En el índice figuran del siguiente modo: A3, A2, A1, 0, G1, G2, G3 (A = agudo; 0 = F0; G = grave).
4. Una vez establecida la escala tonal acorde a un contexto psicoterapéutico nos resta construir una escala que exprese: sea el fracaso de la defensa por un desprendimiento de angustia difícil de procesar por el yo; sea el estado mixto de la defensa por un desprendimiento de dolor difícil de procesar por el yo. Tomamos, entonces, de la escala atemperada de Bach los

4 semitonos agudos sucesivos y contiguos al umbral A3 (ya establecido). Y los 4 semitonos graves sucesivos y contiguos al umbral G3 (ya establecido). Categorizamos al último marcador agudo como una categoría abierta: “mayor a 350 hz”; lo mismo hicimos con el último marcador grave: “menor a 174 hz”. La extensión tonal realizada abarca en los agudos los marcadores: A4, A5, A6, A7, y en los graves los marcadores: G4, G5, G6, G7. Estos marcadores (agudos y graves) expresan (en distinto grados) desarrollos de afectos (angustia y dolor) de difícil procesamiento o no procesables por el yo. Los mismos reciben la siguiente ponderación: A4 y G4 (valores importantes); A5 y G5 (valores muy importantes); A6 y G6 (valores notoriamente importantes); y A7 y G7 (valores extremadamente importantes). El valor tonal es directamente proporcional al grado de dificultad del procesamiento por parte del yo.

6.6.3. Criterios para dirimir el estado de la defensas en el nivel tonal

Proponemos los siguientes criterios para dirimir el estado de la defensa en el nivel tonal:

1. En ausencia de patología cordal y sin un uso del hablante de su entonación como un recurso de locución, decimos: los tonos graves por fuera del contexto psicoterapéutico son los más adecuados en ser afectados por un desprendimiento de dolor, debido a que la inercia que afecta al tono de la musculatura de las cuerdas vocales, reduciendo la cantidad de sus vibraciones (o frecuencias), sería la expresión de la hemorragia libidinal propia de un estado depresivo.
2. En ausencia de una patología cordal, decimos: los tonos agudos por fuera del contexto psicoterapéutico son los más adecuados en ser afectados por un desprendimiento de angustia, debido a que la constricción que afecta al tono de la musculatura de las cuerdas vocales incrementando la cantidad de sus vibraciones (o frecuencias), sería la expresión de la modificación somática por la descarga interna propia de la angustia.
3. En ausencia de patología cordal, decimos: los tonos agudos y graves contiguos y distantes a tres semitonos de la frecuencia cero del paciente expresarían tanto matices afectivos asociados con una leve euforia (agudos) como con una leve tristeza (graves), siendo estos propios de un contexto psicoterapéutico.

Entonces:

- a) Los marcadores: G3, G2, G1, 0, A1, A2, A3 indicarían un componente tonal acorde a un contexto psicoterapéutico;

- b) Los marcadores: G4, G5, G6 y G7 indicarían un estado mixto de la defensa en el nivel tonal por un desprendimiento (en distinto grado) de dolor;
- c) Y los marcadores: A4, A5, A6 y A7 indicarían un estado fracasado de la defensa en el nivel tonal por un desprendimiento (en distinto grado) de angustia.

7. Datos del caso clínico

El caso clínico fue cedido por un colega hace veinticinco años atrás. Durante el tratamiento psicoterapéutico se suscitaron diversas dificultades e interferencias tanto con la paciente, como con su madre. El análisis finalizó de una manera abrupta y no puede ser considerado un éxito terapéutico.

Llamaremos a la paciente Jazmín. La familia de Jazmín era oriunda del interior del país. Sus padres se separan cuando Jazmín tenía 10 años. Cuando Jazmín tenía 12 años, el padre consigue una resolución judicial instando a que Joaquín (hermano menor de Jazmín) se fuese a vivir con él. Ernesto no acciona del mismo modo ante el juzgado por su hija, motivo por el cual esta sigue viviendo con su madre. La separación con Joaquín incrementó el estado depresivo en Lorena. Cuando Jazmín cursaba sus 15 años inicia una restricción alimentaria por el lapso de 5 meses (solo ingería líquidos). La restricción cesa el día en que cumple sus 16 años. La problemática continuó con restricciones parciales, seguidas de atracones. A sus 17 años Jazmín viaja con su madre a Buenos Aires para tratar su trastorno alimentario en una institución especializada. El dinero del tratamiento era aportado por su abuela paterna. Al poco tiempo Jazmín abandona el tratamiento. Madre e hija deciden quedarse a vivir en Buenos Aires. Cuando Jazmín tenía 18 años su madre realiza una consulta fallida al terapeuta tratante (en ese momento Jazmín se resistía a tratarse). Al tiempo la madre realiza una segunda consulta exitosa y Jazmín inicia un tratamiento. Las primeras entrevistas fueron vinculares (madre e hija). Luisa menciona que Jazmín tenía trastornos en la conducta alimenticia (atracones) y conductas autoagresivas (autoflagelarse sus brazos). Para ese entonces, la paciente ya había tenido episodios de consumo de cocaína y había abandonado sus estudios secundarios. Se inicia el análisis suspendiéndose al tiempo por una ingesta de psicofármacos de la paciente, quien es internada en una clínica psiquiátrica con el apoyo del padre y por decisión del terapeuta y la psiquiatra. Si bien el tratamiento se interrumpió al tiempo de ser externada Jazmín, con 19 años, le solicita al padre retomar su tratamiento, quien gestiona su pedido retomando esta su tratamiento. La sesión objeto de estudio corresponde a este último período.

El padre de la paciente tuvo una actitud ambivalente hacia el tratamiento. Durante el primer tramo se mantuvo distante sin hacerse cargo de los honorarios. Esta situación continuó hasta la internación psiquiátrica. Luego el padre desplegó un mayor protagonismo en el tratamiento de su hija y la madre desarrolló un menor protagonismo en el

mismo. Finalmente, Jazmín deja de concurrir al tratamiento y su madre no respondía las llamadas del terapeuta. Informado el padre de la situación este dijo que nada podía hacer.

8. Muestra

8.1. Introducción

La muestra consiste en: a) la transcripción verbal del discurso de la paciente; b) y el agregado del registro acústico de su voz; c) también incluye las intervenciones realizadas por el terapeuta.

El audio de la sesión fue pasado al formato digital y filtrado –para mejorar su calidad– en el estudio de grabación del Profesor Sergio García.

8.2. Preparación de la muestra

Nos resulta pertinente iniciar este apartado con una cita de Liberman (2009) [1970] en relación con el operar del analista sobre las manifestaciones transferenciales, como un denominador común tanto de su esquema de trabajo como al momento de investigar. Cito: “Cuando operamos e indagamos con el paciente en sesión, considero que el analista está utilizando el método hipotético deductivo. Otro tanto ocurre cuando efectuamos una evaluación de la labor ya realizada. En este caso continuamos con el método hipotético deductivo como instrumento pero con la diferencia de que ya no se estudia un paciente, sino un universo de interacción entre dos personas en el cual una de ellas, el paciente, reacciona de acuerdo con sus disposiciones y al estímulo que significa la otra, el terapeuta que indaga y opera en el paciente durante el lapso en que transcurre la sesión” (pág. 67). Desde esta perspectiva, el suceder transferencial tiene dos estímulos: la disposición interna del paciente (expresada en su deseo y su procesamiento anímico) y los efectos en el paciente de las intervenciones del terapeuta.

Teniendo presente que nuestros objetivos específicos consisten en realizar los análisis de: los actos de habla, los componentes tonales y la relación entre ambos niveles de análisis, y siendo conscientes que las intervenciones del analista (clínicamente pertinentes o no pertinentes) pueden influir en ambas niveles de análisis en la paciente, decidimos realizar dos tipos de segmentaciones de la sesión. En una segmentación, de tipo micro analítica, realizamos un estudio convergente tanto de los actos de habla (y componentes paraverbales) como de sus respectivas mediciones tonales, segmentando la sesión en un conjunto de 470 escenas desplegadas por la paciente. Y en una segunda segmentación, de tipo macro analítica, tomamos en cuenta el tipo de intervención del terapeuta, partiendo la sesión en segmentos más amplios con el objeto de observar si el analista despliega o no despliega una estrategia clínica.

A continuación, primero mencionamos el instrumento utilizado para categorizar el tipo de intervenciones del analista y si dichas

intervenciones corresponden al despliegue o no de una estrategia clínica, luego describimos la segmentación macro analítica.

Maldavsky (2013a) clasifica las intervenciones del terapeuta en: introductorias (realizar el contacto, recabar información), centrales de sintonía (detectar el estado afectivo y/o somático del paciente), centrales de nexos (causales, temporales, de analogía o contraste), complementarias (síntesis, ejemplificación, aclaración). La forma de identificar si el analista desarrolla o no desarrolla una estrategia clínica requiere poner en evidencia en que parte de la sesión el terapeuta sostiene intervenciones: introductorias, centrales y complementarias isotópicas, es decir, centradas en un mismo tema. Teniendo presente un reciente trabajo del autor (*Investigación empírica con el algoritmo David Liberman de la contratransferencia no declarada: método y aplicaciones*, 2016, inédito) dirimir sobre la pertinencia o no pertinencia de una estrategia clínica –del terapeuta– requiere realizar un conjunto de estudios tanto del discurso del paciente (relatos y actos de habla), como de la mente (pensamientos y deseos) del terapeuta, siendo dichos estudios ajenos a nuestros objetivos. Motivo por el cual observaremos si el estudio convergente tonal y verbal nos brinda alguna información sobre los efectos de las intervenciones del analista en el discurso (tonal y verbal) de la paciente.

Como ya mencionamos, segmentamos al discurso de la paciente de dos formas distintas: micro analítica (específica) y macro analítica (general). La primera segmentación es la combinatoria de un análisis sintagmático de los actos de habla en el nivel verbal y la medición de frecuencia cero promedio de los actos de habla en el nivel tonal. Considerando en la paciente su disposición interna en la transferencia como los efectos del hacer/no hacer del analista en la sesión, siendo estos estímulos pasibles de influir tanto sobre sus componentes tonales como sus componentes verbales. Pensamos que esta segmentación es la apropiada para desarrollar los estudios micro analíticos. Es decir, el análisis sintagmático y tonal es el adecuado para ser usufructuado desde esta perspectiva.

La otra segmentación es global y solo toma en cuenta el tipo de intervención del analista. A diferencia del criterio utilizado en el análisis sintagmático, este criterio nos permite partir la sesión en fragmentos más amplios. Tomando en cuenta el tipo de intervención del terapeuta pueden existir partes donde el analista solo realice intervenciones introductorias y otras partes donde alcance a establecer una estrategia clínica. A su vez, los segmentos establecidos con este criterio pueden luego compararse. Desde esta perspectiva, el criterio general de segmentación hace de marco al análisis sintagmático.

A continuación, comentamos la segmentación macroanalítica realizada, la cual fue fragmentada en seis partes.

En el primer segmento la paciente menciona una serie de temas (repertorio temático) y el analista realiza intervenciones introductorias (buscando información) focalizando, luego, en uno de los temas (el complejo paterno). En el segundo segmento el analista despliega una estrategia clínica sobre la relación con el padre (realiza intervenciones introductorias, centrales y complementarias isotópicas). Por su parte,

la paciente duda y cuestiona las intervenciones del terapeuta y alcanza a rectificarlo en 3 oportunidades. Al final del fragmento la paciente le manifiesta su falta de interés en modificar la relación con su padre. En el tercer segmento el analista cambia su enfoque y le pregunta sobre su sentir por el viaje (de tres días) de su madre. La paciente responde en forma distinta según el nivel expresivo. En el nivel verbal dice sentirse bien y en el nivel paraverbal profiere un chasquido de lengua, luego despliega el tema de su tendencia a autodesvalorizarse (mencionada en el primer segmento). Por su parte el analista solo realiza intervenciones introductorias sin redefinir una estrategia clínica. El cuarto segmento se inicia luego que el analista extrapolara una manifestación de la paciente de un tema a otro (sin respetar la isotopía del repertorio temático de la paciente), de esta forma el analista justifica retomar su estrategia clínica focalizando en el complejo paterno. Por su parte, la paciente expresa su falta de interés en hablar de su progenitor, duda y cuestiona las intervenciones del terapeuta llegando a manifestar al cierre del segmento su interés en no tratar “nunca más” el tema de su padre, finalizando con un suspiro. Por su parte, el analista acuerda en forma gutural y permanece en silencio. En el quinto segmento la paciente verbaliza haberse sentido angustiada y el analista le pregunta por dicho estado. El intercambio lleva a que la paciente despliegue un episodio de relación acontecido con su novio, con quien la paciente sintió ser una carga para este creyendo haberlo molestado. El terapeuta no alcanza a desarrollar una estrategia clínica ya que realiza intervenciones introductorias, centrales y complementarias no centradas en un mismo tema. En el segmento seis el analista anticipa el final de la sesión. Por su parte, la paciente responde estar angustiada sin saber qué hacer una vez que la sesión finalice. Alcanza a manifestar que se sintió mal en la sesión si bien cree que cuando salga se le va a pasar. El analista alcanza a hacer solo intervenciones introductorias sin redefinir una estrategia clínica y finaliza la sesión.

La segmentación macroanalítica nos permite establecer que el analista desarrolla una estrategia clínica en los segmentos dos y cuatro.

9. Análisis

9.1. Índice tonal hecho a medida de la paciente

Cuadro 1.
Índice tonal de la paciente

Número	Marcador tonal	Frecuencias expresadas en hercios y notas musicales	Calibración del desprendimiento de afecto a ser procesado por el yo
7	A7	Mayor a 350 (< FA3)	Angustia extremadamente importante
6	A6	331 a 349 (FA3)	Angustia notoriamente importante
5	A5	312 a 330 (MI3)	Angustia muy importante
4	A4	295 a 311 (RE#3)	Angustia importante
3	A3	278 a 294 (RE3)	Agudo medianamente importante
2	A2	263 a 277 (DO#3)	Agudo poco importante
1	A1	248 a 262 (DO3)	Agudo no relevante
0	0	247 (SI2)	Frecuencia cero (de mayor uso por su comodidad)
-1	G1	246 a 233 (LA#2)	Grave no relevante
-2	G2	232 a 220 (LA2)	Grave poco importante
-3	G3	219 a 208 (SOL #2)	Grave medianamente importante
-4	G4	207 a 196 (SOL2)	Tristeza importante
-5	G5	195 a 185 (FA#2)	Tristeza muy importante
-6	G6	184 a 175 (FA2)	Dolor notoriamente importante
-7	G7	Menor a 174 (> FA2)	Dolor extremadamente importante

10. Aplicación del índice de ponderación tonal

En su momento Liberman centró su interés tanto en el mensaje transmitido en transferencia por el paciente en su masa fónica, como en la posibilidad de significarlo. El autor consideraba al conglomerado fónico como un conjunto de parámetros acústicos y vocales (tono, intensidad, timbre y duración) derivado de la mímica vocal (motricidad del aparato fonador). El autor encontraba en la masa fónica un conjunto de señales que pueden ser estructuradas como un significante y, de esta forma, captar el mensaje que inadvertidamente transmite el paciente en transferencia. Si bien reconoció que este nivel de análisis requiere del diseño de un conjunto de criterios con los cuales abordar el fenómeno y darle un significado. Entendía que el producto de la mímica vocal al responder a un código analógico es simultáneo y, por tal motivo, podía adelantarse al discurso verbal. En este contexto especulativo, nuestra investigación intenta dar dos respuestas empíricas y parciales. Por un lado, se propone explorar y significar dos tipos de afectos (angustia, dolor y sus respectivos matices) expresados en el tono de voz con el diseño de un instrumento de ponderación tonal. Por otro, se propone aplicar dicho instrumento en el discurso (tonal y verbal) de una paciente con el objeto de testear el tipo de relación entre el componente tonal y el componente verbal, por ejemplo:

si esta es armónica o si, por momentos, el componente tonal se anticipa al componente verbal.

A continuación aplicamos el índice de ponderación tonal realizando un microanálisis del segmento tres. Presentamos una síntesis del decurso del pensamiento de la paciente con su analista, luego una discusión y finalmente la conclusión del estudio.

10.1. Estudio microanalítico del segmento 3

10.1.1. Introducción

El tercer segmento resulta de interés por varios motivos: 1) El analista cambia de tema al dejar de preguntarle a la paciente por el complejo paterno y pasar a preguntarle por su sentir ante el viaje de su madre. 2) Observamos fracasos del estado de la defensa en el nivel tonal en algunas escenas. El primer desprendimiento de angustia A4 se da al inicio del segmento, al responder la paciente por el cambio de tema (escena 143) y por su sentir ante el viaje de su madre (escenas 144 y 145). Y el segundo desprendimiento de angustia A4 se produce cuando la paciente aclara que hay días en los que se siente bien y días en los que no se siente bien (escena 172). El material presenta indicios verbales para interpretar los fracasos de la defensa de las escenas del inicio, distinto es el caso del segundo marcador tonal A4 debido a que la paciente interrumpe su discurso al momento de verbalizar qué le sucede cuando se siente mal. Motivo por el cual no incluimos el análisis tonal de dicha escena. Lo dicho nos permite realizar un estudio micro analítico en el que abordaremos:

- a) El primer desprendimiento de angustia expresado en el nivel tonal e interpretado a partir de las escenas 160, 162 y 164 cuando la paciente describe su autodesvalorización, y las consecuencias de su pérdida de estima en las escenas 166, 167, 168, 169, 170 y 171.
- b) La expresión de un chasquido de lengua (escena 148) nos lleva a interrogarnos sobre una parte falsa en sus verbalizaciones. El análisis convergente tonal y verbal nos permite dirimir la parte no creíble de su discurso (escenas 143, 144 y 145). Finalmente, proponemos una interpretación de lo sucedido.

Cuadro 3.

Defensas y estados del análisis sintagmático y el nivel tonal de las escenas 143 a 148

Primera categorización del análisis sintagmático. Defensas y sus estados de las escenas 143 a la 148. Cantidad: 6 escenas.		
Cantidad de defensas funcionales	Estado de la defensa exitoso	Porcentaje
3	3	50%

Cantidad de defensas patógenas: 3		
Estado exitoso	Estado fracasado	Estado mixto
1	1	1
16,6%	16,6%	16,6%

Análisis del estado de la defensa en el nivel tonal. No se computa el chasquido de lengua por falta de compromiso de la motricidad laríngea del acto. Cantidad: 5	
Acorde a un contexto psicoterapéutico	Estado fracasado por desprendimiento de angustia
2	3
40%	60%

Cuadro 4.

Defensas y estados del análisis sintagmático y el nivel tonal de las escenas 166 a 171

Análisis sintagmático. Defensas y sus estados de las escenas 166 a la 171. Cantidad: 6 escenas.	
Defensas patógenas	Estado mixto
6	6
100%	100%

Análisis del estado de la defensa en el nivel tonal de las escenas 166 a la 171. Cantidad: 6	
Acorde a un contexto psicoterapéutico: 6	
100 %	

10.1.3. *Discusión*

Iniciamos la discusión considerando la opinión de Maldavsky (2012) sobre el chasquido de lengua. El autor entiende al acto paraverbal como una vivencia en la cual el hablante no cree en las frases que está diciendo. Relaciona al chasquido con la vivencia del bebé, quien creyendo tener el pezón en su boca mama, cuando en realidad está succionando en el

vacío, alimentándose a sí mismo y al otro con falsedades (O1 desmentida). El chasquido de lengua es una forma de delatarse y, por tal motivo, al momento de categorizarlo pensamos que la defensa es fracasada. Exploremos, entonces, el nivel tonal de las escenas previas (143 a 147) al chasquido de lengua (escena 148) con el objeto de explorar y delimitar la parte verbal del autoengaño. Al momento en que la paciente responde tanto al cambio de tema (143), como a su sentir ante la viaje de su madre (144 y 145) sus mediciones tonales presentan marcadores A4. La muletilla abierta “ah” como una respuesta introyectiva al cambio de tema propuesto por el analista se contradice con el desprendimiento de angustia A4 expresado solo en el nivel tonal, debido a la constricción del orificio glótico cerrándose al mensaje. La misma contradicción se repite con el “bien” (escena 144) y el “bien, bien” (escena 145). El fracaso de la defensa mencionada diferencia estas escenas del resto (146, 147 y 148). En la escena 146, la paciente localiza como único origen de su angustia la relación con su padre. En la escena 147, inicia una frase autointerrompiéndose al momento de usar el adjetivo “igual”. Y en la escena 148, realiza la succión en el vacío.

Ahora bien, el fracaso defensivo tonal se da ante dos motivos: a) un cambio de tema que supone dejar de hablar del complejo paterno para comenzar a hablar de su madre; b) y la separación de su madre (por su viaje). Resulta sugerente el intento de la paciente en localizar en forma exclusiva a su angustia en la relación con su padre (escena 146). Nos preguntamos, si la paciente intentó reconducir la atención del terapeuta de regreso al tema de su progenitor. En un estudio micro analítico del primer segmento mencionamos que la paciente en el intercambio con el analista siente tener mayores argumentos al hablar de su padre. En esta línea nos preguntamos, si el chasquido de lengua es un intento de disfrazar la angustia provocada por dejar de hablar del complejo paterno con el analista.

Complementamos lo dicho con un análisis semántico de la frase: “igual nada más que, que...” (escena 147) con el objeto de precisar el uso semántico del “igual”. El diccionario de María Moliner (Diccionario de uso del español (1994) establece que entre las varias acepciones del uso del “igual” o el adverbio “igualmente”, corresponde a: “una expresión correctiva empleada para expresar una posibilidad opuesta a lo que, de acuerdo con lo dicho antes, tiene todas las probabilidades de ocurrir: *Igual le puede dar por estar muy amable*”. Desde esta perspectiva semántica correctiva de lo dicho previamente, si volvemos al discurso de la paciente, el “igual” proferido por esta en escena 147 refiere a lo dicho en la escena 146. A saber: “Lo único que me angustia, viste, es mi papá, igual nada más que, que...” Entonces el uso del “igual” corrige el hecho que su angustia provenga únicamente del complejo paterno. Este pudo haber sido un motivo para que la paciente se autointerrompiera. Prueba de ello son los actos de habla tomados como un relato de las escenas: 166, 167, 168, 169, 170 y 171. Donde la paciente anticipa con sus verbalizaciones un estado de soledad en el futuro (abandono de su familia y de su novio). La

secuencia verbal pareciera expresar una escalada de su soledad proyectada hacia adelante cuando la misma seguramente ya ocurrió.

10.1.4. Conclusión del microanálisis del segmento tres

El cambio de tema propuesto por el analista, quien deja de preguntarle por el complejo paterno y pasa a preguntarle por su sentir ante el inminente viaje de su madre, provoca un fracaso de la defensa en el nivel tonal de la paciente y la mención de un falso bienestar en el nivel verbal (delatado por un chasquido de lengua). El desprendimiento de angustia importante del nivel tonal se produce por dos motivos: el cambio de tema del terapeuta y al hablar de su sentir ante la separación con su madre. Nos preguntamos, si al intercambiar la paciente con el analista sobre su padre esta evitaba sentirse expuesta en el vínculo transferencia al contar con argumentos por la conducta intrusiva de su progenitor, y si la pregunta del terapeuta la expuso, en el intercambio, de igual forma a cuando la paciente miraba su imagen en una vidriera sintiéndose una tonta, anticipando que sería abandonada. En este contexto, donde la paciente pierde sus argumentos, decide falsear su sentir ante el hecho de quedarse sola y reorienta al analista al tema del complejo paterno. Nos preguntamos, entonces, la función del tema del complejo paterno en el discurso de la paciente. Consideramos que el mismo tiene una función resistencial, parecida a una pausa llena destinada solo a ocupar el canal de diálogo sin decir nada importante. También nos preguntamos, al observar la importante tendencia de la línea tonal promedio del gráfico a la baja, si la falta de una estrategia clínica del analista que aborde su desvalorización no amplifica en la paciente su sentimiento de soledad. Justificamos nuestro interrogante al observar que si bien la paciente proyecta en el futuro una escena de abandono en el nivel verbal, sabemos que el dolor, desde una perspectiva freudiana, corresponde a un episodio ya acontecido (Freud 1950a).

A su vez, el análisis del instrumento de ponderación nos permiten afinar y precisar el análisis sintagmático de los actos de habla en las escenas: 143, 144 y 145. Teniendo presente que el análisis sintagmático configura distintos tipos de escenas puede suceder que una escena, categorizada de una manera, queda incluida en un conjunto de escenas y deba entonces ser redefinida en su categorización. Sería el caso de las escenas mencionadas al ser considerarlas dentro del conjunto de escenas que incluye al chasquido de lengua (escenas 143 a 148). Lo dicho nos lleva a recategorizar las defensas de las escenas desplegadas como patógenas:

Cuadro de re categorización de las escenas 143, 144 y 145

Categorización anterior	Recategorización
Escena 143. (Silencio). Analista: ¿Y cómo estás con el hecho de que tu mamá viaje por unos días? Paciente: Ah (A4), Categorización: A2 acorde a fines exitosa	Categorización: A2 represión exitosa
Escena 144: bien (A4), Categorización: A2 acorde a fines exitosa	Categorización: A2 represión exitosa
Escena 145: bien, bien (A4) Categorización: FG acorde a fines exitosa	Categorización: FG represión exitosa

Recategorización del análisis sintagmático de las escenas 143 a la 148. Cantidad: 6 escenas.		
Defensas patógenas		
Estado exitoso	Estado fracasado	Estado mixto
1	4	1
16,6 %	66,8%	16,6%

10.1.5. Conclusión de la aplicación del instrumento

Al retomar las consideraciones de Liberman, comprobamos en nuestro estudio que, al aplicar el instrumento de ponderación tonal, el mismo nos permite identificar que el componente tonal se anticipa al nivel verbal al detectar un estado de la defensa fracasado por un desprendimiento de angustia A4 en las escenas: 143, 144 y 145, estado fracasado, el cual no figura como tal en el nivel verbal. A modo de cierre, consideramos que el instrumento de ponderación tonal diseñado nos permite realizar una comprobación empírica y parcial de las opiniones del autor, al corroborar en uno de los parámetros acústicos y vocales de la mímica vocal, el tono de voz, que el mismo se adelanta en su significación al nivel verbal.

Bibliografía

- Farías, P. (2007). Ejercicios que restauran la función vocal. Observaciones clínicas. Buenos Aires Librería Akadía Editorial, 2010.
- Freud, S. (1900a). La interpretación de los sueños. En Obras completas (Vol. 4-5). Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1899.
- Freud, S. (1905e). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En Obras completas (Vol. 7). Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1901.
- Freud, S. (1915c). Pulsiones y destinos de pulsión. En Obras completas (Vol. 14). Buenos Aires, Amorrortu Editores. 1915.

- Freud, S. (1950a [1887-1902]). Los orígenes del psicoanálisis. En *Obras completas* (Vol. 1). Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1895.
- Gurlekian, J.A.; Univaso, P. y Evin, D. (2009). Reconocedor de habla continua independiente del contexto para el español de Argentina. *Revista Clepsidra* 8, 13-22. Universidad Autónoma de Colombia, Bogotá. 2009.
- Lieberman, D. (2009). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Letra Viva: Buenos Aires. 1983.
- Maldavsky, D. (2003a). *La investigación psicoanalítica del lenguaje: algoritmo David Lieberman*. Buenos Aires: Lugar. 2004.
- Maldavsky, D. (2013a). *ADL. Algoritmo David Lieberman. Un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*. Buenos Aires: Paidós. 2013.
- Moliner, M. (1994). *Diccionario de uso del español (T. II)*. Madrid: Gredos. 1967.

Notas de autor

- 1 Psicoanalista. Magíster en Problemas Del Desvalimiento. Profesor en UCES.