

## VICISITUDES DE LA ADVERSIDAD: MODELO DIMENSIONAL DE INVESTIGACIÓN

### *VICISSITUDES OF ADVERSITY: DIMENSIONAL MODEL OF RESEARCH*

Rubén Zukerfeld<sup>1</sup> y Raquel Zonis Zukerfeld<sup>2</sup>

#### **Resumen**

Dentro de las vicisitudes subjetivas frente a la adversidad la noción de resiliencia ha generado distintos instrumentos para su evaluación. En la medida que se trata de un constructo complejo que no constituye un rasgo o estructura de personalidad, sino un proceso o desarrollo particular frente a distintos tipos de eventos o ambientes disruptivos, muchos de los instrumentos han evaluado casi exclusivamente modalidades de afrontamiento, en mayor medida que los potenciales de transformación, que son los que le dan especificidad al constructo.

Desde una perspectiva psicoanalítica se plantea que frente a determinada adversidad traumatógena o estresante, el sujeto deviene vulnerable y desde allí puede suceder el desarrollo resiliente como una posibilidad diferenciada de otras vicisitudes. Se presenta un modelo en tres dimensiones: recursos yoicos, funcionamiento psíquico global y vincularidad, que pueden ser evaluadas con distintos instrumentos de modo cuantitativo y cualitativo, para determinar las vicisitudes subjetivas frente a la adversidad.

**Palabras clave:** adversidad, resiliencia, vulnerabilidad, vincularidad.

#### **Summary**

As regards subjective vicissitudes when confronted with adversity, the notion of resilience has generated various instruments for its evaluation. Insofar as this is a complex construct that is not a trait nor personality structure, but a process or specific development to face different types of events or disruptive environments, many of the instruments have assessed almost exclusively ways of coping, to a greater extent than transformation potentials which give specificity to the construct.

---

<sup>1</sup> Miembro Fundador y Titular en función didáctica de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP) y Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), Profesor Titular del Máster en Psicoanálisis y del Doctorado (Universidad del Salvador-APA). Profesor Titular del Máster de Psiconeuroinmunoendocrinología de la Universidad Favaloro.

<sup>2</sup> Miembro Fundadora, Secretaria Científica y Profesora del Instituto Psicosomático de Buenos Aires (IPBA). Profesora titular de la carrera de Psicología de la Universidad Maimónides. Coordinadora del área de Psicología del Instituto Argentino de Psiconeuroinmunoendocrinología.

From a psychoanalytic perspective it can be said that faced with a given traumatogenic or stressful adversity, the individual becomes vulnerable and can thereafter develop resiliency as a possibility distinct from other vicissitudes. A model is presented considering three dimensions: egoic resources, global psychic functioning and interconnectedness, which can be evaluated with different quantitative and qualitative instruments, to determine subjective vicissitudes in face of adversity.

**Key words:** adversity, resilience, vulnerability, interconnectedness.

### **1. Introducción: resiliencia, el nuevo constructo**

1.1 ¿Es el término “resiliencia” en el campo de la salud un concepto de moda de valor efímero? O puede pensarse—desde un modelo de salud comunitaria— como una noción íntimamente asociada con la producción de salud mental? (Melillo, Soriano, Mendez y Pinto, 2004). Existen distintos modos de investigar esta cuestión pero sin duda el problema de los eventos disruptivos de origen social de definida eficacia traumática, constituye un campo donde se juegan el valor de los dispositivos de asistencia psico-social y las capacidades de los damnificados y su potencial evolutivo. En realidad es sabido que la eficacia traumática de un evento no depende solo de su magnitud, sino más bien de su forma de ser vivenciado (Benyakar, 2003). La vivencia traumática suele generar y/o estar asociada con una condición *vulnerable* que implica un modo de funcionamiento psíquico donde predominan las respuestas somáticas y/o comportamentales independientemente de la clasificación nosológica que se realice. Esto significa que tradicionalmente se asocia trauma con vulnerabilidad y que los sistemas de salud mental jueguen su efectividad en el mediano y largo plazo, dado que se trata de lidiar con esta particular condición.

1.2. En la última década se ha desarrollado considerablemente la citada noción de *resiliencia* definida clásicamente como “la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (Grotberg, 2001). La idea de ‘transformación’ hace que esta condición no constituya solamente la mejoría de los recursos de afrontamiento de las situaciones adversas. En realidad, este constructo se convierte en una evolución de la vulnerabilidad, es decir de la posibilidad que lo traumático active potenciales subjetivos transformadores que generan respuestas novedosas. En general preferimos hablar de *desarrollos resilientes* y los aspectos comunes donde existe consenso para definirlos son:

- a) la existencia de *adversidad* que corresponde evaluar en su *eficacia traumática* y sin la cual no correspondería el uso del concepto. De allí que ciertas circunstancias estresantes (las “pruebas” de Cyrulnik, 2001) no alcanzan para definir estos desarrollos. Pero lo fundamental es que aquí lo disruptivo no marca un destino patológico. Por el contrario, como escribe Galende (2004):

[...] la capacidad resiliente como fenómeno subjetivo no consiste en un sujeto que posee previamente esa capacidad para atravesar las adversidades de la vida [...] son *estas mismas circunstancias adversas* las que producen en él condiciones subjetivas creadoras, que enriquecen sus posibilidades prácticas de actuar sobre la realidad en la cual vive, y *transformarla o transformarse* (p. 38, la cursiva es nuestra).

- b) una evolución *contraintuitiva* con características de *transformación*, es decir, un *funcionamiento psíquico* que se manifiesta en comportamientos determinados que brindan bienestar. Esto implica que cuando se esperan las manifestaciones clínicas de la vulnerabilidad éstas no se producen o lo hacen parcialmente. Es como si hubiera siempre un potencial salutogénico que debe ser considerado. Por ello es necesario pensar en el replanteo que realiza Tomkiewicz (2004) cuando señala que:

[...] a lo largo de nuestra formación, se nos enseña a reconocer y a describir los defectos, los déficit, las debilidades de cada paciente. Pero no se nos enseña que nuestro deber consiste en ayudar a todos ellos a encontrar y a llevar a buen puerto su estrategia personal. Desde luego, no podemos sustituir al sujeto en la invención de esas estrategias, pero no se puede ayudar a alguien sin buscar y encontrar sus puntos fuertes, sus deseos, sus proyectos y sus cualidades. *Es preciso aprender a reconocer que una botella medio vacía (sujeto vulnerable) está también medio llena (sujeto resiliente)* (p. 45, la cursiva es nuestra).

Y también en lo que enfatiza Galende (2004) cuando escribe que:

[...] la resiliencia es justamente subvertir la idea de causalidad que gobierna el pensamiento médico positivista y algunas concepciones de la salud. Este concepto introduce el azar, lo aleatorio [...] introducir el azar es a la vez introducir al sujeto capaz de valoraciones, de crear sentidos a su vida [...] *es pensar a un individuo no como víctima pasiva de sus circunstancias sino como sujeto activo de su experiencia*”(p. 23, la cursiva es del autor).

1.3. Esto cambia paradigmáticamente la perspectiva en salud mental, pues no se trata solo de disminuir patología sino de promover salud y transformación psíquica, algo así como activar potenciales universales. Por otra parte, es importante diferenciar de lo anterior, actitudes y comportamientos *sobreadaptados* (Lieberman et al., 1982) que pueden impresionar como formas exitosas de afrontar la adversidad, pero que no implican transformación alguna. Esta es la condición que implica conformismo social y que suele ser funcional a sistemas políticos y sociales que la promueven, del mismo

modo que ciertas prácticas religiosas que estimulan la resignación. Dentro de la misma tendencia no debe confundirse resiliencia con una actitud individualista y algo omnipotente. El término “resistencia” o “robustez” (*hardiness*) presenta características conceptuales afines a esa actitud. Aquí el funcionamiento psíquico –que puede incluir una vivencia de “invulnerabilidad”– es en realidad un funcionamiento de riesgo que caracterizamos como “subjetividad aquileica”<sup>3</sup>. Y aquí es donde adquiere particular relevancia el papel de los *vínculos* pues esta última condición psíquica por lo general desmiente necesitarlos o los subestima de modo que semeja al “superman” que menciona Cyrulnik (2001), mientras que la subjetividad resiliente es más cercana al “poeta” que narra y crea. De aquí el valor sustantivo del relato ya que como señala Cyrulnik: “[...] para metamorfosear el horror hay que crear lugares donde se exprese la emoción [...] la transformación se realiza apenas se la puede esbozar, poner en escena, convertir en relato o en reivindicación militante” (p. 66).

Esta metamorfosis hace referencia al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia traumática. Pero este proceso no suele ser en soledad. Es así que Cyrulnik (2001) jerarquiza el valor fundamental de los vínculos a tal punto que desarrolla la noción de *tutor* de resiliencia como una persona con la que se produce un encuentro significativo y también un lugar, un acontecimiento o una obra de arte que provoca un renacer del desarrollo psicológico tras la adversidad padecida.

Es claro que se trata de *otro* que brinda amor incondicional y estímulo. De hecho corrige un desarrollo a través de una interacción que se construye como un tejido, como una trama productora de nueva subjetividad. Desde esta perspectiva surge naturalmente el valor de las redes vinculares. Por otra parte aquí es donde se define con claridad el desarrollo resiliente a través del papel fundamental que posee la calidad de la narrativa y su construcción con otro<sup>4</sup>. Este ‘otro’ es el que en la historia cumplió una función estructurante en las cuatro posiciones freudianas como auxiliar, modelo, objeto y rival (Freud, 1921), y puede volver a cumplirla con un efecto ahora *reestructurante*.

Así es entonces que el marco teórico de esta investigación supone que el *desarrollo resiliente frente a la adversidad consiste en una metamorfosis subjetiva, producto de*

---

<sup>3</sup> El término proviene del mito de Aquiles, el héroe homérico aparentemente invulnerable, hijo de la diosa Tetis contrariada por haber sido obligada a casarse con un simple mortal, quien después de varios intentos filicidas decide hacer invulnerable a su hijo en el famoso baño en la laguna Estigia. Cuando Aquiles es convocado a la guerra de Troya, su madre satisface su propio deseo de gloria perdida en su matrimonio, induciéndolo a una guerra donde iba morir, envuelto todo su cuerpo con armaduras divinas encargadas por ella, que protegían todo ...menos su famoso talón. Aquiles es un vulnerable sobreadaptado que se siente invulnerable cumpliendo el ideal mortífero de su madre (Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld, 2006).

<sup>4</sup> Ciertas redes vinculares como las Madres de Plaza de Mayo, surgidas a partir de las prácticas genocidas de la dictadura argentina (1976-1983), constituyen hoy en día un ejemplo paradigmático de “desarrollos resilientes”.

*la activación de un potencial que sirve para la creación de condiciones psíquicas nuevas, que transforman el efecto traumático con la imprescindible existencia de vínculos intersubjetivos* (Zukerfeld y Zonis Zukerfeld, 2006).

## **2. El problema de la evaluación**

Dentro de las vicisitudes subjetivas frente a la adversidad la noción de resiliencia ha generado distintos instrumentos para su evaluación. En la medida que se trata de un constructo complejo que no constituye un rasgo o estructura de personalidad, sino un proceso o desarrollo particular frente a distintos tipos de eventos o ambientes disruptivos, muchos de los instrumentos han evaluado casi exclusivamente modalidades de afrontamiento y adaptación, en mayor medida que los potenciales de transformación, que son los que le dan especificidad al constructo.

Wagnild, G.M. & Young, H.M. (1993) desarrollan una escala para Identificar el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo. Evalúa dos factores: Factor I: Competencia personal (autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio, y perseverancia) y Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida.

Perry & Bard (2001) construyeron una Escala a la cual llamaron Evaluación de Resiliencia para estudiantes excepcionales (RAES). Baruth & Caroll (2002) condujeron un estudio sobre una evaluación formal de la resiliencia a través del Inventario de Factores Protectores de Baruth (BPF). Ewart et al. (2002) condujeron una investigación sobre la medición del estrés resiliente a través de una Entrevista Social de Competencia (SCI). Ospina (2007) realizó una revisión exhaustiva de distintas metodología de medición incluyendo las proyectivas alertando sobre la complejidad que implica las características del constructo y las variaciones de edad, género y culturales.

La mayor parte de los investigadores en este tema provienen de diferentes corrientes de la psicología general, la psicología cognitiva, psicología de la salud, sociología, asistencia social y epidemiología. Hasta donde conocemos, no existen investigaciones psicoanalíticas o de referencia psicoanalítica sobre el tema.

## **3. Investigación psicoanalítica: objetivos y método**

3.1. La complejidad y la riqueza de este constructo ha generado diversas dificultades cuando se realiza –desde una perspectiva psicoanalítica– una aproximación empírica al mismo, por el hecho de que existen buenas evoluciones tiempo después de un episodio disruptivo que no se pueden considerar resilientes en la medida que se exige en ellas algo más que la disminución sintomática o un duelo elaborado, y algo distinto a responder a los *standards* de normalidad social. Así es, entonces, que las preguntas que fundamentaron esta investigación fueron:

- a) ¿Existen evoluciones posteriores a un evento disruptivo que puedan considerarse realmente desarrollos resilientes?
- b) ¿Qué papel juegan las redes vinculares en estos desarrollos tanto las informales como aquellas que implican niveles de organización?

3.2. El propósito general de este trabajo es entonces presentar un instrumento de base psicoanalítica para el estudio de tres variables que consideramos relevantes para evaluar los efectos y derivaciones psíquicas de la adversidad. En relación con la complejidad que estas vicisitudes plantean, pensamos que la investigación sistemática de dichos efectos debía plantearse en tres dimensiones: *Funcionamiento psíquico global (F)*, *Recursos del Yo (RY)* y *Vincularidad (V)*.

3.3. El instrumento fue diseñado teniendo en cuenta la idea teórica –sustentada en evidencias empíricas– de que la *vivencia traumática genera vulnerabilidad*, cuya evolución dependerá principalmente del *tipo de vincularidad existente*, de modo que después del evento disruptivo el sujeto puede permanecer *vulnerable, sobreadaptarse, manifestar síntomas neuróticos y/o desarrollos resilientes*. Las tres dimensiones citadas (F, RY y V) se representan como una abcisa, una ordenada y una bisectriz. En este sentido partimos de la idea que el entrecruzamiento de estas tres dimensiones permite obtener un perfil clínico de mayor precisión y singularidad que un cuestionario tradicional. Así es que el instrumento consiste en un gráfico donde se realiza la unión de las puntuaciones de cada dimensión obteniendo una superficie triangular de mayor o menor tamaño que queda ubicada en alguna zona (ver Figuras 1A y 1B).

3.4. Los objetivos específicos de la investigación fueron:

- a) Poner a prueba un instrumento para evaluar la evolución de sujetos dentro y fuera de tratamientos psicoterapéuticos después de un evento disruptivo de distinto origen.
- b) Estudiar la posibilidad en dicha evolución de verdaderos desarrollos resilientes

3.5. Criterios operacionales

a) Dimensión Recursos Yoicos (RY): Se define como la dimensión que en un gradiente determinado incluye un conjunto de comportamientos y actitudes frente al evento disruptivo (*grado de evitación, de desafío, de autocuidado y de consecuencias negativas*). Está asociada con las nociones de afrontamiento y de mecanismos de defensa. Su polaridad va desde el éxito al fracaso en la disminución de la angustia

b) Dimensión Funcionamiento (F): Se define como la dimensión que en un gradiente determinado incluye un conjunto de condiciones subjetivas previas y/o activadas por

el evento disruptivo (*grado de tramitación psíquica, humor, autoestima, autocontrol, proyectos y expresión de los afectos*). Está asociada con la calidad de la mentalización. Su polaridad va desde el conflicto hasta el déficit o desde un máximo hasta un mínimo potencial de transformación y creatividad.

c) Dimensión Vincularidad (V): Se define como la dimensión que en un gradiente determinado incluye un conjunto de condiciones intersubjetivas preexistentes y/o producidas a partir del evento disruptivo (*grado de relación con el otro, confianza en los vínculos, acercamiento afectivo y altruismo*) Está asociada con el estilo de apego. Su polaridad va desde la riqueza hasta la carencia de sostén vincular.

d) Vulnerabilidad<sup>5</sup>: se define como “condición vulnerable” a la superficie triangular que queda incluida en la “zona de vulnerabilidad” del modelo dimensional y que corresponde a la unión de puntuaciones *menores* a 0 en las dimensiones RY, F y V.

e) Resiliencia<sup>6</sup>: se define como “desarrollo resiliente” a la superficie triangular que queda incluida en la “zona de resiliencia” del modelo dimensional y que corresponde a la unión de puntuaciones *mayores* a 0 en las dimensiones RY, F y V.

f) Resoluciones “aquileicas” se definen con puntuaciones positivas de RY mayores a 1 y puntuaciones negativas de F menores de -1. El término se refiere a una modalidad sobreadaptativa con particular impulsividad predominio de funcionamiento narcisista, déficit fantasmático y omnipotencia riesgosa<sup>7</sup>.

g) Resoluciones “neuróticas” se definen con puntuaciones negativas de RY menores a -1 y puntuaciones positivas de F mayores a 1. El término alude genéricamente a la existencia de síntomas que expresan conflicto, que implican resignificación y que se manifiestan de distintos modos de acuerdo a la historia subjetiva.

h) Mixtas: son las resoluciones “aquileicas” con vincularidad positiva (>1) o “neuróticas” con vincularidad negativa (<-1).

i) Indeterminadas: son aquellas no clasificables en las categorías anteriores

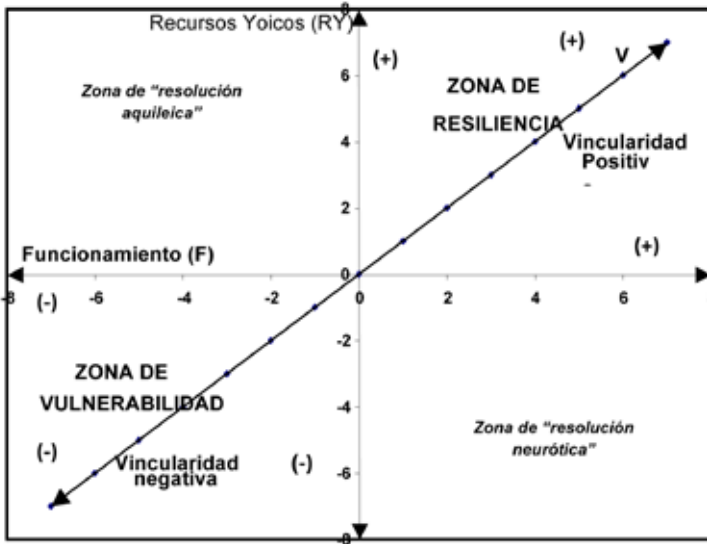
---

<sup>5</sup> Definición conceptual de vulnerabilidad: Condición de funcionamiento psíquico caracterizado por un déficit en la actividad fantasmática y en las capacidades yoicas, y por una tendencia al acto-descarga.

<sup>6</sup> Definición conceptual de resiliencia: Capacidad de sobreponerse y transformar una vivencia traumática.

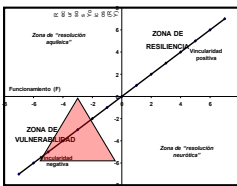
<sup>7</sup> Se caracteriza por una vivencia de invulnerabilidad que oculta la condición vulnerable, cuestión que ejemplifica la figura mítica de Aquiles.

**Figura 1. A: Modelo Dimensional de evaluación**

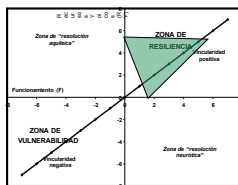


**Figura 1.B. Modelo Dimensional. Ejemplos**

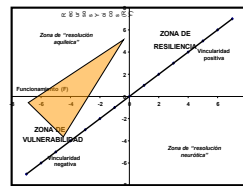
**Cond. Vulnerable**



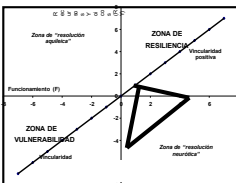
**Desarr. Resiliente**



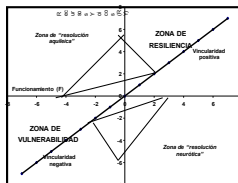
**Resol. Sobread.Aquileica**



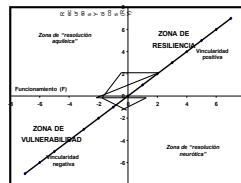
**Resol. Neurótica**



**Resol. Mixtas**



**Resol. Homeostáticas**





### 3.6 Procedimientos

El modelo puede ser utilizado de dos modos:

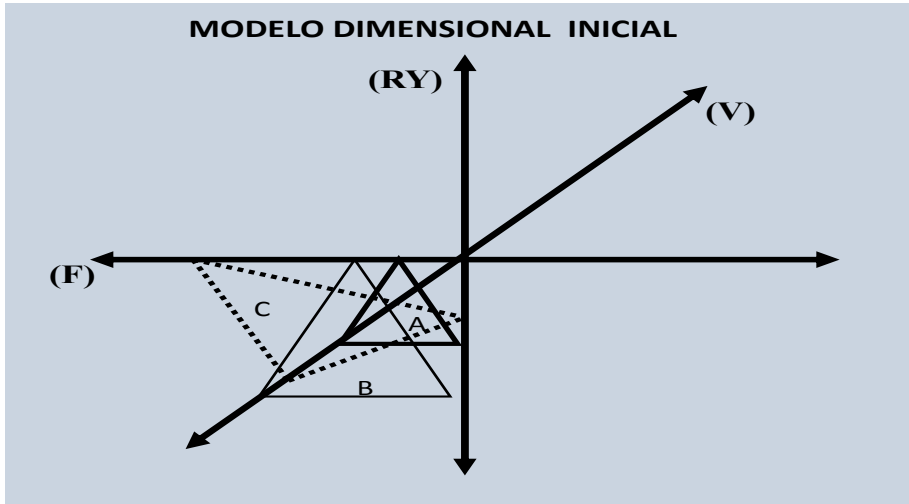
a) Evaluando en el material clínico relatado o transcripto los indicadores –consensuados de acuerdo con sus esquemas referenciales entre terapeuta y jueces externos que determinan una posición relativa del paciente o del sujeto estudiado– en cada una de las tres dimensiones. Este procedimiento se realiza en el marco de talleres donde el investigador propone al analista que presenta el caso y al menos a dos analistas que lo leen y escuchan evaluar de 0 a 10 ( es decir de -5 a 5) cada una de las tres dimensiones después de definir claramente los criterios y realizar un intercambio de ideas sobre el material. En la figura 1C puede observarse un modelo general de orientación. Los conceptos son evaluados por consenso, pero si existen diferencias no consensuales se promedian las puntuaciones que otorga cada juez

**Figura 1C. Procedimiento para evaluación por jueces**  
 Transformación de evaluación cualitativa en  
 cuantitativa para las tres dimensiones

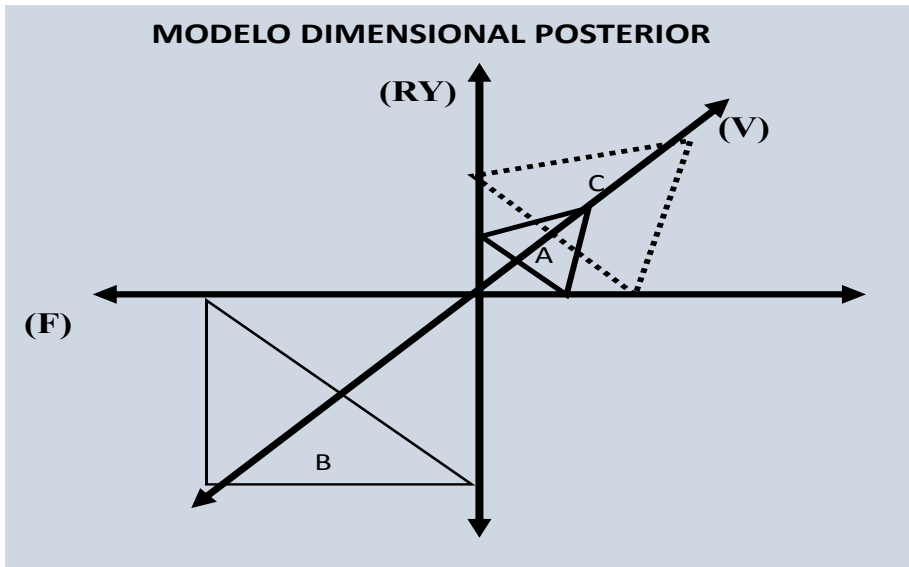
<b>Recursos Yoicos (RY)</b>	<b>Funcionamiento Psiq. (F)</b>	<b>Vincularidad (V)</b>
<b>10 → 5</b> <i>Presencia significativa</i>	<i>Riqueza expresiva</i>	<i>Vivencia de sostén significativa</i>
<b>9-8-7-6 → 4-3-2-1</b>	<b>4-3-2-1</b>	<b>4-3-2-1</b>
<b>5 → 0</b> <i>Indeterminables</i>	<i>Escasa riqueza</i>	<i>Sostén ambivalente</i>
<b>4-3-2-1 → -1,-2,-3,-4</b>	<b>-1,-2,-3,-4</b>	<b>-1,-2,-3,-4</b>
<b>0 → -5</b> <i>Ausencia significativa</i>	<i>Déficit significativo</i>	<i>Falta de sostén significativa</i>

Un ejemplo de esta modalidad de investigación fue realizada con tres mujeres (A,B y C) con similar cáncer de mama durante procesos de psicoterapia psicoanalítica realizados por un analista con experiencia en psicooncología. La paciente A tiene 46 años, dos hijos y desarrolla actividades sociales en la comunidad judía, con cinco años de psicoterapia. La paciente B es una mujer de 51 años perteneciente a la cultura japonesa que vive sola y lleva dos años en psicoterapia. La paciente C de 49 años es docente y delegada sindical, está divorciada con un hijo y cuatro años en psicoterapia con dos profesionales distintos

**Figura 2.A: Pacientes A, B y C con cáncer de mama al inicio de la psicoterapia**



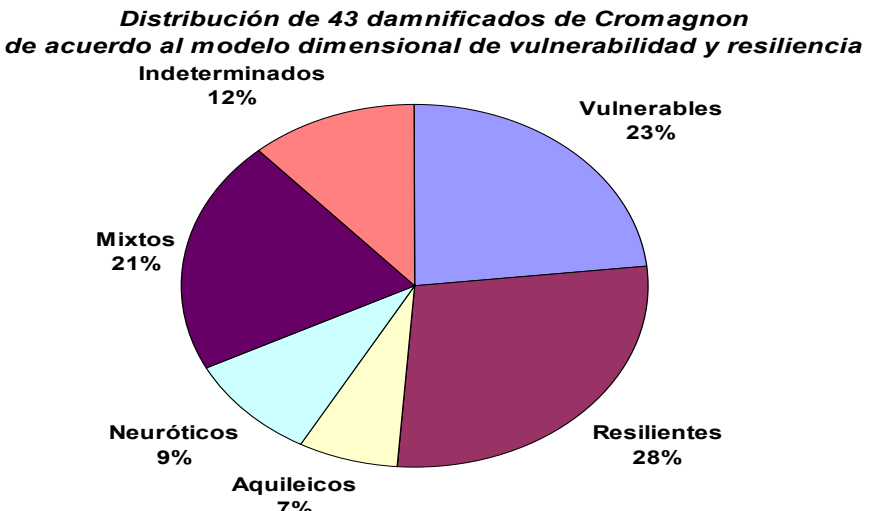
**Figura 2.B: Pacientes A, B y C con cáncer de mama al año de la psicoterapia**



b) Evaluando a través de entrevistas semiestructuradas y/o cuestionarios para obtener puntuaciones standard para las tres dimensiones. Este procedimiento se utiliza tanto para casos individuales del psicoterapeuta investigador de su propio material clínico como para muestras poblacionales afectadas por diversas condiciones de adversidad. En este último caso pueden utilizarse diversos tipos de cuestionarios con la condición que sus puntuaciones se adapten a los diez puntos del gradiente de la puntuación de la dimensión (-5 a 5) Es decir desde el peor valor al mejor valor de la variable pasando por una posición neutra equivalente al cero.

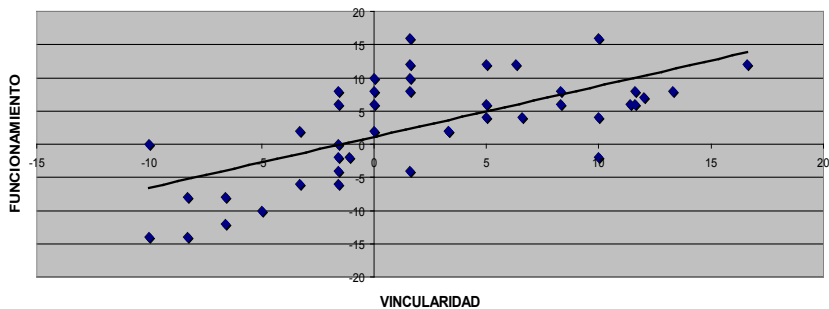
Un ejemplo de esta modalidad fue utilizada en la investigación del estado de damnificados del incendio de Cromagnon a dos años del episodio. (Sivak R, Zukerfeld R., Zonis de Zukerfeld et al.,2007) Se utilizo un protocolo que incluía entrevistas personales, entrevistas telefónicas y cuestionarios de afrontamiento, ansiedad, vulnerabilidad y sostén. Se pudieron obtener datos suficientes de 43 personas con las que se realizaron las triangulaciones y de acuerdo al predominio obtenido se pudo establecer la distribución que se observa en la figura 3. Por otra parte se pudo establecer en esa muestra una correlación positiva entre las dimensiones llamadas Funcionamiento Psíquico y Vincularidad (Fig.4). En la figura 5,A,B y C se pueden apreciar los resultados de tres casos que ejemplifican casi el 60% del total de evoluciones a dos años. Los casos mixtos (21%) ponen en evidencia la singularidad de cada caso y la importancia de valorar los predominios.

**Figura 3. Condición psíquica de 43 damnificados al cabo de dos años**



**Figura 4. Vincularidad (V) y funcionamiento psíquico (F)**

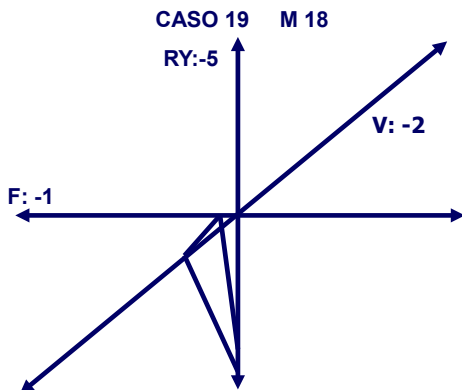
CORRELACIÓN ENTRE VINCULARIDAD Y FUNCIONAMIENTO EN 43 DAMNIFICADOS DE CROMAGNON ( $r=0.43$ )



**Caso 19 “Condición vulnerable”**

C. tiene 18 años, continúa su tratamiento junto con otros damnificados (psicoterapia de grupo) Al principio estuvo en estado de *shock*. Luego mejoró un poco, aunque a dos años del episodio tiene pesadillas recurrentes e intensas sensaciones físicas cuando piensa en lo sucedido. Dejó de hacer las actividades que antes realizaba y también dejó de ver a sus amigos. Tiene mucha dificultad para expresar lo que siente y está en un estado de alerta que le impide trabajar y funcionar socialmente. Se sintió ayudado por sus familiares directos pero poco por su grupo de pertenencia, amigos y novia. Mejoraron sus conductas de autocuidado, pero la percepción de bienestar es muy baja. Se identificó mucho con el grupo de damnificados, con quienes tiene en este momento un vínculo más frecuente que con sus amigos; con ellos realiza su terapia, distintas actividades y crearon una bandera.

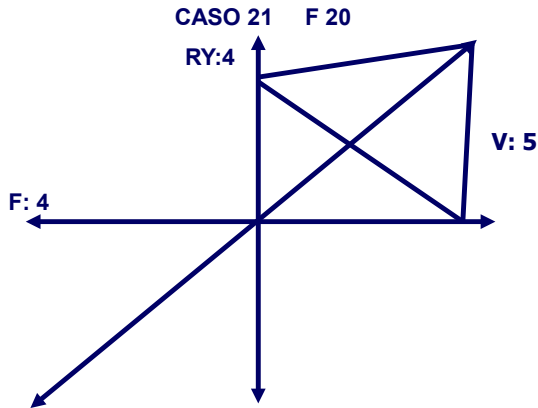
**Figura 5A. Caso 19 Condición vulnerable**



### Caso 21 “Desarrollo resiliente”

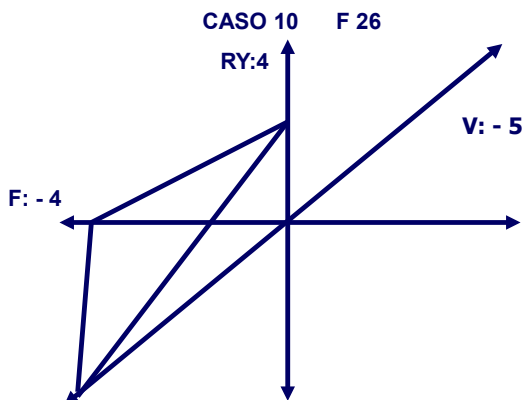
F. tiene 20 años, estudia una carrera universitaria y trabaja. Tiene leves consecuencias psíquicas y somáticas relacionadas al episodio. No se ha alejado de sus amigos y familiares ni ha modificado el vínculo que tenía con ellos antes del episodio. Siente que mejoró su capacidad de comunicar sus sentimientos y la relación con los otros. Piensa que lo sucedido fue “un corte en su vida” “un cambio muy grande” que le permitió crecer como persona. Tuvo mucha ayuda de sus familiares y amigos, mejoró su autocuidado y su relación con los demás, aunque a veces reconoce conflictos con algunos de ellos. Tiene muchos proyectos para el futuro. A partir de su mejoría decidió dejar el tratamiento psicoterapéutico por “no necesitarlo”. En relación al episodio dice “me siento defraudada por la hipocresía de Callejeros” (conjunto de rock). Finalmente dice “quiero terminar mi carrera y trabajar, cerrar la puerta; hacer una vida nueva”

Figura 5B. Caso 21. Desarrollo resiliente



### Caso 10 “Resolución aquileica”

M. tiene 23 años, a dos años del episodio vive aún con cierto estado de alerta y siente que pierde el control fácilmente. Sin embargo dice que el episodio la hizo crecer como persona aunque no tiene proyectos ni sueños personales. Manifiesta dificultades en expresar lo que siente pero dice no tener problemas. Su relación con los demás empeoró y se siente incómoda si tiene que recurrir a otros. Nunca buscó ayuda ni le surgió la intención de ayudar a otros que habían padecido el episodio. En general sus respuestas al entrevistador son escuetas y plantea que evita lugares, conversaciones o actividades que le recuerden el episodio. Desertó del tratamiento psicoterapéutico por “arreglárselas sola” y afirma cuidarse más que antes del episodio en cuestiones de consumo del alcohol o sustancias.

**Figura 5C. Caso 10. Resolución aquileica (sobreadaptación)**

#### 4. Discusión y conclusiones

4.1. ¿Por qué un modelo dimensional? Creemos que la resiliencia, y mejor el desarrollo resiliente, posee una complejidad solamente definible ante la presencia de sucesos o contextos traumatogénicos. Por otra parte, no tiene tipificación estructural, es transnosológico y está fuera de definiciones estándar de salud. Es importante no confundirlo con: dones especiales, buenas evoluciones simples, sobreadaptaciones exitosas o habilidades instrumentales ocasionales.

4.2. En los casos clínicos, a igual patología y adversidad concomitante, la diferencia inicial que muestra el modelo es la mejor vincularidad inicial del caso A, que luego evoluciona hacia la zona de resiliencia. El caso C realiza un cambio notable en la dimensión vincularidad. Se puede suponer que la actitud de desafío y especialmente la búsqueda activa de ayuda a través del vínculo terapéutico y fuera de él, expresado en la dimensión vincularidad explica la buena evolución de A y C. Se puede suponer que en el análisis de los tres casos la función del analista constituyó un eje organizador *por presencia y aptitud para fortalecer los equipos formales e informales* que se organizaron alrededor de la severa patología de los pacientes. Sin embargo, no fue suficiente en el caso B probablemente debido a cierto rasgo caracterológico cultural que implicó aislamiento y una particular omnipotencia.

El modelo dimensional no permite establecer mecanismos causales, pero es útil para alertar acerca de tendencias patológicas por la persistencia de la condición vulnerable. Es claro que dicha condición puede ser previa e independiente del evento disruptivo estudiado (cáncer de mama), pero lo que pone en evidencia el modelo son las dificultades vinculares del caso B. Por otra parte, la representación gráfica permite inferir cierta magnitud de la condición estudiada, de modo que, además de su no modificación al cabo de un año, es evidente el empeoramiento de B (ver figura 2B).

4.2 Entre los damnificados de Cromagnon parece claro *el papel de las redes vinculares* en la posibilidad de desarrollos resilientes teniendo en cuenta que el modelo exige cambios significativos en las tres dimensiones para poder realizar esa categorización y no confundirla con sobreadaptaciones. La comparación clínica entre los tres casos de edad semejante, todos damnificados directos, ejemplifica tres evoluciones diferentes a los dos años del evento. El caso 19 persiste en una condición vulnerable fuertemente identificado con el grupo de damnificados y aislado de otros vínculos. En cambio el caso 21 -que obtiene las puntuaciones que cumplen con el criterio de desarrollo resiliente- tiene proyectos, ha mantenido vínculos significativos, ha desarrollado una actitud crítica hacia el liderazgo del conjunto de rock y desea “hacer una vida nueva”.

El caso 10 -de resolución aquileica- tiene síntomas semejantes a los del caso 19 pero ha desestimado todo tipo de ayuda y dejó el tratamiento psicoterapéutico por considerar que puede “arreglárselas sola” teniendo en general una actitud autosuficiente. En este sentido es importante diferenciar el “no necesitar más psicoterapia” del caso 21 y su autosuficiencia habitual en la sobreadaptaciones

Esta investigación tiende en general a confirmar el papel reparador de los vínculos cuando se padecen episodios traumáticos. En este sentido es claro el valor que adquieren las redes informales y formales para los desarrollos resilientes. Es interesante señalar que estas últimas cumplieron un papel muy importante en la recuperación de los damnificados, pero es discutible -como muestra el caso 19- que ciertas estructuras formales *per se* promuevan desarrollos resilientes. Tal vez una explicación sea que el caso 19 “se embanderó” con el grupo de damnificados y constituya un caso de cierta cristalización identitaria que obstaculiza el cambio psíquico que exigiría el desarrollo resiliente de acuerdo al marco teórico propuesto. El caso 21 expresa probablemente un aspecto reparatorio en el “cerrar la puerta” y “la vida nueva”. Por otra parte está muy integrado en sus vínculos y además ha desidealizado una pertenencia confirmando el valor del “pensamiento crítico” (Melillo, A., 2004) en el desarrollo resiliente. De aquí surge una diferencia importante entre la autonomía del resiliente y la autosuficiencia del aquileico que puede ser elucidada desde una perspectiva psicoanalítica (Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld, 2006) y estudiada con distintas metodologías de investigación empírica.

4.3 El protocolo fue administrado por psicólogos entrenados en su uso predominantemente a través de entrevistas telefónicas estructuradas. Existen -como es sabido- limitaciones propias de este procedimiento, pero la cantidad y calidad de información obtenida en entrevistas personales no fue significativamente mayor. Es de señalar que los reactivos usados debieron adaptarse a la particularidad sociocultural de la muestra y al procedimiento, pero que cada dimensión podría obtener su puntuación a partir de otras escalas o estudios cualitativos. De todos modos lo que creemos más importante es que las exigencias para delimitar tanto la “condición vulnerable” como el “desarrollo

resiliente” necesitaron puntuaciones en el mismo sentido en *las tres dimensiones*. Esto intenta ser consistente con la definición de constructos complejos que a veces se han reducido en algunos ámbitos a “peor o mejor afrontamiento”. En este sentido es posible diferenciar sujetos con “buen afrontamiento” que no realizan transformación alguna (resolución aquileica) y aquellos que sí la han realizado al cabo de dos años (desarrollo resiliente).

El modelo parece ser útil para abarcar las distintas vicisitudes que se producen en sujetos que han padecido eventos con efecto traumático y objetivarlas de un modo que permita evaluar un proceso terapéutico respetando su complejidad.

Pensamos, finalmente, que es necesario poner a prueba el modelo en otras circunstancias de efecto traumático y comparar distintas formas de psicoterapias analíticas y otras psicoterapias, abordajes grupales y comunitarios.

### **Bibliografía**

Benyakar, M. (2003). *Lo Disruptivo*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Benyakar, M. & Lezica, A. (2005). *Lo Traumático. Clínica y paradoja*. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2006.

Baruth, K. & Carroll, J. (2002). A formal assessment of resilience: The Baruth Protective Factors Inventory. *Journal of Individual Psychology*. Vol. 58(3): 235-244.

Cyrułnik, B. (2001). *La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia*. Barcelona: Granica.

Ewart, C.; Jorgensen, R.; Suchday, S.; Chen, E. & Mattwess, K. (2002). Measuring stress resilience and coping in vulnerable youth: The social competence interview. *Psychological Assessment*. Sep. Vol. 14(3): 339-352.

Galende, E. (2004). Subjetividad y resiliencia: del azar y la complejidad. En Melillo, A. y Suárez Ojeda, Rodríguez D. (comps) (2004). *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.

Grotberg, E. H. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En *Resiliencia. Descubriendo las propias fuerzas*. En Melillo, A. y Suárez Ojeda, E. (comp.). Buenos Aires: Paidós, 2001.

Liberman, D.; Aisemberg, E.; D'Alvia, R.; Dunayevich, J.; Fernández Mouján, O.; Galli, V.; Maladesky, A. y Picollo, A. (1982). Sobreadaptación, trastornos psicósomáticos y estadios tempranos del desarrollo. *Rev. de Psicoanálisis*, 39, 5, 845-853.



Melillo, A., Soriano, R., Méndez, J. y Pinto, P. (2004). Salud comunitaria, salud mental y resiliencia. En Melillo, A., Suárez Ojeda, E.N., Rodríguez, D. (comp). *Resiliencia y Subjetividad. Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.

Ospina, D.E. (2007). La medición de la resiliencia. *Invest Educ Enferm.* (25)1: 58-65.

Perry, J. & Bard, E. (2001). *Construct Validity of the Resilience Assessment of Exceptional Students (RAES)*. Paper presented at the Annual Meeting of the National Association of School Psychologists, Washington, DC, April 17-21.

Sivak, R., Zukerfeld, R., Zonis Zukerfeld, R., Ponce, A., Huertas, A.M., Horikawa, C. y Díaz Tolosa, P. (2007). Desarrollos resilientes y redes vinculares en sobrevivientes de la tragedia de Cromañón. Premio APSA 2007, 23º Congreso Argentino de Psiquiatría, Mar del Plata. Abril 19-22.

Tomkiewicz, S. (2004). El surgimiento del concepto. En Cyrulnik, B., Tomkiewicz, S. et al. *El realismo de la esperanza*. Barcelona: Gedisa.

Wagnild, G.M. & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

Zukerfeld, R. y Zonis-Zukerfeld, R. (2006). *Procesos Terciarios: de la vulnerabilidad a la resiliencia*. Buenos Aires: Editorial Lugar.

Zukerfeld, R. y Zonis-Zukerfeld, R. (2006). Vicisitudes de lo traumático: vulnerabilidad y resiliencia. Addenda en Benyakar, M. y Lezica, A. *Lo Traumático. Clínica y paradoja* (Tomo II). Buenos Aires: Biblos.

Fecha de recepción: 12/09/17

Fecha de aceptación: 8/10/17