

Estudio de deseos, defensas e ideales presentes en relatos de quienes atribuyen la cura a sus creencias religiosas.

Claudia Larroca

Resumen

El presente trabajo expone diversos sectores de la investigación en proceso de desarrollo: “Estudio de deseos, defensas e ideales subyacentes en el discurso de personas con creencias religiosas sobre la curación de su propia enfermedad física, considerada grave”, describiendo las propuestas, orientaciones e incluso rectificaciones realizadas. Introducimos la revisión de la literatura pertinente y su articulación con las concepciones teóricas sobre las que se asienta el estudio, guiados por el interrogante ¿Cuáles son los procesos psíquicos subjetivos que ocurren en quienes atribuyen la cura de una severa patología orgánica a sus creencias y prácticas religiosas? Posteriormente, tras una primera inmersión al campo (prueba piloto), se presentarán breves cuestiones metodológicas y se esbozará una tentativa articulación de resultados. Rescatando de este modo, los pasos iniciales de un proceso que intenta comprender los fenómenos psíquicos desde una perspectiva integradora, para arribar a un saber acerca de algunas de las variables que componen la subjetividad.

Palabras Clave: Deseos, defensas, ideales, creencias religiosas, cura.

Abstract

The following article exposes the distinct research sectors in an ongoing development. It is possible to name this research as “The study of underlying wishes, defense mechanisms and ideals in the speech of people with religious beliefs about the healing of a regarded serious disease of their own.” Therefore, the aim of this study is to describe the different approaches, orientations and even rectifications being made by these individuals together with the understanding of psychic phenomena from an integrated perspective in order to find out all the existing subjective variables. We will also introduce the review of relevant bibliography and its link with theoretical concepts leaded by the following question: Which are the subjective psychological processes that people with religious beliefs undergo when assigning the healing of a disease to a certain religious practice? Before answering this question, short methodological issues and provisional results will be presented through a pilot test.

Key words: Wishes, defense mechanisms, ideals, religious beliefs, healing.

Introducción: Acerca de Creencias Religiosas

Inicialmente, señalamos a qué nos referimos con creencias religiosas. En ocasiones la palabra religión es utilizada como sinónimo de colección organizada de creencias o cosmovisiones que respaldan el ejercicio de ceremoniales, aunque filosóficamente como argumenta Shouler (2010) la religión puede ser entendida como un estilo de vida hacia la plenitud. Ortega y Gasset (1941) afirma que cuando el hombre cree en algo de modo incuestionable se torna religioso de ello. Por otro lado, Mircea Eliade (1964) indica que la religión es la configuración de la existencia a partir de las dimensiones profundas de la experiencia humana, que relacionan al hombre con lo último y trascendente; dimensiones que varían de acuerdo a las circunstancias y culturas.

Diversos autores coinciden al presentar la religión como una de las formas a partir de la cual la espiritualidad puede ser experimentada, entendida como un aspecto no material y en contacto con lo trascendente. La religión surge como una construcción social, una interpretación a través de la cual los seres humanos han canalizado y sostenido sus aspectos espirituales. Espiritualidad asociada a una dimensión que incluye creencias teológicas, prácticas y actividades de una congregación como organización institucional.

Sherman (2001) señala que espiritualidad y religiosidad son constructos compuestos y multidimensionales tanto en su conceptualización como para su estudio sistemático. La revisión extensiva de ambos conceptos nos permite concluir que los términos religión y espiritualidad se sobreponen en muchos de sus constructos debido a la falta de consenso, de modo que cada autor delimita el sentido otorgado a espiritualidad y/o religiosidad de acuerdo al contenido de su trabajo investigativo.

Rescatamos la definición etimológica de la palabra religión, proveniente del latín religare, que significa unir. En ese sentido, no aparece ligada a un dios o una teología específica sino que se refiere a la conexión con algo abarcativo y sugiere un sentido de trascendencia, que no necesariamente implica una correlación con determinado culto religioso. Concordamos con el planteo de que no existe una definición simple de religión que exprese todos los aspectos que ésta incluye. Abarcando elementos espirituales, personales y sociales es un fenómeno que se manifiesta en todas las culturas desde el período neolítico hasta nuestros días. Si bien la religión ofrece modelos para organizar la vida desde el tiempo de las sociedades originarias y sirve de

base para los intentos de comprender la existencia, incluye otras dimensiones además de ser entendida solamente como un artefacto social.

Según estimaciones de Shouler (2010), actualmente existen más de 4200 religiones activas en el mundo. Ellas pueden clasificarse de acuerdo a su concepción teológica e teístas (monoteístas, politeístas, henoteístas –creencias en un dios y sub deidades, dualistas – divinidades opuestas), no teístas (budismo) y religiones panteístas naturaleza, universo y dios son equivalentes). Durante los últimos años, los sistemas de creencias religiosos han sido reconocidos de manera creciente en el área de la salud mental y el ámbito psicosocial. Creencias y prácticas religiosas surgen como un recurso cuando la salud está amenazada, proveyendo de significación a tales situaciones críticas. Ofrecen interpretaciones diferentes además de la información médica y pueden apreciarse en las diversas maneras que las personas afrontan el diagnóstico de su enfermedad. Frecuentemente se encuentran testimonios espontáneos de personas que sufrieron enfermedades graves y vinculan su recuperación a sistemas de creencias o ideales religiosos. En sus discursos, tales personas suelen hacer referencia a las creencias y prácticas religiosas como un soporte desde el cual afrontaron su padecimiento y pueden ser considerados como un contexto alrededor del cual se plantea el proceso salud – enfermedad.

Hasta el momento, los mecanismos que subyacen a las creencias religiosas y la vivencia de haber recuperado la salud, aparentemente, no han sido esclarecidos de un modo exhaustivo. Normalmente quienes acceden a la curación a través de métodos no convencionales de la medicina suelen ser ignorados, ya que tales casos no se incluyen en las estadísticas. Siegel (1989) señala que estas curaciones son consideradas como remisiones espontáneas o casos místicos, por lo que no son mencionadas en las revistas científicas. Del mismo modo que creeríamos que la cura de una neumonía se trata de un milagro si se desconociese el efecto de la penicilina, los procesos psíquicos desarrollados en quienes afirman haberse curado mediante sus creencias merecen ser estudiados, sin ser considerados meramente fortuitos.

Revisión Bibliográfica

Con vista a mejorar la comprensión acerca de nuestra pregunta de investigación presentamos una reseña de la revisión bibliográfica sobre diversos desarrollos elaborados hasta el momento, organizados en seis ejes temáticos diferenciados:

1) Vinculaciones entre creencias religiosas, paranormales, tipos de personalidad y sensación de bienestar: Sostiene Alcock (1990) que un fenómeno paranormal es aquel que aún no ha sido explicado en términos de la ciencia y no es compatible con creencias referentes a la realidad actual. Desde una mirada cognitivista, Goran Milas (2010) observa la correlación entre factores de personalidad (según Goldberg) y tipos de creencias paranormales, vinculando factor Apertura (receptividad, curiosidad) con Creencias paranormales Generales; Escrupulosidad con Creencias religiosas tradicionales y Neurosis con Prácticas y rituales severos. Por su parte, resultados de investigaciones de Parra (2012) señalan que quienes han vivenciado al menos una experiencia paranormal reconocen un aumento de su sensación subjetiva de bienestar (optimismo, autoconfianza) y una disminución del temor y tendencia al aislamiento. Las elaboraciones presentadas coinciden al afirmar que los sistemas de creencias paranormales cumplen una función de autoprotección, favoreciendo la aceptación de vivencias de modo adaptativo.

2) Creencias y Prácticas religiosas como modo de afrontamiento ante enfermedades y duelos: Con frecuencia, ante el diagnóstico de una enfermedad que pone en juego la continuidad de la vida, surgen interpretaciones religiosas que favorecen su afrontamiento. Al respecto, Menesses (2011) observa que tanto la importancia atribuida a la religiosidad como la búsqueda de apoyo y asiduidad en sus prácticas religiosas, permiten llenar el vacío que genera una hospitalización en pacientes crónicamente internados. Conclusiones similares son presentadas por Vran Aquino (2011) al señalar que las creencias religiosas reafirmadas por pacientes oncológicos generan menor dependencia hacia los profesionales médicos y reducen el miedo a la reincidencia al atribuir el poder a lo divino por sobre los médicos. Los sistemas de creencias religiosos ofrecen un cambio de perspectiva ante la fatalidad del diagnóstico, modificando la connotación de enfermedad mortal hacia la posibilidad de aprendizajes para un segunda chance de vida. Brindan, además, sentimiento de pertenencia y cohesión grupal. En este sentido, aunque desde otras disciplinas (biología y epigenética), Lypton (2005) reconoce la preponderancia de los factores ambientales por sobre la carga genética en el organismo. Agentes como el estrés, emociones y sistemas de creencias influyen la actividad genética aunque no causen modificaciones en su estructura. El autor afirma que sus estudios sobre células endoteliales avalan la hipótesis que sistemas de creencias podrían tener influencia por sobre la actividad celular.

Por su parte, Slytz Bousso y col. (2011) señalan que ante el proceso de enfermedad y afrontamiento del duelo por pérdida de un ser querido, las creencias y prácticas religiosas pueden ejercer influencias tanto positivas como negativas. Concluyen que cada familia lidia con el duelo de un modo particular, acorde a sus creencias espirituales. Yoffe (2010) afirma, desde la psicología positiva, que la participación en actividades religiosas grupales permite disminuir el sentimiento de soledad ante la pérdida de un ser querido. Promueven sentimientos de calma y una mayor conexión consigo mismo a partir de los valores impartidos. Ambas investigaciones consideran que el modo de afrontar estas situaciones resulta afectado por los sistemas de creencias predominantes.

3) Recursos mágico-religiosos en la búsqueda de salud: La investigación etnográfica de Castilla Vázquez (2008) analiza la articulación entre prácticas religiosas populares y la solución de problemas de salud. Mediante promesas el individuo asume una postura activa a través de invocaciones o sacrificios autoimpuestos en un intento de convencer a las fuerzas superiores a interrumpir procesos de enfermedad. Dossey (2012) tras haber estudiado más de 60 investigaciones documentadas de curaciones no convencionales a través de plegarias, señala que no se hallaron diferencias de resultados de acuerdo al tipo de meditación u oración empleadas, sino la actitud con la que se lo realiza. Sendos estudios coinciden en que las invocaciones o promesas emergen como recursos utilizados en momentos de desesperación.

4) Multiculturalidad, complementariedades terapéuticas: Berger y Luckman (1986) plantean que las sociedades se caracterizan por su capacidad de simbolizar los hechos creando imaginarios que implican la construcción social de la realidad. Prácticas terapéuticas efectuadas en cultos, consultas particulares, grupos de oración y otras actividades en consonancia con los sistemas de creencias conforman la llamada medicina religiosa, según Idoyaga Molina (2008). Una investigación realizada por Ismail (2002) en pacientes epilépticos de Reino Unido, plantea que un tercio de la muestra (inmigrantes, miembros de diversas congregaciones) consideraba su enfermedad como un designio divino, sin embargo, el 98% de los sujetos empleaba la religión sólo como coadyuvante de las ciencias médicas. Ubicado en un contexto sociocultural y geográfico diferente, Korman (2008) estudia (desde el cognitivismo) la complementariedad terapéutica en pacientes diagnosticados con cuadros depresivos pertenecientes a sectores medios y altos de la ciudad de Buenos Aires. El total de la muestra reconoce haber empleado tratamientos considerados alternativos (yoga,

curanderismo, prácticas religiosas, etc.) además de psicoterapia. La mitad de los participantes afirma ser religioso y utiliza estrategias acordes a sus creencias (plegarias, meditaciones, promesas), tratándose de un fenómeno propio de la multiculturalidad. En consecuencia, el autor se pregunta en otra investigación (2011) por el nivel de conocimiento de psicólogos y psiquiatras acerca de la diversidad religiosa presente en su contexto de intervención, cuyo resultado fue “pobre”. Se advierte que la falta de comprensión evidenciada en los profesionales de la salud mental puede llevar a errores diagnósticos. Sosteniendo una visión ingenua que conduce a pensar las patologías como entidades universales descontextualizadas, sin respetar los sistemas de creencias de los contextos multiculturales.

5) El poder del curador y su legitimación social. Curaciones mágico chamánicas:

Mircea Eliade (1964) define al chamanismo como una práctica extática mediante la cual pueblos y sociedades prehistóricas alcanzan la unión con lo sagrado y divino. Los aspectos comunes a todas las concepciones religiosas perduran en la conducta del hombre moderno, aunque degradados de manera sorprendente. Levi Strauss (1976) señala tres elementos esenciales para que la cura pueda suceder: el hechicero, el enfermo y el grupo social. Siendo el principal elemento que caracteriza las curas chamánicas el consenso social, el poder del hechicero funciona como consecuencia de dicha legitimación. En concordancia con dichos aportes, Pelcastre Villafuerte (1999) plantea que en el proceso de cura el paciente deja atrás creencias previas y las sustituye por nuevas significaciones ofrecidas por el chamán, las cuales son ampliamente aceptadas por la comunidad de pertenencia. En dicha comunicación se funden pensamientos, experiencia y sentimientos que sobreviven en la memoria colectiva.

6) Subjetividad: Este eje temático puede subdividirse en dos tópicos: **Los sistemas de creencias religiosas y mecanismos de defensa ante fracasos orgánicos, por un lado y los procesos de conformación de ideales por otro.**

Respecto del primer tópico, rescatamos la postura de Freud quien afirma en diversas ocasiones que sus estudios no agotaban el tema de la religiosidad y alentaba a la realización de nuevas producciones. Respecto de los orígenes de la religiosidad, el autor (1913) señala que la religión totemista se funda en la matanza y devoración periódica del tótem. Tuvo que haber ocurrido que los hermanos mataron al padre de la horda y luego lo comieron para identificarse con él. El enaltecimiento del padre a la condición de un dios, del cual derivaría su linaje, constituyó un serio intento de expiación. Por otro lado, en su ensayo “*Nuestra actitud ante la muerte*” (1915) plantea que tendemos a

hacer a la muerte a un lado, a desmentirla y rebajar su estado de necesidad a una contingencia. El hombre, desde tiempos primordiales, al no poder representarse muerto a sí mismo, no lo admitió y le otorgó el significado de aniquilamiento de la vida. Frente a los cadáveres ideó espíritus y del recuerdo de sus seres queridos nació la idea de vida después de la muerte. La desmentida ante la muerte comenzó desde eras tempranas de la humanidad, permaneciendo de este modo aún hoy en el inconciente.

Maldavsky y col. (2013) describen en un estudio de caso las corrientes psíquicas contrapuestas presentes en un paciente gravemente enfermo, episodios de hundimiento o tendencia a dejarse morir y tendencias al restablecimiento. De las vastas conclusiones presentadas, rescatamos para este tópico que la estrategia a auto engañarse es utilizada como un recurso para sobrevivir. La investigación de análisis del discurso realizada por Plut y de Oliveira (2011) a mujeres que recurrieron a ovodonación para concebir, presenta conclusiones afines. Se pone de manifiesto la intención a auto convencerse e inducir en otros la creencia de que el embarazo fue un milagro. Dicha ficción o desmentida, les permite sustituir la vivencia de fracaso orgánico y la necesidad de recurrir al tratamiento.

Acerca de los procesos de formación de ideales

Freud (1913) señala que si se reconoce como legítima la historia de las cosmovisiones humanas en la cual la fase animista es relevada por la fe religiosa y ésta por la ciencia, no sería difícil observar los destinos de la omnipotencia de los pensamientos propios del psiquismo humano a través de estas fases. Las premisas de la magia son las más originarias y reservan toda su omnipotencia al pensamiento; el animismo confiere una porción de tal omnipotencia a los espíritus internándose en el camino que lleva a la religión, para luego orientarse hacia la cosmovisión científica (en la cual pueden permanecer resabios de aquella omnipotencia en la gran confianza depositada en la ciencia). Sobre estas concepciones han surgido diversas elaboraciones que dan cuenta de la conformación de ideales que caracterizan a los procesos subjetivos.

Freud (1923) afirma que el proceso de formación del ideal va creando una espacialidad más compleja en el psiquismo a costa de diversificar la primera espacialidad yo-ello, donde se ubica el sentimiento oceánico. Tal proceso supone dos componentes: forma y contenido. En consonancia con tales argumentaciones Sánchez Antillón (2013), tras analizar el discurso de coordinadores de comunidades religiosas observa que el ideal religioso presente en los relatos no es el predominante sino el político reivindicatorio en

pro de Justicia, mediatizado por la acción emprendedora. Maldavsky y Plut (2011) comparan las diferencias de ideales presentes entre discursos papales y políticos, observando que en los primeros predominan los ideales de verdad, amor y belleza; mientras que en los presidenciales priman ganancia, justicia y dignidad.

Por nuestra parte, observamos que las investigaciones mencionadas constatan la relevancia de creencias religiosas como estrategias de afrontamiento ante enfermedades. Creencias que pueden resultar a su vez beneficiosas o perjudiciales de acuerdo a la percepción de sus recursos disponibles. Las promesas e invocaciones permiten asumir una posición activa ante la pérdida de la salud. A partir de los fenómenos propios de la multiculturalidad y complementariedad terapéutica se advierte que las personas utilizan más de una estrategia al momento de encarar el diagnóstico de la enfermedad. Estudios basados en curas mágicas y chamánicas describen el proceso de legitimación producida por el contexto social, aunque no logran brindar información suficiente acerca de lo que sucede en quienes obtienen la cura, lo cual nos lleva a indagar sobre los procesos subjetivos. Desarrollos freudianos y estudios sistemáticos de orientación psicoanalítica abordan los mecanismos de desmentida ante los fracasos orgánicos, como también los procesos de formación de ideales. Reconocemos valiosos antecedentes en tales estudios, a la vez que planteamos interrogantes acerca de aspectos ligados a la producción de la subjetividad presentes en quienes atribuyen la cura de su patología a sus creencias religiosas, que aún no parecen haber sido completamente abordados.

Concepciones Teóricas que sustentan nuestro estudio

Tomando en cuenta que esta investigación hace referencia a los procesos subjetivos, consideramos lícito dar cuenta de la visión paradigmática desde la cual concebimos tales procesos. Acordamos con la postura de Maldavsky (1997) quien señala que las ciencias de la subjetividad poseen una disciplina de base: el Psicoanálisis, aunque la teoría psicoanalítica no resulta fácil de sistematizar, fundamentalmente desde la perspectiva epistémica y metodológica. Éste, desde su concepción misma da cuenta de la articulación entre el aspecto teórico (descriptivo y explicativo) y el conjunto de procedimientos y técnicas terapéuticas que se enlazan con dicha teoría. La doble e inseparable cara del conocimiento psicoanalítico (teoría y práctica) establece características epistemológicas particulares. Klimovsky (2009) plantea que si se toma en cuenta la concepción central que domina el panorama científico, conocida como método hipotético deductivo (que admite la distinción entre aspectos observacionales por un

lado, y términos empíricos por otro), puede considerarse que la gran revolución de Freud ha sido correr a la psicología como subrama de la filosofía, y transformarla en una ciencia. Paradójicamente, fue a través de las ciencias naturales que el psicoanálisis demostró que hay fenómenos que pueden sólo entenderse si se toma en cuenta que hay significados y semiosis.

Epistemológicamente el psicoanálisis plantea los mismos criterios y problemas que otras ciencias oficialmente reconocidas, aunque metodológicamente presenta características que lo distinguen. Denota entidades no directamente accesibles para el conocimiento cotidiano concreto (superyó, inconciente, etc.) y pertenece al tipo de disciplinas que manejan términos teóricos como la física o química, que disponen de hipótesis que vinculan términos teóricos con conceptos empíricos. No existe unanimidad acerca del status epistemológico del psicoanálisis, se encuentran posturas totalmente adversas, como las de Mario Bunge y totalmente a favor como Althusser, incluso dentro del psicoanálisis la situación es similar. Desde la corriente francesa se afirma que el psicoanálisis no es ciencia, sino una disciplina que conjuga estrategias semióticas y filosóficas, totalmente irreductible a leyes y teorías. Otra corriente considera a la disciplina psicoanalítica capaz de proporcionar conocimientos científicos, y tal como Freud (1913), señala que se trata de una ciencia natural. Aún psicoanalistas afectos a la estrategia semiótica consideran que el psicoanálisis no es ajeno a las disciplinas científicas, como Liendo o Liberman. Este último (2009) plantea que los psicoanalistas deben establecer un puente entre el tratamiento analítico y la posibilidad de explicar qué sucede allí, para lo cual se necesitan enunciados generales empíricos.

Cabe señalar que actualmente no permanece la idea que la unidad de una disciplina deba caracterizarse por el objeto de estudio, ya que las teorías se modifican a medida que evolucionan sus descubrimientos y desarrollos. Al respecto, Klimovsky (2009) señala que si tomamos como referencia las posiciones de Kuhn o Lakatos observamos que dentro del psicoanálisis existe un paradigma con un núcleo conformado por los conceptos de pulsión, mecanismos de defensa e instancias psíquicas, por ejemplo.

En consecuencia, exponemos definiciones que enmarcan los conceptos sustantivos de nuestra investigación.

Aparato Psíquico: Valls (2009) señala que éste es un modelo para representar el funcionamiento del psiquismo, probablemente tomado por Freud del modelo mecanicista; aunque posee un sentido tópico, dinámico y económico. Sus primeras referencias se hallan en el Proyecto (1895) donde postula que éste se constituye en

íntima relación con el objeto, pues se pone en movimiento después de las vivencias de satisfacción y dolor. Las vivencias dejan huellas, y al unirse con cantidades de excitación forman los deseos objetales, inaugurando así el principio del placer. En (1900) habla de tónica y lugares psíquicos imaginarios, tomando el arco reflejo como base dinámica del esquema, el cual está compuesto por tres sistemas: Inconciente-Preconciente- Conciente, entre los cuales se sitúan censuras que inhiben y controlan el pasaje de uno a otro sistema. A partir de 1920 Freud elaboró la segunda tónica que incluye tres instancias Ello (polo pulsional de la personalidad) – Yo (instancia representante de los intereses de la totalidad de la personalidad) – Superyó (instancia crítica y de formación de ideales). Freud no renunció a armonizar las dos tónicas en varios textos de su obra.

Superyó: Freud (1923) lo define como una de las instancias en la segunda tónica del psiquismo y establece que su función es principalmente la formación de ideales, además de la conciencia moral y auto observación. Surge en el psiquismo a posteriori del Complejo de Edipo, mediante la interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales. El autor (1913) retoma las hipótesis en relación al proceso evolutivo de hominización como herencia psicogenética poniendo de relieve concepciones darwinianas acerca de la formación de grupos en hordas primitivas comandadas por un jefe al cual los hijos se rebelaron, lo mataron y comieron. A posteriori del parricidio se produce una identificación con dicha figura paterna, como constitutivo del Superyó. Esta explicación etnológica – histórica equipara los conflictos infantiles individuales con los conflictos de los primeros tiempos de la humanidad. Maldavsky (1991), señala que si se quiere investigar el proceso de formación de ideales, es recomendable partir de la consideración de la prehistoria de ideal del yo. El Superyó hunde sus raíces en el ello, constituyéndose como representante de la autoridad de los padres, mediante el enriquecimiento de los procesos lógicos permite conservar la ilusión de consustanciación con el ideal.

Preconciente: Hallamos las primeras referencias de Freud acerca del Preconciente en la correspondencia a Fliess (1896). En la primera tónica (1900) el Preconciente es descrito a modo de sustantivo, como un sistema entre el Inconciente y la Conciencia. Ya en la segunda tónica, (1923) el término es utilizado como adjetivo para calificar lo que escapa a la conciencia sin ser lo inconciente en sentido estricto. Lo preconciente es aquello inconciente capaz de convertirse en conciente, a diferencia de lo inconciente que permanece reprimido. Freud afirma que una de las funciones del Preconciente es

conciliar al Yo con los procesos pulsionales, las exigencias de la realidad y las instancias valorativas. Esta conciliación, a su vez, da lugar a las fantasías masoquistas. La otra función del Preconciente implica el intercambio con los semejantes, ya que el desarrollo del lenguaje permite que surjan estructuras más sofisticadas.

Pulsión: Freud (1915) señala que ésta aparece como un representante psíquico de los estímulos provenientes del interior del cuerpo y alcanzan el alma. Consiste en un empuje (carga energética) que hace tender al organismo hacia un fin. Posee su fuente en la excitación corporal (tensión) y el fin es suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional. Gracias al objeto la pulsión puede alcanzar su fin. Hallamos en ella, por tanto, aspectos físicos y psíquicos. Físicos: fuente somática y empuje. Psíquicos: objeto y meta, a la que define como un verbo que se corresponde con una acción que despierta placer en quien la ejecuta, por ejemplo: el placer por succionar.

Pulsión de Sanar: Sigmund Freud (1923), plantea que en el sujeto existe una disposición tendiente a recuperar el equilibrio que disminuye o se pierde cuando sobreviene una perturbación. Además, el autor (1933), hace referencia a ella como el principal aliado con el cual cuenta el analista durante el tratamiento. Agrega que la pulsión de sanar quizás sea un resto de la capacidad presente en animales inferiores de formar nuevos órganos. A esta pulsión se contraponen el concepto de necesidad de estar enfermo. Dicha necesidad representa una tendencia del paciente a abandonarse a sí mismo o dejarse morir, que deviene de profundas alteraciones en la economía de la pulsión. Maldavsky (2013), plantea que la pulsión de sanar surge como una tendencia a recuperar el equilibrio intra – corporal o vincular perdida. La disputa entre la necesidad de dejarse morir y la tendencia de la pulsión de sanar (expresiones de eros y tánatos, respectivamente) se presenta en situaciones en que las personas quedan expuestas a un fuerte desequilibrio de la salud que amenaza la vida.

Deseo: Desde el sentido común, se lo concibe como motivación. Freud (1915) se refiere a la pulsión como un concepto fronterizo entre lo psíquico y lo corporal. Ya en 1905 había propuesto un repertorio para las pulsiones, siendo que cada una podría distinguirse por su zona erógena. David Maldavsky sistematiza la teoría freudiana de las formaciones sustitutivas (actos fallidos, síntomas, lapsus, etc.) en el Preconciente, las cuales recibirán características específicas según la erogeneidad en juego. El autor propone un inventario freudiano para dichas erogeneidades en el cual incluye a la Libido Intrasomática, concepto referido a un estadio pre oral ligado a la vida intrauterina y a los primeros momentos del nacimiento. En 1926, Freud se había

referido a éste como un momento en el cual la libido invierte a los órganos vitales como el corazón y los pulmones. Por tanto, dicho inventario se configura de la siguiente manera: libido intrasomática, fase oral primaria, fase oral secundaria, fase anal primaria, fase anal secundaria, fase fálico uretral y fase fálico genital.

Maldavsky (2001), señala que el deseo puede ser operacionalizado mediante el concepto freudiano de vivencias de satisfacción y dolor, mediadoras entre la pulsión y el mundo simbólico. La operacionalización del concepto de pulsión consiste en proponer determinados rasgos específicos (cualidades diferenciales) para cada una de las mociones libidinales. Los afectos, por su parte, aparecen como el primer contenido de la conciencia, como los primeros representantes de la pulsión

Defensas: Freud (1915) las considera como destinos de pulsión, modos de procesamiento desarrollados por el yo para mediar ante la exigencia de tres instancias: pulsión, la realidad y el superyó. Maldavsky (2001) plantea que éstas poseen dos funciones: rechazar algo conflictivo fuera del yo, y mantener el equilibrio narcisista. Se caracterizan como Funcionales (si permiten un enriquecimiento para la vida psíquica y creciente diferenciación) o Patógenas (si generan empobrecimiento del psiquismo y creciente indiferenciación). Además, se distinguen Defensas Centrales (permiten una clara distinción entre organizaciones psíquicas, por ejemplo: neurosis o psicosis) y Secundarias (posibilitan la diferenciación entre las variedades existentes dentro de una organización). Por otro lado, es posible determinar el estado de las defensas como exitoso (cuando se logra rechazar lo conflictivo y mantener el sentimiento de sí), fracasado (lo conflictivo retorna y surge la angustia) o mixto (cuando lo conflictivo no retorna, pero el Yo no logra mantener el equilibrio narcisista).

Las defensas patógenas centrales, se definen de la siguiente manera:

Represión: Se opone al deseo, denegando a los representantes psíquicos inconcientes de la pulsión una traducción al Preconciente, a la palabra. Interviene en las neurosis.

Desmentida: Refuta los juicios correspondientes a la realidad y a la ley, desviando la atención y el interés hacia otros aspectos. Tiene influencia en patologías narcisistas no psicóticas.

Desestimación de la realidad y la instancia paterna: Se opone a la realidad, a sus representantes psíquicos y a los juicios críticos dirigidos hacia el Yo; atacando y aniquilando los fragmentos yoicos de donde éstos se originan. Actúa en las psicosis.

Desestimación del afecto: constituye una defensa frente a lo nuevo, y lo primero nuevo en la conformación de psiquismo son los afectos. Concepto introducido por Maldavsky

(2001), quien toma en consideración las ideas de Freud (1923) acerca de una defensa de la pulsión de muerte ante Eros. Se caracteriza por la falta de un matiz afectivo, lo que genera un alto costo para el posterior desarrollo del psiquismo, ya que el afecto es el primer representante de la pulsión. Opera en afecciones tóxicas y traumáticas. La ausencia de la aparición del afecto como cualidad abandona a la pulsión, que se degrada a un procesamiento con criterios orgánicos, de modo tóxico.

Las defensas funcionales son adaptativas y su accionar es acorde al contexto, respetando las normas y convenciones. Estas defensas se diferencian de las patógenas porque no tienden a hacer detener o retroceder una acción psíquica creciente. Maldavsky (2013) plantea que las defensas funcionales pueden clasificarse de acuerdo al grado de conciliación entre los sectores en pugna de la siguiente manera: Acorde a fines, Creatividad y Sublimación.

Proceso de producción de ideales: La pulsión y sus destinos, permiten evidenciar la estructura del preconciente, mediante la complejización de la lógica interna. Con la introyección de la instancia paterna se configuran los ideales del yo, que son decantaciones sublimadas de cada erogeneidad. Maldavsky (1991), señala que el proceso de producción de ideales deviene del tiempo en el cual el Yo coincidía con el ideal. El Yo inviste al otro como ideal, y en esa identificación primaria encuentra el sentimiento de sí. La ilusión de omnipotencia sufre transformaciones (como la omnipotencia cinética o nominativa) a lo largo del desarrollo para permitir que el yo coincida con el ideal. Cuando ocurre el registro de la diferencia de los sexos, se rompe la coherencia de la propia imagen con la imagen del ideal; haciéndose necesario recurrir a procesos más complejos. Este proceso se relaciona con la necesidad de renunciar a las investiduras objetales edípicas, y a la introyección de la instancia paterna que conlleva el desprendimiento del pensar sobre el percibir.

Por otro lado, es posible reconocer en la estructura del ideal dos componentes: forma (de origen preconciente) y contenido (de origen inconciente). Maldavsky (1986), señala que el psiquismo va generando ideales más abstractos debido a la necesidad de procesar psíquicamente las exigencias del ello sin tener que realizar el costoso esfuerzo de reprimirlas. Por su grado de complejización podemos distinguir cinco **formas** de ideales: Totémico, Mítico, Religioso, de las Cosmovisiones y Científico – Ético. Por otro lado, las diferentes fijaciones pulsionales van a determinar la producción de un rasgo específico en el **contenido** del ideal. Los cuales no hacen referencia estrictamente a la meta de la pulsión, más bien designan una elaboración psíquica, generando una

imagen del yo tendiente a alcanzarla. Maldavsky (1991) en un esfuerzo de síntesis expone los contenidos en sustantivos como Ganancia, Verdad, Amor, Justicia, Orden, Dignidad y Belleza.

Acerca de creencias religiosas: Freud (1939) considera las creencias religiosas como proyecciones de aspectos internos. Plantea que las experiencias infantiles de la conducta ambivalente del niño respecto de sus padres cobran forma de fe en la vida adulta. Recurre así a la imagen mnémica del padre ambivalente en la niñez elevado a la categoría de divinidad. Señala la posición de la figura paterna como todopoderosa ante el desvalimiento humano, siendo esta búsqueda de protección una raíz de la necesidad religiosa. El autor (1923) afirma que la formación sustitutiva de la añoranza del padre (ideal del Yo) contiene el germen a partir del cual se formaron todas las religiones. El juicio acerca de la propia insuficiencia en la comparación con el ideal da como resultado el sentir religioso que el creyente evoca en su añoranza. Realiza una analogía de la religión con la psicología individual, retomando para ello la especulación filogenética (1913), señalando que los acontecimientos traumáticos vividos por el hombre primitivo permanecen como herencia arcaica en el hombre actual. Dicho factor filogenético opera como un eje constitutivo en la formación del Superyó.

Maldavsky (1991) plantea que la formación de ideales es el camino que posibilita la reelaboración de vínculos primarios, abriendo espacios significativos para posteriores vínculos personales. En el libro *Judeidad y Modalidades Subjetivas* (1993) considera que la posibilidad de sentirse o no judío es un problema afín al creer, a la convicción. En ella se ponen en juego nexos enigmáticos entre modalidades de subjetivación y la eficacia sutil de una erogeneidad, de una vida pulsional que empuja promoviendo en lo anímico determinados desenlaces. La identificación religiosa da cuenta de una labor activa de apropiación, derivada de operaciones psíquicas a través de las cuales el sujeto se constituye por la mediación del encuentro con el otro.

Aspectos Metodológicos

Recordamos que el objetivo de nuestra investigación se constituye en: Analizar los deseos, defensas e ideales subyacentes en los relatos de personas con creencias religiosas acerca de la curación de la propia enfermedad, considerada grave por la medicina. Designamos como instrumento de recolección de datos la Entrevista Semidirigida y como instrumento de análisis de estudio al Algoritmo David Liberman. Tomamos como unidades de análisis: Secuencias Narrativas que manifiestan los deseos,

defensas e ideales, siendo éstas las variables de nuestro estudio. Para la selección de casos se realiza una selección de “sujetos típicos” (criterio intencional), propio de los estudios de casos en profundidad.

Instrumento de recolección de datos: **Entrevista Semidirigida**. Representa un importante instrumento del método científico y dentro de la psicología es uno de las principales técnicas de recolección de información sistemática. Consiste en una guía de asuntos o preguntas a partir de las cuales será posible introducir otras para obtener información adicional o esclarecer alguna cuestión. Asimismo, Sampieri (2010) afirma que en las investigaciones científicas cualitativas este proceso se realiza en espiral, en etapas que interactúan entre sí de modo flexible e integral.

Nuestra entrevista está orientada de acuerdo a determinados tópicos. Cada uno de ellos representa un constructo, una idea que participa en el diseño del instrumento y debe reflejar las teorías que sustentan el fenómeno a estudiar. Dichos constructos se han establecido de acuerdo a un criterio de distribución temporal, y pueden ser expresados como: Momentos previos a la enfermedad (situación personal, vincular, participación en agrupaciones religiosas, etc.); Período de recepción del diagnóstico (impacto y primeras reacciones); Período inicial de la enfermedad (puesta en práctica, manifestaciones de creencias religiosas); Restablecimiento de la salud física (atribuciones a la influencia de sus creencias religiosas) y Situación actual. Consideramos que el criterio de distribución temporal resulta adecuado para nuestro estudio. Al respecto Maldavsky (2001) señala que la trama, el relato en el cual diversos acontecimientos son presentados de acuerdo a un orden causal, brinda coherencia y sentido a la narrativa. Proporciona un contexto que permite comprender hechos, actores, metas, valores y relaciones que conforman una historia.

La recolección de la información representa el comienzo de un proceso que permitirá inferir el modo en que los entrevistados construyen sus relatos; desplegando distintas escenas en las que quedan reflejados deseos, tipos de personajes, ideales y procesos defensivos. Son exploradas en los mencionados constructos las siguientes dimensiones: Creencias religiosas como proyección de aspectos internos, Creencias religiosas y mecanismos defensivos ante procesos orgánicos, Conformación de ideales, Procesos pulsionales y defensivos que caracterizan a la subjetividad (tópicos desarrollados en el apartado Concepciones Teóricas).

Instrumentos a utilizar para el Análisis de Datos

Algoritmo David Liberman (ADL). El Algoritmo David Liberman, desarrollado por Maldavsky (1997,1999, 2013) se erige como un método para el estudio del lenguaje que permite identificar las fijaciones pulsionales que constituyen los deseos, y las defensas en diferentes niveles: un nivel macro que incluye el relato; y un nivel micro, que incluye actos del habla y redes de palabras. El término algoritmo alude a una serie de pasos secuenciados que describen un proceso requerido para obtener determinados resultados. El ADL puede definirse como un método deductivo basado en la metapsicología freudiana que ofrece los recursos necesarios para evaluar las sutilezas de las manifestaciones del lenguaje.

Maldavsky (2004) recupera la atención hacia el preconciente, considerándolo como mediador entre las hipótesis de deseos y defensas por un lado, y las manifestaciones discursivas por otro. Puede afirmarse que el ADL conjuga las ventajas de la sistematicidad y la confiabilidad de su validez teórica. La hipótesis central del método considera que cada lenguaje expresa un determinado deseo, en la cual la teoría freudiana de la erogeneidad constituye el fundamento para caracterizar los discursos y representa la base del método de investigación.

En nuestro estudio analizaremos las secuencias narrativas de relatos, permitiendo detectar deseos y defensas, las que pueden ser inferidas por la posición del hablante en las escenas que narra. Para lo cual se ha construido un repertorio acotado deseos, expresados en la Grilla para el análisis de deseos (inventario abarcativo que incluye las opciones posibles en relación a los puntos de fijación enlazados con escenas específicas, articulando fantasías primordiales con la teoría del relato) y una categorización de las defensas, proceso descrito en el Instructivo (que permite detectar defensas opuestas a la realidad o al deseo, si son funcionales o patológicas y su estado exitoso, fracasado o mixto) . El método proporciona resultados multivariados, concibe la dinámica psíquica como el producto de la coexistencia de varios deseos y defensas.

Primera inmersión al campo

La implementación de la prueba piloto favoreció la posibilidad de optimizar y rectificar cuestiones metodológicas en el instrumento de recolección, como también discutir algunos comentarios acerca de los resultados preliminares. Por ejemplo, en la entrevista fueron reducidas ciertas preguntas al observarse que medían un mismo aspecto, respetando así el Criterio de Homogeneidad señalado por Sampieri (2010) quien indica

que al observarse una alta correlación entre diferentes preguntas que miden un mismo aspecto es conveniente optar sólo por una de ellas.

Tras la aplicación del instrumento de análisis a la mencionada prueba piloto, discutiremos algunos avances de resultados provisionales (y aún parciales) intentando describir deseos, defensas e ideales que dotan de distintivas características a la subjetividad. Abrimos la posibilidad de reflexionar acerca de los datos obtenidos en relación a las concepciones desarrolladas por diversos autores acerca de la pregunta que guía nuestra investigación.

Breve Discusión

En este análisis preliminar hemos podido inferir la presencia de varios lenguajes del erotismo, con predominio del deseo oral primario (O1), libido intrasomática (LI), oralidad secundaria (O2), y erotismo anal primario (A1) respectivamente. En cuanto a las defensas prevalecen la desmentida, y la desestimación del afecto como patógenas (tanto exitosas como fracasadas), y la defensa acorde a fines como mecanismo defensivo funcional.

Tales procesos de desmentida pueden relacionarse con los argumentos freudianos (1915) referidos a la actitud de desmentida ante la muerte, como también con la pugna entre la tendencia a dejarse morir y al restablecimiento de la salud descritas por Maldavsky (2013). Se evidencian además, contenidos que pueden corresponderse con los procesos de afrontamiento que ocurren ante el diagnóstico de una patología que amenaza la continuidad de la vida. Se advierte que las creencias religiosas disminuyen la dependencia de paciente hacia el personal médico y reducen el miedo a la reincidencia al atribuir el poder a lo divino y no solamente al personal de la salud, tal como señalan Vran Aquino (2011) y Menesses (2011).

De acuerdo a los resultados, cobran preponderancia los andamiajes defensivos presentes en la desmentida exitosa de procesos corporales en pro de la exaltación de certezas y convicciones religiosas vinculadas al deseo oral primario (O1). Las secuencias narrativas estudiadas evidencian el valor de la erogeneidad oral secundaria (O2) (que incluye algunos contenidos de tipo anal primario aunque correspondientes a este deseo) emparentadas posiblemente con el surgimiento de síntomas psicósomáticos y estados tóxicos de consumo vinculados a la libido intrasomática (LI), mediante el mecanismo de desestimación del afecto en estado disfórico. En relación a este aspecto y desde otra orientación teórica, Siegel (1989) señala que las enfermedades responden a procesos

internos y no al azar. De acuerdo a sus observaciones los pacientes psicóticos difícilmente contraen enfermedades orgánicas graves debido a la pérdida del lazo con la realidad. La patología orgánica surge, según el autor, como un modo de enfrentar procesos internos en los cuales se acentúa el desamparo. Bajo una mirada kleiniana, Melo (1988) plantea que la vulnerabilidad del yo ante la frustración representa la condición básica capaz de generar tanto neurosis como enfermedades orgánicas, enfatizando la importancia de la cohesión del yo como indicador de salud física y mental.

Pueden describirse diversos modos de organización de los deseos y las defensas: advirtiéndose en primer lugar la combinatoria de la desmentida -en estado fracasado- con el deseo oral secundario (O2 + desmentida fracasada), derivando hacia la ligazón de la libido intrasomática con la desestimación del afecto -en estado fracasado- (LI + desestimación de afecto fracasada). Dicha combinatoria inicial se orienta hacia otras que parecieran señalar su proceso hacia el restablecimiento de la salud, en una de las cuales el deseo oral primario acompañado de una desmentida exitosa (O1 + desmentida exitosa) resulta en erotismo intrasomático con defensas acorde a fines (LI + acorde a fines). Otra ligazón vincula también el deseo oral primario que se enlaza con la defensa acorde a fines exitosa (O1 + acorde a fines) y deriva hacia la combinación de libido intrasomática con defensa acorde a fines (LI + acorde a fines).

El recurso utilizado para afrontar estos estados pareciera sustentarse en la eficacia o no de la oralidad primaria (O1) y secundaria (O2) ya que cuando este deseo se combina con defensas exitosas (patológicas o normales) el relato logra un estado de mayor equilibrio en una aparente resiliencia. Esta situación merece ser estudiada en profundidad, ya que hallamos una aparente vinculación entre el deseo anal primario (A1) y la conformación de la patología orgánica (LI). El relato manifiesta la repetición de una secuencia en la cual inicialmente el deseo anal primario (A1) lo llevaría a enfermar, y tomaría otros desenlaces con la intermediación del ideal místico (propio del deseo O1) y el amoroso (característico de O2). De ello puede inferirse que los estados afectivos conflictivos en relación a sus vínculos cercanos (O2+desmentida fracasada) caracterizados por sentimientos de injusticia, odio y enojo (propios de la erogeneidad A1) parecieran estar ligados a estados tóxicos y de consumo (libido intrasomática +desestimación del afecto fracasada). Lo cual logra revertir cuando se combinan las defensa acorde a fines exitosas junto a un estado místico de unión con dios (deseo O1+defensa acorde a fines), que lo orienta hacia una valoración suprema del amor a los otros (O2+acorde a fines

exitosa) y finalmente hacia la cura (libido intrasomática +defensa acorde a fines). Es decir, aparentemente sustituye el afán vengativo producto del sentimiento de injusticia y rencor (A1) en pos de un ideal místico (O1), a través de un ideal amoroso (O2) de perdón, gratitud y reconciliación que lo encamina hacia el restablecimiento de la salud (LI).

El destino de la combinatoria entre la libido intrasomática y la defensa acorde a fines, acompañada del deseo oral primario y secundario con el éxito de la desmentida, abre un interrogante para nuestro estudio, ya que se trata del éxito de una defensa patológica. Al respecto, concordamos con Maldavsky (2013) quien sostiene que las defensas funcionales pueden ser las mismas que las patológicas, pero se diferencia en que éstas no suponen una tendencia a hacer retroceder la complejización psíquica. La desmentida como defensa funcional presenta características acorde a fines y permite desplegar acciones tendientes a la complejización psíquica desconociendo fragmentos de la realidad. Puede ser observada en situaciones de crisis sociales y situaciones traumáticas individuales, como una enfermedad terminal por ejemplo.

En esta instancia surge la pregunta acerca de la dinámica que acontece en este proceso inicialmente patológico, devenido en funcional. Sobre este punto, rescatamos la opinión de M'uzan (1995) quien observa (desde la práctica clínica) que este tipo de desmentida instala en cierto punto una posición megalomaniaca de omnipotencia, la cual es utilizada por algunos pacientes como una estrategia para aminorar el avance de graves patologías orgánicas, como el cáncer. Se refiere así al pasaje de una desmentida patológica a una funcional en la cual se mantienen aislados los juicios provenientes del yo real definitivo, con el objeto de aceptar una realidad irreductible aunque de un modo más soportable y al servicio del equilibrio de la organización yoica.

Es posible dar cuenta de las representaciones grupo presentes en los relatos que ponen de manifiesto diversos contenidos tales como el de Verdad (correspondiente al deseo oral primario) relacionado a sus convicciones religiosas, el contenido Amor (vinculado a la oralidad secundaria) afín a los vínculos afectivos, y contenido Ganancia (predominio de libido intrasomática) emparentado a conductas tóxicas y conformación de enfermedades orgánicas. Hallamos referencias, además, a las representaciones grupo en sentido formal, por ejemplo las de tipo religioso (con pregnancia en las secuencias narrativas) como ser el acceso a una verdad a través del amparo divino. Asimismo, se presentan representaciones intermedias como las de tipo mística o heroica vinculada a representaciones de líderes espirituales con dones excepcionales. En relación a ello

recordamos a Freud (1923) quien afirma que la formación sustitutiva de la añoranza del padre contiene el germen a partir de cual surgen las religiones. La formación de ideales es el camino que posibilita la reelaboración de vínculos primarios y abre espacios significativos para las posteriores ligazones. Maldavsky (1991) plantea que en las llamadas experiencias místicas ocurre un proceso en el cual el yo real definitivo vuelve hacia el yo real inicial a través de amparo del superyó, y en ese movimiento intenta conquistar una lógica primordial. Sucede entonces una regresión a los fundamentos, similar a lo que ocurre con los trastornos psicósomáticos. El goce intrasomático con prescindencia de cualquier relación de objeto que caracteriza a este tipo de afecciones tiene algo en común con la mística, con la beatitud, con lo divino.

Por último, recordamos que la validación de las dinámicas y procesos descritos hasta el momento, sólo podrá ser evidenciada a medida que se recolecten y analicen los datos aplicados a la totalidad de la muestra. Tal como señala Hernández Sampieri (2010), en los diseños cualitativos durante la praxis misma van surgiendo nuevas hipótesis de trabajo que se afinan paulatinamente conforme se recaban más datos.

A modo de colofón

Responder al desafío que implica presentar conclusiones finales ante la presentación de un proyecto de investigación y su primera puesta a prueba resulta cuasi paradójal. Sin embargo nos aventuramos, a modo de oxímoron, a plantear que en el devenir de este recorrido intentaremos dar respuesta a interrogantes que aún no han sido respondidos de modo exhaustivo ligados a la producción de la subjetividad, que pueden ser expresados en la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los procesos psíquicos que ocurren en quienes afirman que han revertido el curso de una grave enfermedad mediante sus creencias y prácticas religiosas?

Tal como plantea Chiozza (2016) la enfermedad orgánica representa una forma de lenguaje, y una vez que aprendemos a leerla, surge como un capítulo de la biografía individual. Consideramos que expresiones como remisión espontánea o curas extraordinarias aluden a aspectos azarosos o ajenos a la persona, sin embargo, dicho restablecimiento implica la existencia de procesos internos que merecen ser estudiados. Las respuestas a tales interrogantes pretenden enriquecer el bagaje de conocimientos en el área de la salud mental y psicosocial, realizando aportes originales ligados a la metapsicología en torno a sistemas de creencias religiosas. Intentamos brindar una contribución a la psicología clínica ofreciendo conocimientos acerca de ideales y

creencias presentes en la población a la que se asiste. Lo cual resulta de utilidad para la comprensión de los pacientes y evitar la posible patologización por desconocimiento y falta de información.

Bibliografía

- Alcock, J. (1990) *Science and Supernature*, Prometheus Books, 1990, USA.
- Berger y Luckman, (1986). *La construcción social de la realidad*. AE. Bs. As
- Chiozza, L (2016) *¿Por qué enfermamos?* Paidós, Bs. As.
- Dossey, L (2015) *Prayer is a good medicine*. Harper Collins, NY.
- Eliade, Mircea (1964) *Lo sagrado y lo profano*. Ed. Paidós Ibérica. España.
- Freud, S. (1913) Tótem y Tabú. *Obras completas* AE. Vol. 13, Bs As.
- Freud, S. (1915) Pulsiones y destinos de pulsión. *Obras completas* AE. Vol. 14, Bs As.
- Freud, S (1915) De guerra y muerte. *Obras completas* AE. Vol. 14, Bs. As.
- Freud, S. (1919) Pegan a un niño. *Obras completas* AE. Vol. 17, Bs. As.
- Freud, S (1923) El Yo y el Ello. *Obras completas* AE. Vol.19, Bs As.
- Freud, S. (1926) Psicoanálisis. *Obras completas* AE. Vol. 20, Bs. As.
- Freud, S. (1940) Esquema del psicoanálisis. *Obras completas* AE. Vol. 23, Bs. As.
- H. Sampieri, R (2010): *Metodología de la Investigación*. Mc Grow-Hill, México.
- Klimovsky, G. (2009) *Epistemología y Psicoanálisis*, Vol. II. Ediciones Biebel, Bs, As.
- Korman y Molina (2008) *Cultura y Depresión*. Akadia. Bs.As.
- Liberman, (2009) *Lingüística, interacción comunicativa*. Letra Viva, Bs. As.
- Lypton, B (2005) *The biology of belief*. Butterfly, SP.
- Maldavsky, D (1986) *Estructuras Narcisistas*. AE. Bs. As.
- Maldavsky, D (1991) *Procesos y estructuras vinculares*. AE. Bs As.
- Maldavsky, D (1993) *Judeidad y Modalidades Subjetivas*. Nueva Visión, Bs. As.
- Maldavsky, D (1997) *Sobre las Ciencias de la Subjetividad*. Nueva Visión, Bs. As.
- Maldavsky, D. (2001) *Investigaciones en procesos psicoanalíticos*. Nueva Visión. Bs. As.
- Maldavsky, D (2013) *ADL Instrumento de evaluación deseos y defensas*. Paidós, Bs. As.
- Melo, F (1988) *Abordagem psicossomático em gastroenterologia*. Ed. Astúrias. SP
- M'uzan, J (1995): *La boca del inconciente*, AE, Bs. As.
- Ortega y Gasset (1941) *Obras Completas*. Tomo IV. Taurus. España.
- Sherman, A. (2001) *Faith and Health*. Guilford Press, NJ

Sholuer, Kenneth (2010). *The everything world's religion book*. Ed. Adams Media, USA.

Siegel, Bernie (1989). *Amor, medicina milagrosa*. Espasa libros, Barcelona.

Valls, J (2009) *Diccionario Freudiano*. Gaby Ediciones, Bs As.

Web:

Castilla Vázquez, C. (2011) *Rezar para sanar* Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/download/articulo/2795562.pdf>

Ismail, H. (2002) *Religious beliefs about causes and treatment of epilepsy*. Recuperado de: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/neuroweb383.htm>

Korman, G. (2011). *Exploración en profesionales de la salud mental de Bs As, Argentina*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18424417011>

Maldavsky, D y col. (2013) *La pugna entre sanar y dejarse morir: Corrientes psíquicas contrapuestas en un paciente severamente enfermo*. Recuperado de: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/2039>

Maldavsky, D. y Plut, S. (2015) *Similarities and differences between papal discourses and presidential speeches: wishes, values, scenarios, spaces and agents*. Recuperado de: <http://cirworld.org/journals/index.php/jal/article/view/4254>

Menesses Duarte, F. (2011) *Religião e Espiritualidade*. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n1/a07v27n1>

Milas, G. (2012) *Paranormal beliefs and personality traits*. Recuperado de: [file:///C:/Users/Juan%20Jose/Downloads/CEEOL%20Article%20\(1\).PDF](file:///C:/Users/Juan%20Jose/Downloads/CEEOL%20Article%20(1).PDF)

Parra, A. (2012) *Experiencias paranormales y sentido de la vida*. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272013000200011&script=sci_ar

Pelcastre Villafuerte, B. (1999). *La cura chamánica*. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v41n3/41n3a10.pdf>

Plut y De Oliveira(2012) *Ovodonación*. Recuperado de: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/1736>

Sánchez, A. (2013) *Análisis de relatos de coordinadores eclesiales* Recuperado de: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2402/>

Szylit Bousso(2011) *Crenças religiosas, doença e morte* Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200014

Vran Aquino, V. (2007). *O significado das crenças religiosas*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421872007>

Yoffe, L. (2010) *Efectos positivos de la religión y la espiritualidad*. Recuperado de:
<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2012.pdf>

Recibido 14.02.17

Aceptado 22.02.17