



**VULNERABILIDAD Y RESILIENCIA : PERSPECTIVAS PSICOANALÍTICAS  
ACTUALES**

*Dr. Rubén Zukerfeld<sup>1</sup>*

***1. Sobre el constructo vulnerabilidad***

***1.1 Metapsicología y modelo general***

La perspectiva psicoanalítica de este trabajo implica pensar en un psicoanálisis atravesado tanto por las neurociencias como por las disciplinas de la subjetividad y ubicado en su contexto histórico, que en la actualidad latinoamericana es el de la desigualdad social asociada a la economía de mercado, con sus efectos de desocupación y expulsión social. Es desde esta perspectiva que creo importante para el psicoanálisis tener en cuenta el valor de la noción de *vulnerabilidad* como una categoría que alude a la probabilidad de respuestas disfuncionales somáticas y comportamentales frente a condiciones de adversidad. Por otra parte es importante considerar las vicisitudes subjetivas que se juegan desde las manifestaciones de enfermedad (vulnerabilidad exitosa) hasta aquellas manifestaciones que llamamos de “invulnerabilidad aquileica” (vulnerabilidad compensada) y en especial lo que entendemos como subjetividad resiliente (vulnerabilidad transformada).

En trabajos anteriores (Zukerfeld & Zonis Zukerfeld, 1999) hemos planteado que desde el punto de vista psicoanalítico la vulnerabilidad podría entenderse como el resultado de la *crystalización* de un modo de funcionamiento psíquico *universal* que consideramos propio del inconsciente *escindido*, es decir de lo irrepresentable<sup>2</sup>, que solo consiste de huellas activables pero no evocables producto de las vivencias traumáticas. Este funcionamiento *coexiste* con el organizado alrededor del conflicto y la represión, que en las neurociencias

---

<sup>1</sup> Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP)- Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). Moldes 981(1426) Buenos Aires. [errezeta@fibertel.com.ar](mailto:errezeta@fibertel.com.ar)

<sup>2</sup> En toda la historia del psicoanálisis creemos que lo que entendemos como inconsciente escindido ha recibido distintos nombres que van desde la pantalla beta de Bion hasta lo originario de Aulagnier y desde el teatro de lo imposible de Mc Dougall hasta lo incógnito de Rosolato, incluyendo lo negativo en Green, Missenard y diversas e importantes ideas al respecto de Botella, Kaës y Rousillon

estaría asociado a las memorias declarativas propias del circuito hipocampo-cortical. En cambio el funcionamiento escindido conviene entenderlo como de predominio de la memoria emocional implícita del circuito amigdalino-hipotalámico. Este predominio cuando alcanza cierta cristalización define lo que entendemos como vulnerabilidad *cuya expresión clínica habitual es la precariedad de la vida fantasmática, una tendencia a la descarga y una carencia de recursos del Yo que incluye distorsiones cognitivas, dificultad en la elaboración de duelos y estilos de afrontamiento inadecuados.*

Definido así este constructo entendemos que sería dependiente de tres conjuntos de factores (ver Figura 1):

a) la historia singular de adversidad vivenciada: es indispensable la jerarquización de la noción de vivencia traumática y su relación con la angustia automática para explicar la vulnerabilidad.

b) la condición de *calidad de vida* alcanzada : todas las variables que se estudian en las ciencias de la salud en relación con el estado objetivo de la vida de un sujeto<sup>3</sup> y en especial con la percepción subjetiva de bienestar influyen para determinar su vulnerabilidad

c) en especial *las características históricas y actuales de la red de vínculos intersubjetivos con su valor de sostén e identificadorio* portador de los ideales culturales dominantes .Esta red vincular se percibe subjetivamente en última instancia como apoyo o como stress y es decisiva para considerar la vulnerabilidad de un sujeto determinado o de un grupo social

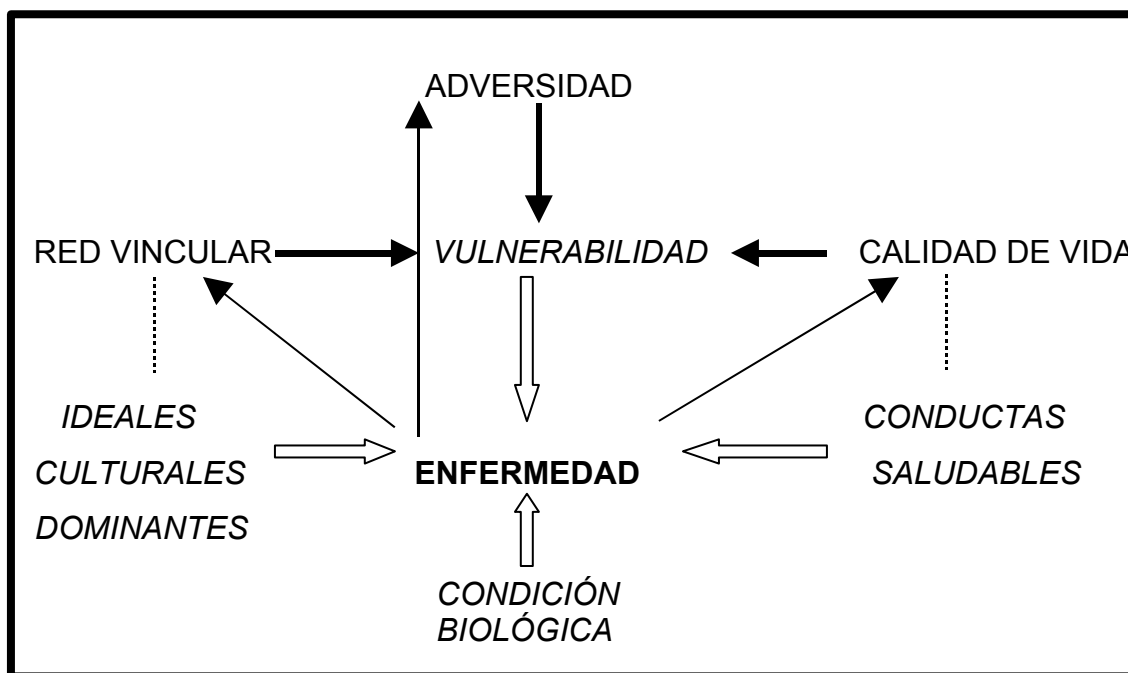
Las variables mencionadas no son factores de riesgo en el sentido médico tradicional del término, sino más bien una constelación compleja y recursiva de factores donde la enfermedad ya constituida se convierte en suceso traumático, altera la calidad de vida y la red vincular. Por otra parte lo que entendemos como vulnerabilidad –un predominio psíquico- es una condición inespecífica porque no determina desarrollo hacia tal o cual patología. Consiste en realidad en un *potencial* que puede manifestarse en concurrencia o no con factores de tres ordenes diferentes: aquellos que se describen como *biológicos* (incluyen lo genético, lo congénito y lo adquirido en el primer año de vida) , los que las

---

<sup>3</sup> Estas variables incluyen las necesidades básicas que Allardt (1996) clasifica en ‘tener’, ‘amar’ y ‘ser’ y la existencia o no de sus satisfactores.

ciencias sociales y el psicoanálisis pueden definir como *ideales culturales dominantes*<sup>4</sup> y los que la medicina actual define como *conductas saludables*.

FIGURA 1. MODELO GENERAL DE LA VULNERABILIDAD



Creemos que la importancia del constructo vulnerabilidad está dada por el hecho que en su composición integra factores que operacionalizamos en una escala<sup>5</sup> de administración sencilla que fue estudiada en población general, en condiciones especiales psicosociales como embarazo y desocupación, y en enfermos crónicos de distintas patologías (hipertensos, diabéticos, hipotiroideos, obesos mórbidos, osteoporóticos, autoinmunes, oncológicos). En la población general de clase media de la ciudad de Buenos Aires (n=120) se pudo determinar que existían sujetos enfermos con alta puntuación en la escala (28%), sujetos enfermos con baja puntuación en la escala (13%), sujetos no enfermos con alta

<sup>4</sup> Se trataría a nuestro modo de ver de las *ofertas* que una determinada cultura realiza para *regular la autoestima* de sus integrantes. Adquieren distinta relevancia si su subjetivaciones vía Ideal del Yo o si se asimilan al Yo Ideal. (ver más adelante)

<sup>5</sup> EVS-25. Se trata de un instrumento de 25 ítems con sistema Likert cuya confiabilidad medida por alfa de Cronbach (0.76), su análisis factorial (factores ansiedad difusa y depresión, déficit vincular y de autoestima, alexitimia, sobreadaptación, pensamiento operatorio y descarga somática) y su validez convergente con STAI-r, BDI, TAS-26; GHQ-28 y Escala de Sucesos de Vida, le dan utilidad para screening y diseño de estrategias terapéuticas. (Zukerfeld & Zonis Zukerfeld, 1999)

puntuación (12%) y finalmente sujetos no enfermos con baja puntuación (47%) demostrándose asociación entre vulnerabilidad y enfermedad (Chi square 24,85,gl,1,  $p < .001$ )

Esto permitiría entonces en la clínica una revisión de las categorías sano – enfermo reformuladas ahora en términos de cuatro tipos: sujetos vulnerables – sintomáticos (VS), vulnerables – asintomáticos (VA), no vulnerables –sintomáticos (NVS) y no vulnerables – asintomáticos (NVA) Es importante aclarar aquí que el sentido del término “sintomático” alude a síntomas y signos que se explican médicamente<sup>6</sup>

## **2. Resiliencia**

2.1 En una investigación empírico sistemática sobre vulnerabilidad realizada en la Universidad de Buenos Aires, encontramos un patrón común en el subgrupo de los NVA, constituido por la existencia de *proyectos vitales, percepción subjetiva de ayuda, buen humor, afrontamiento mental del dolor y autocontrol*. Este patrón coincidió en varios aspectos con el obtenido por los investigadores de los aspectos psicosociales del constructo *resiliencia* definida como “el proceso o la capacidad para desarrollar una adaptación exitosa en circunstancias asociadas con disfunción psicológica y baja competencia” (Rutter, 1987; Fonagy, Steele, Steele, Higgitt, &Target, 1994) y también “como la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” ( Grotberg,2001 ) Se trata de una noción que fue descrita inicialmente en niños que han tenido desarrollos adaptativos exitosos pese a condiciones de contexto muy adversas que predecían lo contrario. Posteriormente se extiende a sujetos de cualquier edad en distintas condiciones contextuales.. Existen distintos enfoques desde perspectivas biológicas, sociales y psicológicas pero para la investigación psicoanalítica es particularmente interesante el estudio ideográfico de Stein, Fonagy, Ferguson y Wisman,(2000) en el llamado caso Billy. En este caso los autores demuestran la importancia de los vínculos y de encontrar figuras de apego para el desarrollo adecuado de un niño que padeció abusos, que tenía un notable retraso y cuyo pronóstico psiquiátrico era la esquizofrenia Por otra parte los desarrollos de Fonagy *et al* de la noción de función reflexiva en relación con la de apego seguro implica que el sujeto perciba en el estado

---

<sup>6</sup> No se refiere a síntoma en el sentido psicoanalítico. Por otra parte en todas las categorías pueden haber síntomas neuróticos como expresión independiente del funcionamiento coexistente y universal de lo reprimido-represor.

mental de su cuidador (o de su vínculo significativo) una imagen de sí mismo como deseante, con creencias y características propias lo que es central en la constitución del self. En términos generales cuando se estudian los fundamentos psicológicos del concepto de resiliencia se privilegia la interacción *con otro que garantice reconocimiento* y la constitución de la autoestima en relación con el humor y la creatividad. (Melillo, Suarez Ojeda, 2000)

### **3. Modelo dimensional: de la vulnerabilidad a la resiliencia**

En la actualidad pensamos que puede haber cierta continuidad entre vulnerabilidad y resiliencia que se puede estudiar en tres ejes: funcionamiento mental, recursos del Yo y vínculos intersubjetivos.

3.1. Desde una perspectiva de interacción entre el psicoanálisis moderno y las ciencias de la salud puede pensarse el funcionamiento mental de un sujeto en un gradiente que iría desde lo que entendemos como funcionamientos de riesgo a lo que suponemos como funcionamientos protectores y transformadores. El funcionamiento de riesgo correspondería clínicamente a lo que la Escuela Psicosomática de París llama escasa o incierta mentalización y define en términos de vida operatoria, depresión esencial y/o alexitimia. Creemos que cierto solapamiento de estos factores permite hablar en términos de un funcionamiento global que definimos como de predominio de lo inconsciente escindido, predominio que puede culminar en una cristalización. En estas condiciones las respuestas del sujeto a lo que genéricamente se conocen como factores de stress, tienden a ser “amigdalinas”. Dicho de otro modo sus alternativas son comportamentales y/ o somáticas lo que en otro nivel se conoce como *flight*, *fight*, *faint* o *freeze*. Esto implica que un estímulo que en otras condiciones provocaría una señal para poner en juego los mecanismos de defensa, en esta condición facilitarían respuestas del orden de la angustia automática, es decir la imposibilidad de ligadura representacional. En sentido inverso la riqueza de la vida fantasmática y la complejidad y fluidez del preconciente –como describen Marty et al – implican procesamientos que cuando predominan constituirían un funcionamiento inconsciente protector. Esto quiere decir que existe la posibilidad de respuestas mentalizadas que es posible describir con una cuarta f en el idioma inglés que entendemos como *find the way*, Veremos mas adelante que el funcionamiento protector –

disminuye la respuesta somática- deviene además en transformador –modifica la realidad hostil- en relación a la fluidez (en contraposición con la cristalización) de sus dinamosos.

3.2. Los recursos del Yo definen la manera en que un sujeto evalúa y responde a los sucesos vitales y las características de estas respuestas influyen en su condición de mas vulnerable o mas resiliente. Aquí es donde se plantea la relación entre defensa y el mecanismo cognitivo comportamental conocido como afrontamiento En términos generales lo que se llama defensa es inconsciente, asociado al conflicto interno y con cierto sesgo patológico. En cambio el afrontamiento sería preconciente-conciente, frente a un factor externo y con sesgo adaptativo-saludable. Pero esta esquemática diferenciación -e inclusive el repertorio de mecanismos involucrados- se solapa en la teoría y en la clínica desde el momento que la evaluación y los esfuerzos frente al estímulo externo están influidos por el conflicto interno<sup>7</sup>. De allí que como señalan Varela y Bernardi (2001) citando a Vaillant “las defensas afrontan y el afrontamiento defiende”. Inclusive estos autores señalan que “ los mecanismos de defensa pueden ser indicadores de psicopatología pero también tienen aspectos saludables y que en realidad las defensas y el *coping* pueden ser considerados como procesos diferenciados dentro del fenómeno más vasto de la adaptación.

Así es que en la interfase psicoanálisis-ciencias de la salud el estudio de los estilos de afrontamiento adquiere relevancia desde el momento que la respuesta somática al stress crónico y repetido expresaría cierto fracaso en poder transformar una cantidad en un proceso representacional. Por eso es que en este modelo dimensional lo más importante es establecer si los estilos de afrontamiento son adecuados para cada suceso y/o amenaza. Por lo general lo que se puede afirmar es que en realidad la escasez o la estereotipia de recursos tiende a ser patológica y la variabilidad impresiona como más saludable o adecuada. Esto quiere decir que como señalamos antes de lo que se trata es de la relación entre cristalización y fluidez. Esta última la entendemos como saludable porque significa que dependiendo del tipo de suceso , de su magnitud y de su oportunidad el mecanismo en juego será distinto. La proyección puede ser vista como defensa neurótica y patológica en un momento y en otro puede ser un recurso adecuado de afrontamiento, pero en cualquier

---

<sup>7</sup> La definición de afrontamiento de Lazarus (1986) se refiere a “*esfuerzos* cognitivos y conductuales, *constantemente cambiantes* que se desarrollan para manejar las demandas específicas *externas y/o internas* que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del sujeto”

caso si esa es la respuesta *siempre*, independientemente de conflicto interno o frente a un stressor externo, la categorizamos como patológica. La desmentida de las consecuencias de un infarto cardíaco cambian su signo si funciona como recurso antes del infarto, en la sala de terapia intensiva o un mes después. Así es que se puede plantear que la tendencia patológica se podría evaluar aún antes de su evidencia –la sintomatología somática- por los indicadores de escasez, rigidez o falta de oportunidad

3.3. La hipótesis principal que planteamos es que *la vulnerabilidad y la resiliencia de un sujeto dependen principalmente de su historia y actualidad vincular*. Podemos, en principio, partir de la caracterización que realiza Freud del lugar del otro en la vida subjetiva como auxiliar, modelo, objeto y rival. Mas modernamente entendemos que el otro como objeto de satisfacción y como rival fundamenta la ambivalencia presente en todos los vínculos y el otro como modelo esta relacionado con los enunciados identificatorios involucrados en los ideales culturales dominantes. Estos son siempre *ofertas* reguladoras de la autoestima de los integrantes de un conjunto cultural y sus formas patogénicas más reconocibles son las de eficientismo, inmediatez y cambio corporal.

Pero el otro como auxiliar es el que crea las posibilidades de desarrollar un apego seguro y una percepción subjetiva de sostén, condición facilitada cuando el ideal cultural dominante es de solidaridad. Estas serían los requisitos fundamentales para que un sujeto con funcionamientos de riesgo –es decir vulnerable- pueda llegar a desarrollar actitudes y comportamientos resilientes que suelen incluir estilos de afrontamiento adecuados..

Esto quiere decir que siempre hay posibilidades de nuevos desarrollos en condiciones adversas o existiendo una historia de adversidad, en la medida que exista lo que entendemos como red vincular. Como tal definimos tanto la *presencia* como la *interiorización* de relaciones significativas que se traducen en una percepción de apoyo y/o stress de magnitudes variables. El concepto de apoyo incluye tener tanto a quien recurrir como en quién pensar para sentirse reconfortado o motivado e incluye aspectos emocionales, informacionales y tangibles (Schaefer et al, 1982); el concepto de stress incluye tanto los vínculos hostiles, exigentes ó confusos como la sensación de no tener a quién recurrir. Ambos aspectos determinan un balance subjetivo- de acuerdo a la noción de ambivalencia- que da lugar a la percepción de sostén vincular.

Estas nociones han sido estudiadas de distintos modos, a veces privilegiando más la percepción subjetiva a veces más el entramado social. El famoso estudio epidemiológico prospectivo de Alameda County en 7000 personas durante nueve años( Berkman y Syme 1979) establece el valor definitorio de los vínculos para las ciencias de la salud. En nuestra investigación cuando comparamos a enfermos y no enfermos de clase media de la ciudad de Buenos Aires (ver Tabla 1) observamos que la percepción de sostén es mayor en estos últimos debido a los mayores valores de percepción de apoyo. Por otra parte en estudios anteriores se pudo establecer la existencia de una correlación inversa entre la puntuaciones de la EVS-25 y las de apoyo de la DUSOCS en distintos grupos de enfermos y no enfermos. De este modo se puede sostener desde una base empírica que el bajo sostén o apoyo se asocia con mayor vulnerabilidad

TABLA 1. COMPARACIÓN DE PERCEPCIÓN DE APOYO Y STRESS SOCIAL\*

	No enfermos n = 40	Enfermos N = 67	<i>p</i>	*DUSOCS (Escala de Apoyo y Stress Social de la Universidad
X Edad	42.8	44.8	NS	
Percepción de apoyo social (A)	54.6	30.0	.05	
Percepción de stress social (S)	19.3	22.1	NS	
<i>Percepción de sostén (A – S)</i>	35.3	7.9	.02	

de Duke. Parkerson, 1989, traducida y adaptada, Zukerfeld & Zonis Zukerfeld, 1998)

El otro componente del vector vincular lo constituye las características del apego que desde las trascendentales investigaciones de Bowlby se refiere a la tendencia primaria a buscar contacto y apoyo y crear lazos afectivos intensos con personas significativas, independientemente de la necesidad nutricional o el deseo sexual. Las características del apego se manifiestan en las modalidades de establecimiento de vínculos, en los mecanismos de defensa, en el modo de procesamiento de las pérdidas y en las estructuras cognitivas y narrativas del sujeto. (Bowlby, 1980). Marrone (2001) realiza una clara reseña de los tipos de apego o disposiciones originales que eran tres: seguro o autónomo o equilibrado, evitativo o elusivo o distante, y preocupado o ambivalente. A partir de estudios con la Entrevista de Apego para Adultos se establecieron dos tipos más de apego (desorganizado e inclasificable) y paralelamente se desarrollaron diversos programas de

investigación entre los cuales está el desarrollo de las escalas RQ-RSQ ( Bartholomew y Horowitz,1991) <sup>8</sup>

Marrone reseña también diversos estudios sobre los tipos de apego y su relación con las neurociencias y con las respuestas neurofisiológicas y el campo de la psicósomática.

En la actualidad utilizando una combinación de instrumentos para estudiar la relación entre percepción de apoyo familiar y social, tipos de apego y grados de vulnerabilidad en once mujeres de clase media de la ciudad de Buenos Aires con patologías endócrinas observando: a) una correlación inversa ( $r: -0.71$ ) entre puntuaciones T de apego seguro y puntuaciones de vulnerabilidad b) una correlación directa ( $r: 0.53$ ) entre puntuaciones T de apego seguro y percepción de apoyo social c) un predominio de tipos de apego seguro en el extremo más bajo de la escala de vulnerabilidad y de apegos inseguros (preocupado, distante y temeroso) asociados a las puntuaciones más altas de la misma escala, fortaleciendo la hipótesis que relaciona apegos seguros con funcionamientos protectores que están en la base de la resiliencia (ver Tabla 2)

TABLA 2 VULNERABILIDAD, APEGO Y APOYO SOCIAL EN MUJERES DE CLASE MEDIA

Nº	VULNERABILIDAD (EVS-25) (1)	TIPO DE APEGO (2)	PUNTUACIÓN APEGO SEGURO (3)	PUNTUACIÓN PERCEPCIÓN DE APOYO (4)
1	20	SEGURO	78	45
2	25	SEGURO	79	59
3	30	SEGURO	80	41
4	30	SEG/PREOC.	69	27
5	35	PREOCUPADO	46	36
6	37	SEG/DIST.	75	54
7	40	PREOCUPADO	38	31
8	46	SEG/PREOC	72	59
9	47	PREOCUPADO	53	36
10	49	TEMEROSO	27	41
11	52	DISTANTE	39	36

(1) Puntuación total en orden creciente (2) Clasificación Bartholomew – Horowitz)

(3) Escalas RQ-RSQ Puntuación T (4) Escala Duke Apoyo y Stress Social

(1) vs (3)  $r = -0,71$ ; (3) vs (4)  $r = 0,53$

<sup>8</sup> Se trata de dos escalas de apego que permiten establecer cuatro categorías de apego (seguro, preocupado, evitativo o distante y temeroso) vinculadas con el modelo interno de uno mismo y del otro, y también relacionarlas con la ansiedad y la evitación en los vínculos (Zukerfeld & Zonis Zukerfeld, versión en español autorizada, 2002)

#### **4. Metapsicología de la resiliencia: los procesos terciarios.**

Hemos pensado entonces en la necesidad dentro del psicoanálisis de una perspectiva metapsicológica en la que la resiliencia pueda entenderse como la expresión de la *fluidéz* (en contraposición a cristalización) del aparato psíquico que permite desarrollar procesos *terciarios*.

Esta noción proviene de Green (1972) quien piensa que para definir la salud en el proceso de la cura analítica es claro que no puede considerarse como tal ni al control racional excesivo propio de “insuficiente proceso primario” ni “cuando la supresión del control adopta la forma caricaturesca de la desagregación del pensamiento” del “insuficiente proceso secundario”. Es así que plantea la necesidad de crear un tercer tipo de procesos que considera justamente terciarios y que define como “aquellos procesos que *ponen en relación* los procesos primarios y secundarios de tal manera que los primarios *limitan la saturación* de los secundarios y los secundarios la de los primarios”. Esta puesta en relación<sup>9</sup> constituye un equilibrio inestable asociado a la constitución de un campo de ilusión descrito por Winnicott. En él, como señala Green “el trabajo del pensamiento (...) consagrado al ejercicio de los procesos secundarios, *sigue abierto* a unos procesos primarios que aseguran la irrupción de la *intuición creativa* en el momento mismo de ejercerse la *mas rigurosa racionalidad*”. (la cursiva es mía)

Estas concepciones se asocian de acuerdo a distintos autores<sup>10</sup> a la noción de *creatividad* antagónica con la de repetición y a su vez diferente y superadora de la de sublimación. En realidad aquí proceso terciario alude a la existencia de lo que entendemos como un *potencial hermenéutico universal del aparato psíquico* que permite que un sujeto en determinadas condiciones “juegue internamente” entre hechos e interpretación fantasmática de hechos. Se trata –a mi modo de ver- de presentar una perspectiva metapsicológica de la creatividad como salida de la falsa opción entre la secundarización como meta o en el extremo opuesto la idealización de la satisfacción del impulso primario.

No obstante se debe señalar que lo hasta ahora descrito no ha tenido en cuenta la importancia de la adversidad en la historia singular y en especial el trauma social persistente. Las experiencias personales de pérdidas significativas, violencias de distinto

<sup>9</sup> Se corresponde con la noción de articulación que utiliza Benyakar en su concepción de lo traumático

<sup>10</sup> Ente ellos los de Arieti (1976) y especialmente los importantes trabajos de H.Fiorini sobre los procesos creadores

tipo, abusos físicos, emocionales y sexuales, enfermedades crónicas o estigmáticas y las experiencias del conjunto social derivadas de la guerra, el terrorismo de estado, la exclusión socioeconómica, la injusticia y de la corrupción hacen necesario considerar lo inefable, lo inenarrable, lo escindido. De este modo redefinimos la noción de proceso terciario como la implicación de procesos primarios y secundarios *que capturan y otorgan sentido a lo escindido, resultado de lo traumático*. Es decir que el sujeto cualifica y *crea* donde solo hubo magnitudes, mecanismo que debe diferenciarse del de la resignificación. .

En este sentido la resiliencia implicaría una *capacidad del psiquismo de capturar lo traumático -gracias a algún soporte vincular- creando condiciones psíquicas nuevas* que son justamente las que llamaron la atención a los primeros investigadores que fallaron en sus predicciones sobre el futuro de niños muy maltratados. Esto significa que no se trataría de una condición excepcional sino que el aparato psíquico posee un potencial descifrador -hermenéutico descubierto por Freud, pero también un *potencial creador –heurístico* de valor decisivo para cualquier acción transformadora. Este potencial solo podría manifestarse en el entramado intersubjetivo de cuyas características (grado de sostén y modelos de identificación asociados a los ideales culturales dominantes) dependerá la mayor vulnerabilidad (trauma exitoso) o resiliencia (trauma transformador) de un sujeto.

### ***5. Aquiles o los vulnerables –invulnerables***

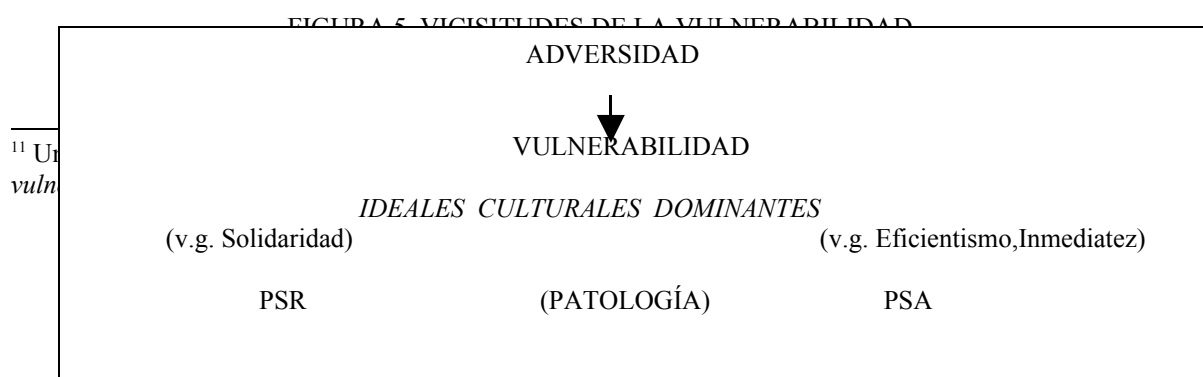
Pero en el contexto histórico actual existe otra condición subjetiva que en otra parte (Zukerfeld & Zonis Zukerfeld, 2005) hemos caracterizado como posición subjetiva aquileica, intentando diferenciar a los vulnerables devenidos resilientes, de los vulnerables que mantienen esa condición pero sintiéndose invulnerables.. Ambas subjetividades se construyen en función de ofertas culturales para la carencia, pero de signo radicalmente diferente.

Aquiles es el bello guerrero hijo de la diosa Tetis contrariada por haber sido obligada a casarse con un simple mortal, quien después de varios intentos fallidos 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, a través de inducirlo a una guerra (que Aquiles en realidad no quería pelear) donde iba morir envuelto todo su cuerpo con armaduras divinas encargadas por su madre

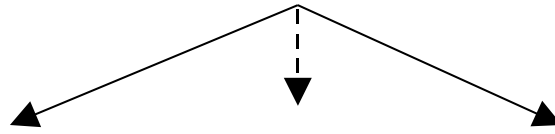
que protegían todo ...menos su famoso talón. Aquiles es un vulnerable que se siente invulnerable cumpliendo el ideal mortífero de su madre.<sup>11</sup>

Es conocido que existen gran cantidad de pacientes los que –sin patología definida– tienen como ideal de la cura lo “rápido, seguro e indoloro” que el psicoanálisis en principio no parece poder brindar. Se trata de guerreros y guerreras que deben enfrentar nuevas realidades, que procuran estar siempre despiertos, siempre bellos y siempre exitosos. Y cuando esto no se logra a veces pueden pensar y hablar de ello, pero muchas otras lo evitan a través de descargas impulsivas, eclosiones somáticas y drogas. El individualismo y la desconfianza, o la imposibilidad de recurrir al lazo social, va configurando una condición de existencia y una clínica que entendemos como “aquileica” es decir una clínica de los vulnerables que se sienten invulnerables, de los desvalidos que necesitan la gloria, de los violentos que se sienten justos, de los mortales que se sienten inmortales. Una clínica donde la renegación y la omnipotencia convive con el vacío estructural (Lutenberg,J, 2004) En relación entonces a estas consideraciones es que podría ser útil definir lo que entendemos como *posición subjetiva aquileica* (PSA) como *la condición subjetiva que implica vulnerabilidad equilibrada o compensada por la obediencia a ideales culturales dominantes*. Se trata en la actualidad de armaduras de eficientismo e inmediatez frente a la adversidad dominados por un yo ideal o un ideal del yo tanático donde no existe posibilidad de transformación alguna. Estas armaduras intentan cubrirlo todo menos brindar el amparo necesario o el modelo de cambio a intentar frente a la adversidad. En cambio *la posición subjetiva resiliente* (PSR) la definimos como *la condición subjetiva que implica vulnerabilidad transformada por acción y efecto de vínculos que activan competencia y aptitudes. y que pueden desafiar a los ideales culturales dominantes* Se trata entonces de tejidos de solidaridad y creación frente a la adversidad guiados por un ideal del yo que le da realismo a la esperanza de cambio.

En la figura 5 se puede observar las vicisitudes de la vulnerabilidad que puede acantonarse en la PSA o puede devenir en una posición subjetiva resiliente , en relación con la característica de los ideales culturales dominantes transmitidos por las redes vinculares.



<sup>11</sup> Uribe  
vulner



## Reflexiones finales

La clínica actual –un recorte de la condición humana - implica tener en cuenta las características del mundo donde ésta se desarrolla y sus ofertas o remedios para las carencias. El enfrentamiento con la realidad y su posibilidad de transformarla en los Aquiles actuales es deficitario dado que predomina un funcionamiento psíquico donde el Yo se percibe como invulnerable si es eficiente, bello y rápido, y cae en la paradoja de morir buscando la inmortalidad.

Por otra parte como señala Viñar (2002), en el mundo actual “la disyuntiva del neoliberalismo con la bifurcación entre el éxito y el naufragio y la exclusión promueve marcas en el lazo (vínculo social) con un desdén por la solidaridad y una recompensa al individualismo” y además “(...) siempre hay nexos más o menos estables, entre cultura y psicopatología”. El sinsentido del eficientismo, la inmediatez, las manipulaciones del cuerpo y sus coqueteos con la muerte no son estrictamente ni neuróticos ni psicóticos. En realidad pareciera ser que el cumplimiento de los ideales dominantes *satura el déficit de modo que la egosintonía generada diluye la diferencia entre individuo y cultura : la obediencia obstruye la denuncia y la interrogación.*

Pero también en este mundo existe la posibilidad que una historia de adversidad sea remediada de otro modo. Como escribe Cyrulnyk (2001) refiriéndose a los “tutores de resiliencia” basta con “alguien, una persona, un lugar, un acontecimiento, una obra de arte para provocar un renacer del desarrollo psicológico”.

Parece claro que resiliencia no es mera resistencia ni vuelta a un estado anterior al efecto de lo disruptivo. No es tampoco un rasgo de personalidad que –innato o adquirido – se sostenga permanentemente y garantice respuestas resilientes a cualquier tipo de adversidad. No es necesariamente ausencia de sintomatología ni condiciones maravillosas ni geniales de existencia. No puede ser reducida a las nociones psicoanalíticas de negación,

sublimación o reparación, aunque estos mecanismos pueden describirse en sujetos que desarrollan resiliencia. No es resignación o conformismo social y tampoco necesariamente reivindicación o beligerancia permanente. El desarrollo resiliente cuestiona los determinismos lineales y produce una fuerte transformación de la subjetividad que logra convertir el daño en fortaleza a partir de una capacidad universal propia de la condición humana: recrear e inventar.-

## BIBLIOGRAFÍA

- ALLARDT.E. (1986) Tener,amar,ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar, en Nussbaum,M.C.&Sen. (comp.) *La calidad de vida*, cap. IV, México DF, Fondo de Cultura Económica
- ARIETI, S. (1976) *Creativity. The Magic Synthesis*. Nueva York, Basic Books, 1976
- BARTHOLOMEW,K & HOROWITZ,LM. (1991) Attachment styles among young adults: a test of a four- category model. *J. Pers. Soc. Psychology*, 61: 226- 244
- BENYAKAR,M.& LEZICA,A. (2006) *Lo Traumático: clínica y paradoja*. ,Buenos Aires, Biblos
- BERKMAN.L.F.& SYME,S.I. (1979) Social networks,host resistance and mortality. A nine year follow up study of Alameda County residents. *Am. J. Epidemiol.* 109 (2) 186-204
- BERNARDI, R. (2002) Un único cuerpo, pero suficientemente complejo El diálogo entre el psicoanálisis y la medicina, XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, FEPAL, Montevideo, Setiembre 2002
- CYRULNIK, B. (2001) *La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia*. Barcelona, Granica.
- FIORINI, H. (1995) *El psiquismo creador*. Buenos Aires, Paidós.
- FONAGY, P.; STEELE,M; STEELE,H; HIGGIT,A &TARGET,M.( 1994) The Emmanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 231-257.
- GREEN, A. (1972) Notas sobre procesos terciarios. En *La metapsicología revisitada..* Buenos Aires, Eudeba., 1996, pp 185- 189

- (1977) El concepto de fronterizo. En *De locuras privadas*. Buenos Aires, Amorrortu.1990
- (1979) El psicoanálisis y los modos de pensar ordinario En *De locuras privadas*. Buenos Aires, Amorrortu.1990
- GROTBORG, E. H.(1995) Nuevas tendencias en resiliencia. En *Resiliencia. Descubriendo las propias fuerzas*. Melillo, A.& Suarez Ojeda, E.(comp..) Buenos Aires, Paidós, 2001
- LAZARUS,RS & FOLKMAN,S.(1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Martinez Roca
- MARRONE,M (2001) *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid, Psimática, 2001
- MARTY,P. ( 1990) *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires, Amorrortu
- MCDUGALL, J. (1991) *Teatros del Cuerpo*. Madrid , Julián Yébenes
- MELILLO, A ., SUÁREZ OJEDA, E. N. (comp.) (2001) *Resiliencia.Descubriendo las propias fuerzas*..Buenos Aires, Paidós
- MISSENARD. A. (1991) Introducción: Registros de lo negativo en nuestros días. En Missenard, A. y otros, *Lo negativo. Figuras y modalidades* , Buenos Aires. Amorrortu
- ROSOLATO, G.(1991) Lo negativo y su léxico, en Missenard, A. y otros autores *Lo negativo. Figuras y modalidades*, Buenos Aires, Amorrortu,
- RUTTER,M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- STEIN, H; FONAGY.P ; FERGUSON, KS.y WISMAN, M (2000) Lives through time: an ideographic approach to the study of resilience. *Bulletin of the Menninger Clinic*, Spring 2000, Vol. 64, 2
- VARELA,B, GRULKE,N. Y BERNARDI,R (2001) Mecanismos de defensa y afrontamiento: su rol en los procesos de salud- enfermedad. 4º Congreso AUDEPP “Desafíos a la Psicoterapia”, Montevideo, Mayo de 2001
- ZUKERFELD,R.(2002) Psicoanálisis, vulnerabilidad somática y resiliencia. IV Congreso Argentino de Psicoanálisis, Rosario, Mayo 2002
- ZUKERFELD,R.(2004) Vulnerabilidad y Resiliencia. Panel en 43º Congreso Internacional de Psicoanálisis, IPA, New Orleans, Marzo 2004
- ZUKERFELD,R. & ZONIS ZUKERFELD,R. (1999) *Psicoanálisis, Vulnerabilidad somática y Tercera tópica*. Buenos Aires, Editorial Lugar

ZUKERFELD,R. & ZONIS ZUKERFELD,R (2001) Tercera t3pica, vulnerabilidad y sost3n vincular, Congreso Internacional de Psicoan3lisis IPA, Niza, Agosto 2001

ZUKERFELD,R. & ZONIS ZUKERFELD,R (2006) *Procesos Terciarios :de la vulnerabilidad a la resiliencia*. Buenos Aires, Editorial Lugar