



**Facultad de
Psicología**

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA



**UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY**

Expresiones de lo traumático en la clínica actual

Trabajo Final de Grado

Monografía

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Estudiante: Luciano Srur

CI: 4.505.859-3

Tutora: Mag. Susana Quagliata

Revisor: Mag. Michel Dibarboure

Diciembre 2022

Montevideo, Uruguay

Indice

Introducción	1
1 Acercamientos al concepto de trauma	4
2 Pasado y presente, un <i>continuum</i>	8
3 Funcionamiento psicodinámico de lo traumático	12
4 La temporalidad: tiempo congelado	18
5 Los cuerpos y el dolor: otras alternativas terapéuticas y complementarias	21
6 La trama final: el dolor psicológico	26
7 Reflexiones finales	29
Bibliografía	31

Introducción

El presente texto se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología, Universidad de la República (UdelaR). Se busca definir, articular, contraponer y conocer desde una mirada crítica, que permita el diálogo entre distintos autores y posturas las distintas perspectivas sobre el trauma. En este sentido, estará orientado a problematizar las concepciones sobre el trauma y mostrar la importancia clínica de comprender el funcionamiento psicodinámico particular del trauma. Igualmente importante es la construcción de un nuevo sentido a las vivencias del sujeto, para transformar las situaciones traumáticas.

Además, se expondrán las distintas posturas acerca de cómo abordar esta temática, en sus semejanzas y diferencias, a través del diálogo entre distintos autores y una mirada crítico-reflexiva. Se pretende que este trabajo integre varias posiciones respecto a un mismo tema.

Partimos desde una concepción de sujeto como un ser bio-psico-social, desde el comienzo de la vida misma. Desde el instante inicial del nacimiento, en que el sujeto se encuentra en un estado de máxima vulnerabilidad y deberá constituirse como tal. Según Bercei (2011) "El trauma es algo común y frecuente para la especie humana. Tomemos el hecho de que la vida comienza de manera traumática" (p.9). La separación abrupta del recién nacido de su madre (durante el parto) marca el primer evento traumático para todo ser humano. A raíz de esto, se tomará como punto de partida que todos sufrimos desde el nacimiento este primer impacto con el mundo exterior, por la adaptación que implica al no tener todas las necesidades cubiertas. El entorno o ambiente en su conjunto genera una primera vivencia traumática y repentinamente algo disruptivo rompe un equilibrio para ese bebé.

Es por ello que el -ser- con otros es esencial para vivir, las relaciones y cuidados necesarios para ese recién nacido constituirán o no la base segura. Bowlby (2009) plantea la presencia indispensable de los progenitores o cuidadores principales que provean a los niños de las condiciones de crianza, para que física y emocionalmente sean acogidos, luego, en el mundo exterior. Asimismo, que los adultos garanticen tranquilidad ante los peligros, la calma y serenidad ante las angustias del niño en desarrollo. Por lo tanto, ¿qué sucede cuando no recibe los cuidados primordiales y primarios?, ¿qué sucede cuándo el sujeto es interferido en su desarrollo por encuentros no sincrónicos en los vínculos tempranos y factores ambientales? La vida se torna inestable, pasa a ser una incertidumbre con escasos periodos de bienestar y seguridad.

Al respecto, es importante conocer y problematizar estos aspectos en el Trabajo Final de Grado (TFG), la temática abordada se observa en la clínica, no sin antes reflexionar sobre el papel de la misma sociedad. Podría decirse que el trauma psicológico es un indicador cada vez más visible, como consecuencia de múltiples violencias. Haber cursado la Práctica de Graduación “Intervenciones en crisis suicidas y otras de alto riesgo” en la Policlínica Psicológica de la Facultad de Psicología en el Hospital de Clínicas generó mi interés por conocer las distintas concepciones acerca del trauma. Igualmente con los efectos en la subjetividad y sufrimiento psicológico del paciente, así como también los posibles abordajes. La práctica de graduación fue esencialmente clínica psicológica, de gran implicación ante el desafío de llevar adelante un proceso terapéutico. También integrar en mi formación las diferentes formas de abordar el sufrimiento del paciente que consulta ha sido el *leitmotiv* que fundamentan el interés en este trabajo, dadas las preguntas que aún quedan por responder. Participar de ateneos clínicos conjuntamente con las instancias de supervisión despertaron mi interés en profundizar sobre el impacto de las experiencias traumáticas en los relatos de los pacientes.

Distintos aspectos que hacen a lo traumático un todo complejo se abordarán en este trabajo, desde una perspectiva histórica del mismo y en la sucesión de hechos que potencialmente pueden producir vivencias traumáticas que se repitan a lo largo de la vida. En este orden de ideas, la realidad traumática deviene a posteriori de un impacto en el psiquismo, lo cual puede llevar a una persona a crecer y vivir en compañía de emociones y sentimientos que dejan desolado al sujeto, tales como las sensaciones de: desamparo, desvalimiento e indefensión. Benyakar y Lezica (2005) consideran al trauma “como una modalidad de funcionamiento psíquico no transformador y por ende no elaborativo” (p.22). Más aún, en lo traumático existe un registro mnémico de lo no articulado que envés de elaborar y transformar, promueve la repetición como un intento de procesar lo no articulado. Además, la vivencia de desvalimiento, la cual es considerada por los autores como la incapacidad psíquica para procesar la experiencia y señalada como desfallecimiento psíquico. El mismo se traduce como un estado de indefensión del aparato psíquico ante la vivencia inminente de estar ante la muerte propia. Esto deriva en un retorno de esa falla en el procesamiento, generando así esta repetición como tendencia del psiquismo (Benyakar y Lezica, 2005). El concepto de desfallecimiento psíquico puede dar una imagen gráfica para comprenderlo como tal. Además, la falla, el fracaso y la desconfianza en el encuentro con un otro lleva a lo que estos autores traen como vivencia de desamparo:

Compartir algo que nos preocupa, sentirnos escuchados y entendidos, recibir el afecto en forma de consejos o gestos, produce un placer singular y da lugar a la sensación de que podemos superar una situación adversa sin daño para nuestro

equilibrio subjetivo. Sin embargo, cuando esa anhelada contención y sostén están ausentes, se produce la vivencia de desamparo. (Benyakar y Lezica, 2005, p.119)

Es pertinente traer, lo que más adelante se desarrollará, el hecho de vivir exponiéndose a situaciones riesgosas que el sujeto no puede evitar. Por causa del trauma, la persona se sumerge en una especie de repetición ciega a la cual ese Yo queda sometido ante la reedición de situaciones y/o nuevos eventos traumáticos, que le conducen a transitar este insostenible sufrimiento psíquico, quedando transitoriamente a la deriva. Tal como plantea Bercei (2011), “mientras la impotencia y la desesperanza es el estado universal compartido por las víctimas del trauma, el obtener control sobre sus síntomas, sobre su cuerpo y sobre sus vidas, se constituye en parte esencial del proceso de sanación” (p.16). Resulta fundamental este aspecto, señalar, esclarecer y brindar herramientas desde la Psicología para comprender los efectos de estos hechos y trabajar en el sentido que puedan empoderarse de sus propias vidas. Como se decía al principio, el recorrido formativo por la práctica me dio la posibilidad de experimentar el proceso por el cual una persona logra asirse de herramientas y autoconocimiento, para lograr una mejor calidad de vida.

Desde el diálogo con distintos autores lograr una posición propia y reflexiva, ante estos acontecimientos vitales que interrogan el quehacer clínico. La vivencia relacionada con lo traumático se manifiesta en el encuentro clínico, Bercei (2011) con relación a la misma dice que: “si el trauma ocurre a todos los seres humanos, también tiene que haber un proceso de sanación para todos” (p.18).

1 Acercamientos al concepto de trauma

La complejidad del trauma como también sus distintos efectos y consecuencias hacen que sea necesario traer distintos conceptos para exponer sobre esta temática: el trauma en la clínica psicológica.

Berenstein y Puget (1997) plantean la noción de los espacios psíquicos, donde se analizan las diferentes representaciones que cada sujeto tiene de su ubicación en el mundo o en los distintos mundos psíquicos en los cuales vive. Sobre los espacios psíquicos, se propone tomar para circunscribir el lugar del trauma en el psiquismo las nociones del *adentro* y del *afuera*. Se acostumbra a plantear estas nociones como un dualismo o dos principios opuestos e irreductibles. Sin embargo, según Vidal (2002) las nociones de adentro y afuera podrían pensarse como opuestos que a su vez “se distinguen, se definen entre sí y se influyen por intercambios, configurando un borde existente, que es al mismo tiempo discriminante y no neto” (s/p). Además, la noción de espacios psíquicos es pensada por Vidal (2002) como territorios donde las nociones del adentro y afuera son diferentes, aunque flexibles. Estos territorios presentan fronteras, tales como: adentro – afuera del yo, territorios del yo, del otro y/u otros. Por lo tanto, un espacio psíquico se relaciona y es afectado por un entorno, que simultáneamente le da pertenencia a ese mundo interno y vida psíquica. Aún más, estos espacios psíquicos son atravesados por vivencias y experiencias que conforman el entramado psíquico. En este sentido, Benyakar y Lezica (2005) plantean que:

Esta red no se encuentra exclusivamente volcada a nuestro mundo interno sino en constante interacción con el mundo externo, actuando en la interfase mundo externo - mundo interno, sutil frontera donde se conforma la experiencia. Esta interacción es propia de lo humano y capacita al individuo para vivenciarse como sujeto dentro del medio social. (p.107)

La Real Academia Española (2021) establece varias definiciones de la palabra trauma:

1. m. Choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente
2. m. Emoción o impresión negativa, fuerte y duradera.
3. m. *Med.* Lesión duradera producida por un agente mecánico, generalmente externo.

Además, la etimología de trauma deriva del griego y significa “herida”, lo cual lleva a reflexionar acerca de lo que Benyakar y Lezica (2005) definen con relación a lo traumático,

como un “determinado tipo de falla en la elaboración psíquica, no vinculada a priori a ningún hecho en especial” (p.63). Por lo tanto, el trauma no sería solo una herida, sino que en palabras de Baudelaire (citado en Benyakar y Lezica, 2005): “yo soy la herida y el cuchillo, la mejilla y el bofetón” (p.63).

Otra mirada acerca del concepto trauma proviene de la medicina:

La lesión aguda (trauma) se define como el daño físico que resulta de una exposición del cuerpo humano a niveles de energía (cinética, térmica, química, eléctrica, radiante, agentes físicos causales) en una magnitud tal que excede el umbral de tolerancia mecánica fisiológica y/o el deterioro del normal funcionamiento debido a la falta de oxígeno (ahogamiento, inhalación de humo o estrangulación) o del calor, resultante en hipotermia (pie de trinchera, hipotermia ambiental, congelamiento, etc.). (InterAcademy Partnership for Health [IAP], 2019, p.1)

Respecto a la noción de “daño”, y desde el punto de vista psicológico, existe un excedente de energía libidinal en el psiquismo y menoscabada la capacidad de tolerar el mismo. En este sentido, se comparte esta perspectiva de las nociones del afuera y adentro además del exceso sobre la capacidad de tolerar un daño. Desde el paradigma médico, el trauma se concibe como un daño físico provocado por un agente externo (afuera) que impacta a nivel del organismo y a nivel corporal. En este sentido y sobre trauma, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el CIE-10 establecen que sucede cuando “la persona ha estado expuesta a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar un profundo disconfort en casi todo el mundo” (García, 2016, s/p). Desde la psiquiatría, se define al trauma como un cuadro psicopatológico donde solamente parece incluir al concepto de trauma relacionado a la neurosis traumática y al estrés postraumático (Benyakar y Lezica, 2005).

Se puede apreciar entonces que desde distintos enfoques, instituciones y componentes de la salud el trauma conlleva distintas concepciones y por lo tanto distintos tratamientos del mismo. Desde la mirada de estos autores, con relación al concepto de trauma: “es curioso observar como un término se vuelve tan útil, práctico y aceptado que paulatinamente va adquiriendo significados tan diversos que, precisamente como consecuencia de su uso indiscriminado, acabó por perder buena parte de su potencia conceptual” (Benyakar y Lezica, 2005, p.14). Específicamente desde la Psicología, en el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (2004) se considera trauma como un “acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del

sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica” (p.447).

Retomando el adentro y afuera en la intersección de espacios psíquicos, un acontecimiento o evento externo que impacta sobre el mundo interno (psiquismo). Para Vidal (2002) son para el sujeto “objetos radicalmente ajenos, y en tanto están en interacción, estas representaciones y presentaciones se afectan, se determinan, se influyen, pudiendo configurar en ocasiones territorios mixtos” (s/p). Sin embargo, no sería adecuado detenerse sólo en este enfoque (mundo externo-interno psíquicos), sino que también es fundamental comenzar a comprender qué sucede intra-psíquicamente. ¿Qué sucede cuando el sujeto siente el impacto por un suceso externo? Las excitaciones, el acontecimiento, la emoción intensa que penetra desde el exterior excede la tolerancia y fortaleza del aparato psíquico en absorber estos impactos. Es ahí, entonces, cuando el trauma se hace presente, se vivencia. Los sucesos o hechos que exceden y desestabilizan al psiquismo son los encargados de impedir la elaboración, nos exigen más allá de nuestra intervención o deseos del sujeto (Benyakar y Lezica, 2005). Es así, que la intolerancia en el psiquismo ante un impacto externo forma así un cuerpo extraño llamado trauma.

Para Tutté (2002):

El trauma psíquico implica siempre una interacción del afuera, con lo interno de cada uno. No concebimos algo que actúe solamente a través del acontecimiento actual, aún por más violento que este fuera, lo que de alguna forma equivaldría a negar lo personal, el “bagaje” con el que cada uno reacciona y en última instancia la participación del inconsciente. (p.3)

Por eso, no solo depende del acontecimiento sino de ciertas condiciones psicológicas que hacen que el sujeto logre o no contener y defenderse de este impacto en su realidad psíquica. En relación a esto, Benyakar y Lezica (2005) sostienen que lo que hace la diferencia es el tipo de proceso y no el componente fáctico con el cual el psiquismo se tiene que enfrentar. En la misma línea, Janin (citada en Vidal, 2010) plantea:

La realidad psíquica no nace de un vacío, a menos que caigamos en un psicologismo idealista. No podemos escapar al impacto de lo real, a la roca de lo biológico y a la historia de los sucesos. Tampoco reducir la teoría traumática a una verdad objetivable. Realismo mecanicista o idealismo formalista amenazan con encerrar al psicoanálisis en una impasse ideológica. (p.378)

Remitiéndose a un periodo histórico, más exacto a las indicaciones de Freud con respecto al trauma, Laplanche y Pontalis (2004) hacen referencia al mismo no sólo como el despertar interno ante un acontecimiento actual, sino también con otro u otros acontecimientos anteriores que originaron procesos traumáticos. Es decir, una repetición de este trauma ante un acontecimiento que despierta las mismas características y que no fue elaborado anteriormente en un tiempo pasado. En los siguientes capítulos se profundizará sobre algunas dimensiones que hasta aquí se han presentado.

2 Pasado y presente, un *continuum*

La conceptualización del trauma psíquico ha ido transformándose históricamente. Es así que los planteos de diferentes autores en el pasado, han sido fundamentales para que hoy en día puedan ser objeto de reflexión y cuestionamientos acerca de distintos aspectos que atraviesan esta temática. Para comenzar, a partir de los enunciados de Freud (1920/1992) se pueden apreciar las primeras conceptualizaciones sobre el trauma, señalando que el trauma es como: “una perturbación enorme en la economía energética del organismo y pondrá en acción todos los medios de defensa” (p.29).

Desde un principio se puede apreciar que para Freud el trauma era algo relacionado a lo económico, es decir, a lo cuantitativo como un exceso en la economía libidinal del psiquismo. En concordancia con Tutté (2002) es pertinente dejar abierta su pregunta: “¿Es posible pensar una situación traumática desde un punto de vista puramente económico?, y si esto fuera así, ¿no cabría esperar que todos los sujetos reaccionaran de una forma idéntica?” (s/p). Este planteo muestra “el trauma como un exceso de excitación, que no puede ser derivado por vía motriz, ni integrado asociativamente” (Op. cit., s/p). La palabra exceso nos conduce a algo que no puede ser controlado, pero también algo que va a residir en el organismo y psiquismo a causa de tal exceso. De acuerdo a lo que Freud (1917/1991) planteó, la vivencia de la situación traumática provoca un exceso en la intensidad del estímulo, que no es posible tramitar o agotar por las vías habituales, lo cual redundará en trastornos duraderos para la economía energética. Por consiguiente, afecta la disponibilidad de invertir otros objetos del mundo externo y causa sufrimiento psicológico. El punto de vista económico, desde Freud, deriva luego en la siguiente definición donde lo fundamental es el conflicto, integrándose así lo cuantitativo a los dinamismos del trauma. Por lo tanto, al hablar de conflicto se podría hablar de “colisión entre un exceso y una insuficiencia, que puede terminar borrando esa diferencia entre externo e interno” (Etchegoyen, et al., 2005, p.213). Es decir, un conflicto entre el exceso que se generó en lo interno a raíz de lo externo deviniendo en una respuesta insuficiente y precaria como respuesta a ese conflicto o colisión con la realidad fáctica que posteriormente se instaló.

En esta línea, se entiende al conflicto y en relación con lo psicodinámico, como algo que trasciende a lo económico – cuantitativo y en exceso, como un modelo de funcionamiento del trauma, complejo y con variables que implican a todo el psiquismo: el trauma como un proceso de desarrollo secuencial, según Benyakar y Lezica (2005). Por otra parte, Merlin (2018) plantea que el trauma es aquello que tiende no solo a sobrepasar un límite, sino que también a lo que se repite dolorosa e indefinidamente, un eterno retorno de lo mismo. Al primer concepto de exceso en el psiquismo y organismo se añade la

repetición dolorosa y una temporalidad sin tiempo, en cuanto al retorno de lo traumático, durante el tiempo de los sucesivos tiempos.

En colaboración con esta idea de la repetición, Etchegoyen et al (2005) afirman:

Al amparo de una pasividad del Yo, las excitaciones salen del aparato con la misma facilidad con las que entraron, dejando arrasadas las representaciones que deben esperar un segundo momento para ser reinvestidas. Mientras tanto queda la facilitación, o sea la posibilidad de que un estímulo transite por el aparato sin dejar huellas, vale decir sin dejar memoria ni aprendizaje, quedando así una mayor posibilidad de repetición. (p.217)

Observar la pasividad del Yo ante las repeticiones es de vital importancia para la comprensión del trauma y cómo opera sobre el psiquismo. En este sentido y trayendo como ejemplo el escenario actual de los efectos de las múltiples violencias sobre el sujeto, quien afectado y herido no podrá anticipar, el mismo retorna una y otra vez a vínculos violentos a lo largo de su vida.

Otro autor referente, en cuanto a la conceptualización del trauma es Sandor Ferenczi. Aunque, en palabras de Tutté (2002), y a diferencia de Freud señala que lo fáctico real es lo que desencadena el trauma, mientras que Freud se centraba en lo individual e interno del aparato psíquico como determinante. Benyakar y Lezica (2005), plantean otra mirada historizante de la conceptualización del trauma y lo desarrollado por Ferenczi, quien alude al impacto de lo fáctico externo, o sea aquello proveniente del campo intersubjetivo. Además de que la forma de abordar el trauma es a partir de revivir la situación traumática y una de las formas de análisis de Ferenczi para el tratamiento.

En este sentido y a partir de los planteos de Ferenczi, Etchegoyen et al. (2005) insisten en:

La notable frecuencia de abuso sexual y agresivo reales, que sólo podrían ser alcanzados en el análisis a través del revivir, ya que la fragmentación impide pensarlo, y por lo tanto no hay acceso al discurso, juego o el soñar. (p.209)

En cuanto a esto, se agrega que el análisis a través de revivir la situación, puede ser logrado sólo si el analista puede tolerar y acompañar una regresión de estas características, por lo cual el mismo también debería de tener un análisis profundo suficiente (Etchegoyen et al, 2005).

Retomamos a Tutté (2002), en la línea de que las ideas de Ferenczi no están alejadas de los conceptos contemporáneos en cuanto a lo fundamental del rol de los objetos externos: el otro, el discurso, el medio. Es decir, las implicancias que puede tener el

contexto, donde “muchas son las vicisitudes generadoras de traumas en la infancia: malos tratos, incomprensión, violencia de los padres, hermanos o cuidadores, falta de conexión con las necesidades del niño, estimulaciones sexuales excesivas, extrema pobreza, miseria y hambre, etc., etc.” (s/p). Por ende, dejan marcas que pueden devenir en registros de lo traumático. Por su parte, Benyakar y Lezica (2005) plantean la conceptualización de Ferenczi: “lo traumático como algo que sucede en el “entre dos” de los vínculos primarios” (p.86).

Sin embargo, Tutté (2002) dice sobre Ferenczi y la realidad psíquica del otro principal, cuando afecta de manera negativa, lo traumático se podría hacer presente:

Atribuye a los objetos externos un papel determinante en la estructuración del aparato psíquico del niño, enfatizando lo traumatógeno que puede resultar la realidad psíquica del otro, cuando ese otro sustenta el poder de dar (o imponer) sus propios significados, no solo al evento traumático, sino a toda la existencia del sujeto. (s/p)

Al avanzar en la historia de este concepto, es pertinente adentrarnos en la clínica actual y observar la vigencia de estos conceptos, algunos del siglo pasado, que siguen vigentes y son valiosos aportes para el desempeño en la clínica de hoy en día. Una clínica que, ante las transformaciones de la sociedad, de la tecnología y de la salud requiere un movimiento para enfrentar las problemáticas actuales de los sujetos. Problemáticas que en muchos casos responden a lo traumático ligado a la violencia, en todas sus formas, generando marcas en los individuos que deben ser abordadas en un ámbito terapéutico de calidad y de confianza para lograr una mejor calidad de vida.

Con respecto a esto, los desarrollos teóricos son operativizados desde las distintas miradas y perspectivas inherentes a la clínica contemporánea, la cual debe procurar responder y atender a necesidades actuales. Cabe preguntarse entonces: ¿estaría siendo suficiente el abordaje de lo traumático en la clínica actual?, ¿podemos hacer foco solamente en las vivencias del sujeto sin dejar de considerar la indiscutible incidencia del contexto en los abordajes clínicos?

Tal como expresa Vidal (2010), “muchos elementos de la controversia Freud-Ferenczi alrededor de lo traumático prefiguraban estos interrogantes del psicoanálisis actual” (p.378). Sería acorde pensar entonces, que un encuadre flexible sería recomendable en el tratamiento de los efectos nocivos del trauma en la vida de quienes consultan en la clínica psicológica. En este sentido, las estrategias, con metas establecidas donde vayan variando los focos de las intervenciones, según vaya emergiendo como preocupación del paciente. Esto es, sin dejar de observar la convergencia en común a toda experiencia

traumática, que es la vivencia traumática que se repite. Atender y escuchar el presente que trae el sujeto, para ampliar el conocimiento de sí mismo sobre la afectación del propio entorno y una posible transformación que pueda derivar hacia un mayor bienestar y calidad de vida.

Sobre los movimientos subyacentes, Vidal (2010) señala que “estas visiones dialécticas de la constitución de la subjetividad resultan esenciales para la comprensión y el abordaje clínico de las experiencias traumáticas” (p.379). La dialéctica como una cosmovisión en la construcción del conocimiento relacionada a la constitución de la subjetividad. En la clínica actual es fundamental comprender cómo el trauma devino en una compleja y difícil experiencia de recordar. A su vez, es importante aproximarnos al funcionamiento psicodinámico particular de ese trauma para ese sujeto, lo cual no puede ser generalizado desde lo singular de la vivencia. Sino que, puede devenir un hecho en traumático o no, dependiendo de su intensidad y contención que haya existido, la impronta, el momento y las condiciones que determinaron estas vivencias dolorosas para ese sujeto, las cuales no son iguales para todos. Es necesaria la articulación de estos aspectos y atender al trauma en cuanto excedente de energía no ligada y zonas de sufrimiento psíquico sin posibilidad de figuración que resultan en fracturas y vacíos en la trama (Op. Cit.).

Para ello, es necesario un abordaje donde el psicólogo conjuntamente al paciente puedan trabajar en la línea de asociar y recrear estas vivencias, elaborarlas y visualizar el sentimiento de vacío que siente el sujeto, que paradójicamente se encuentra lleno de una energía excedente, no como falso velo sino historizando la trama psíquica y trabajando la memoria y el recuerdo. En base a Vidal (2010) plantea una reconstrucción que se base en “crear modos de intervención acordes a los diferentes niveles de inscripción psíquica alcanzados: desde develar sentidos pasados hasta el construir representaciones para aquello aún no significado” (p.400).

Por lo tanto, historizar e integrar el pasado traumático con el presente actual implicaría un acompañamiento de transición, un *continuum*, una evolución progresiva de lo vivenciado en un espacio de tiempo determinado, que oriente al sujeto hacia la anticipación de vivencias dolorosas que tomen por rehén al psiquismo en una experiencia de desborde.

3 Funcionamiento psicodinámico de lo traumático

En el capítulo anterior, se plantea la presencia inefable del dolor del sujeto que repite pasivamente una situación que desconoce cómo incide en su presente. Sin embargo, las expresiones de lo traumático, sus nexos conscientes e inconscientes no dejan de sorprender al sujeto, confuso ante situaciones que se repiten sin explicación cuando son interrogadas. Esto da cuenta de un funcionamiento donde el sujeto se encuentra paralizado ante el embate de los impulsos. Según Benyakar y Lezica (2005), el vivenciar es visto como un proceso continuo de articulación que puede conformarse desde el nacimiento y a partir del conflicto y malestar entre los estímulos fácticos externos e internos, el sujeto, y el ambiente formando así parte de la personalidad; una falla en este proceso de articulación puede derivar en la siguiente disfunción: el vivenciar traumático. Es necesario enumerar algunos aspectos que hacen al funcionamiento psicodinámico singular y descritos por Barber y Solomonov (2016):

- 1) Existencia de contenidos: creencias, procesos inconscientes, mecanismos de defensa. El comportamiento tiene significados.
- 2) Centralidad de los conflictos en la vida humana. Los comportamientos son creados como un intento de resolver esos conflictos.
- 3) Experiencias en la temprana infancia y el desarrollo de la estructura de personalidad de un individuo.
- 4) Importancia de las relaciones del Yo, de los otros, y de las relaciones interpersonales. (p.1)

Los efectos de las experiencias y relaciones derivan en comportamientos y estructuras de personalidad. Benyakar y Lezica (2005) afirman que “el mundo fáctico, el sujeto y el funcionamiento psíquico conforman una unidad compleja interrelacionada y de algún modo inseparable con relación al efecto final traumático” (p.18). Entonces, lo fáctico dependiendo de su intensidad, el daño psicológico del sujeto y su funcionamiento psicodinámico singular, el cual resulta afectado con una memoria fragmentada del hecho o evento disruptivo o traumático. Estos mecanismos son parte de la precaria integración del trauma a la vida psíquica y su funcionamiento, cual si fuera un quiste, pero en el psiquismo. Por lo tanto, no se puede recordar el afecto en tanto tal, sino la sensación, para luego revivir y asignar sentido a dicha vivencia. Esta permanece activa desde los registros inconscientes, pero no representada y posible de ser evocada, dado que el desborde psíquico como

angustias de vacío e indefensión excedieron las capacidades de metabolizar y simbolizar estas situaciones extremadamente paralizantes.

En este sentido, las intervenciones psicológicas deben analizar el funcionamiento psicodinámico en su expresión singular, haciendo foco en el sufrimiento - que cada vez - trae el paciente. En base a, que lo fáctico vivido (en otro tiempo) anticipa anímicamente la cercanía de cualquier otra situación que enlace a la vivencia, la misma puede derivar o no en una reedición de lo traumático. Más aún, revivir una situación vivencial dolorosa e irrepresentable (en tanto exceso), genera *per se* una ausencia de palabras al intentar evocarla. La parálisis emocional del sujeto en estupor es un indicio que orienta hacia la presencia no visible del daño ocasionado por aquellas experiencias y vivencias de terror. El cuerpo como escenario y donde se proyecta la vida psíquica interactúa con lo externo, algo sobre lo cual no se puede escapar, poniendo en juego conductas y comportamientos que pueden resultar “ajenos” a sí mismo.

Cabe preguntarse ¿cómo se relaciona lo fáctico en y con el trauma? Lo disruptivo, lo imprevisto que impacta es un aspecto inherente al trauma. Esta cualidad podría responder o al menos acercarse a esa relación entre el mundo externo, lo fáctico y lo que podría devenir en traumático. Lo disruptivo se “vincula a la capacidad de generar efectos intrapsíquicos desestabilizantes, resultantes de diferentes reacciones psíquicas” (Benyakar y Lezica, 2005, p.32). Cuando se habla de reacciones psíquicas, se habla del resultado del desencuentro entre los deseos del sujeto y lo fáctico externo.

Una vez más, es necesario acudir al significado y origen de la palabra disruptivo que abre un abanico de ideas que son parte de este concepto. Según la RAE (2021), “disruptivo” proviene de *disrupción* lo cual significa “rotura o interrupción brusca”. Una rotura que ocurre mediante la acción de romper, que puede ser un hecho accidental o intencional y acarrea sus consecuencias. La rotura indica un quiebre, un antes y un después en la vida del sujeto. Sobre lo disruptivo Benyakar (2016) historiza:

En latín, *dirrumo* significa destrozar, hacer pedazos, romper, destruir, establecer discontinuidad. Por lo tanto, disruptivo será todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración. (p.14)

Entonces, “un evento se consolida como disruptivo cuando desorganiza, desestructura o provoca discontinuidad. La desorganización y lo que ocurra con ella no le pertenecen al evento, sino que dependen del sujeto que lo vive” (Op. Cit., p.19). En este sentido en función de lo disruptivo será el carácter desestabilizante de lo real a nivel del psiquismo. En otras palabras, lo disruptivo es para el sujeto aquello que de lo externo

golpea al psiquismo, siendo ineficaces sus defensas y constituyendo una vivencia que culmina siendo un impacto doloroso (traumático), debido a lo insoportable de la presión proveniente del afuera o de aquello disruptivo que retorna a nivel de la vivencia, por vía de las sensaciones. Sin embargo, no todo lo disruptivo e intenso genera una disfunción traumática ni tampoco todo trauma se da a causa de un único evento disruptivo (Benyakar y Lezica, 2005). Asimismo, una situación no por ser abrupta, dolorosa y destructiva (lo que impacta desde el mundo exterior) sobre el psiquismo y su subjetividad deviene en trauma, sino que la integración psíquica de ese impacto, la respuesta y cómo se incorpora, es lo que posteriormente definirá la vivencia como traumática o no. Dependerá eventualmente de la contención recibida durante y después, de uno solo o más eventos traumáticos, así como también de la intensidad de lo fáctico disruptivo proveniente de lo externo.

Es de gran responsabilidad para el psicólogo atender a este aspecto ya que un sujeto puede padecer y persistir en sus respuestas inerte en innumerables situaciones que penetran desde el entorno. Cuando el sujeto no puede anticipar una nueva situación que se repite - paradójicamente - además de que le son extrañamente familiares, pero que le asaltan como si fuera la primera vez. Es importante detenerse en este punto con relación al insight, es lo novedoso que surge en la clínica y ese acontecimiento que permite poner palabras donde no las hubo. Esas palabras son acciones que tienen el objetivo de dejar de utilizar el cuerpo como lugar de expresión del sufrimiento. Como se mencionaba, no todas estas situaciones pueden devenir en traumáticas porque cada situación en su conjunto y con el paciente serán distintas. Aún más, Benyakar (2016) acuerda en que “diagnosticar de manera infundada y apriorística, en función del tipo de situación vivida o de la sumatoria de síntomas y no de cómo fue procesada es, lisa y llanamente, renunciar a nuestro propio saber” (p.13).

Ahora bien, tanto lo fáctico como lo disruptivo serían inexistentes sin el siguiente término a trabajar: la vivencia. Lo que verdaderamente siente el paciente que nos consulta y quien realmente es y siente ser. Para ser más precisos, Benyakar y Lezica (2005) indican que “la vivencia pasa a ser un indudable correlato psíquico de la vida del sujeto e incluye lo inscripto en el psiquismo durante un hecho en el cual el sujeto participó” (p.40). Cabe preguntarse: ¿qué sucede cuando estas vivencias se reeditan una y otra vez afectadas nuevamente por lo disruptivo?, ¿cómo se observa lo traumático y sus manifestaciones? Por tanto, caben interrogantes acerca de si el o los hechos disruptivos devenidos en trauma serían elaborables, o no. Sería de esperar que así lo fuera, que el sujeto la reviva desde otro lugar, con la contención necesaria que interprete en el presente la actualidad del pasado y en un marco de confianza imprescindible dentro del espacio y consulta psicológica.

Sobre la vivencia traumática Benyakar y Lezica (2005) plantean que:

Se trata de la relación entre un impulso interno con sus diversas configuraciones desiderativas específicas y las diferentes opciones que el mundo externo ofrece a ese impulso como satisfacción, relación que se configura en un determinado momento de la vida de un sujeto. (p.41)

Este enunciado resulta significativo con relación al daño psíquico, dado que - en ocasiones- el mundo externo y contexto no ofrecen una contención al impulso doloroso y arrollador de determinadas vivencias traumáticas. Sino que igualmente el sujeto debe responder con relación a una amenaza sin escapatoria para él.

Al respecto, es necesario analizar tanto el afecto como la representación, conceptos claves para la definición de la vivencia. El afecto es “la expresión cualitativa de la cantidad de energía pulsional y de sus variaciones”, mientras que, la representación es “lo que uno se representa, lo que forma el contenido concreto de un acto de pensamiento y especialmente la reproducción de una percepción anterior. Freud contrapone la representación al afecto, siguiendo cada uno de estos elementos, en los procesos psíquicos, un diferente destino” (Laplanche y Pontalis, 2004, p.367). En contraposición, Benyakar y Lezica (2005) definen a la vivencia “como la articulación entre el afecto y su representación” (p.41). Para ellos, tanto el afecto como la representación fallan en la articulación de lo experimentado. La vivencia traumática como el desencuentro del sujeto con lo fáctico, con el sí-mismo, con el otro, la interacción y el resultado de lo experimentado que pudo internalizarse (Benyakar y Lezica, 2005).

Ahora bien, ¿cuándo la vivencia deviene en dolorosamente traumática? La misma se torna traumática cuando se da un colapso de las relaciones entre lo psíquico, lo social y lo temporo-espacial, que hace emerger un afecto no ligado (desarticulado) de su representación. En este orden de ideas, hubo una alteración en la integración de aquella vivencia que hizo deviniera en traumática. Resulta fundamental comprender y conocer el funcionamiento psicodinámico de lo traumático, en cuanto a lo externo (disruptivo) y lo interno (afecto no representado) que afecta y es afectado, lo uno por lo otro, y viceversa. En sintonía con estos conceptos, Benyakar (2016) señala:

Cuando el efecto producido por el agente externo provoca un quiebre en la capacidad y posibilidad de procesamiento mental, el acontecimiento deviene en traumático. Por ello, lo traumático no es un evento fáctico o situación sino un proceso psíquico producido por un evento o entorno disruptivo. (p.8)

A pesar de que estos aspectos son presentados, interrogados y traídos en forma separada, tiene como finalidad delinear y comprender las características de lo traumático, cuya articulación y relación entre ellos constituye un verdadero entramado complejo

traumático. No obstante, las ligazones en el psiquismo son del orden de lo particular. Se puede afirmar que el todo conformado por el sujeto, lo fáctico y un funcionamiento psíquico particular conforman una unidad compleja interrelacionada e inseparable con la imperiosa necesidad de llevar adelante la vida misma. Otro aspecto de lo psicodinámico que puede recordarse en lo traumático, es la experiencia. Este aspecto es clave, dada la conjugación de lo fáctico en la subjetividad del sujeto, una necesidad psicológica, “la articulación -incesante interacción y transformación mutua- de un evento fáctico con una vivencia” (Benyakar y Lezica, 2005, p.55). En este entrecruzamiento, es donde se encuentra el sujeto, atravesado por una situación dada, la vivencia acompañante queda fijada e impregnada subjetivamente por lo que sintió y pensó en ella (Op. Cit.).

Es interesante lo que la experiencia trae consigo y se muestra en el proceso de la intervención psicológica con el trauma. Es decir, que, mediante la misma, se puede acceder por la vía de la interpretación de los relatos a lo que el paciente vivió en determinado momento y acontecimiento particulares. Más allá de la vivencia como consecuencia a analizar, la experiencia nos orienta acerca de los indicios y vestigios en lo subjetivo. La vivencia refiere a cómo lo vivió durante ese tiempo y momento, mientras que la experiencia aparece en el orden de lo implícito y en las narraciones del sujeto, que posteriormente desde la vivencia acompañante, puede asignar sentido con palabras al dolor experimentado en aquellos momentos. Benyakar (2016) afirma que la experiencia es “la descripción fenoménica de los hechos y de la percepción que tiene la persona del efecto que le hizo el evento” (p.25), la palabra, lo que el sujeto dice haber vivido y sentido.

Ahora bien, tanto la vivencia, los afectos, la parálisis emocional, las sensaciones que señala el sujeto en la clínica son elementos de análisis del funcionamiento psicodinámico y singular del trauma experimentado. No obstante, ante lo complejo del entramado psíquico resultante, ¿cómo se puede manifestar en la clínica?

Las intervenciones del psicólogo apuntan a señalar los indicios que el paciente trae sin cuestionar comportamientos naturalizados que atañen a las complejidades del trauma, lo cual debe ser explicitado y anticipado ante una próxima repetición dolorosa de situaciones o experiencias que presume de ser nuevas y diferentes. Comprender desde la práctica clínica, que no hablamos de meros conceptos teóricos, sino poder contar con herramientas prácticas para el tratamiento. Elaborar las situaciones, aquello que el sujeto no dice y dice, que no olvida ni recuerda de aquellas vivencias, de forma tal de dilucidar sentidos, para un tratamiento y abordaje a medida de las necesidades de transformación del dolor.

Resulta pertinente traer una situación trágica ocurrida en la ciudad de Buenos Aires, el incendio del local bailable llamado Cromañón, en el año 2004 en Argentina. Benyakar y Lezica (2005) analizaron los efectos de esta tragedia en sus sobrevivientes. Las sensaciones intensas vividas por ellos no pueden ser elaboradas sino es a través de lo que

sienten y vivencian hoy. Hacer visible lo representado, posible de recordar, en las representaciones residuales y posibles de acceder a la conciencia. Se da una imposibilidad de constitución, lo disruptivo ha desarticulado la experiencia, de la vivencia afectiva, deviniendo en traumática y activada ante situaciones similares. Se mantienen todos sus componentes, pero sin la articulación necesaria. En sentido estricto lo traumático es la “desarticulación”, condición inevitable de un psiquismo que se dañó. Lo traumático pone sobre la mesa angustias y parálisis emocional, la inacción. A modo de ejemplo las personas que sufrieron violencia y maltrato, en el sentido más abarcativo, Muñoz y Torres (2014) al respecto dicen que: “el hallazgo tal vez más impactante, es la estrechez del psiquismo y la primacía de lo no psíquico en el funcionamiento” (p.2). Es decir, que lo no elaborado o posible de ser elaborado, que en estos casos deriva en un complejo traumático. Hacer énfasis en que la violencia y el maltrato causan daño psíquico y fragilizan al mismo.

Muñoz y Torres (2014) al respecto y a modo de ejemplo:

Opera la percepción de estímulos que no se encadenan entre sí, que no hacen historia y, por supuesto, tampoco adquieren sentido y significado. La vida se convierte en tomar nota de las intensidades perceptuales del afuera para protegerse o huir cuando el peligro aparece, o acercarse cuando lo atractivo surge en el campo perceptual. (Muñoz y Torres, 2014, p.3)

Una respuesta al hecho disruptivo se da mediante un procesamiento de la experiencia donde hay fallas en la percepción, en respuesta al daño recibido pasivamente y distorsiones en la memoria y en la posibilidad de integrar secuencialmente los hechos de forma coherente. Sin embargo, las características de esta forma de dar respuesta es lo que determina la vivencia. Esta “no es expulsada del aparato ni es integrada a él, sino que queda en su interior pero en estado de exterioridad; es decir, la vivencia traumática queda encapsulada en el interior del aparato” (Benyakar y Lezica, 2005, p.109). El psiquismo del sujeto guarda y conserva las experiencias que retroalimentan el dolor en lo traumático. Dado que se mantiene en el pensamiento y conductas una especie de confusión pasado-presente-pasado en la percepción, pone en evidencia una temporalidad distorsionada y desordenada. Lo temporal (pasado) se torna en atemporal (presente), ante determinadas circunstancias.

4 La temporalidad: tiempo congelado

Hablar de temporalidad es hablar de algo que se imbrica con el tiempo en su acepción cronológica, algo que perdura y que habita en el espacio psíquico - temporal. Desde una perspectiva clásica-cronológica del tiempo, se podría entender al mismo como una línea donde se ubica el pasado, el presente y el futuro. Sin embargo, cuando se habla de la temporalidad en el trauma, el tiempo se ve, percibe y siente de otra manera, el cual queda atrapado o determinado por cómo transcurrieron aquellos momentos vividos en las experiencias traumáticas. Estas vivencias son acompañadas por sensaciones corporales que se repiten inexplicablemente para el sujeto y a lo largo del tiempo. El pasado se entrelaza con el presente y también con un futuro que no puede ser proyectado debido a que la vida gira en torno a lo que llega a vivir repetidamente. El psiquismo queda condicionado por los sucesos anteriores, así como también las sensaciones, emociones y sentimientos emergentes. El sujeto sabe que algo sucedió, pero sin haber logrado una articulación posible de representar y evocar en un relato sucesivo y secuencial. Esta desorganización a la hora de responder interroga acerca de si, ¿podría el paciente situar el o los traumas vividos en una línea de tiempo?, ¿este trauma permanece en un estatus de atemporal?

Como metáfora, resulta oportuno traer un dicho del acervo popular que en el imaginario guarda relación con la temporalidad en el dolor y sufrimiento; “el tiempo todo lo cura”. Por el contrario, el tiempo cronológico en lo traumático no cura o sana a su paso, sino que los eventos dolorosos traumáticos quedan casi inamovibles y con fuerza, durante toda la vida del sujeto a lo largo del tiempo. Por tanto ¿dónde queda alojado lo vivido en ese tiempo? El tiempo cronológico acompaña estos procesos, pero entrelazando el pasado con el presente y el futuro. A la vez, el sujeto queda paralizado y se vive a sí mismo en una temporalidad (no consciente), pero en un tiempo congelado. Es importante entender cómo operan estas vivencias traumáticas, donde el sujeto funciona disociadamente y queda paralizado -por momentos- luego de un evento disruptivo, también antes de que vuelva a acontecer una situación potencialmente traumática. Una condición que grafica el tiempo congelado a nivel de la vivencia subjetiva de algo que no recuerda y tampoco olvida.

Respecto al anudamiento de los tiempos, Borgogno (2008) con relación a lo que Ferenczi teorizó sobre el trauma, plantea una dimensión temporal más amplia en cuanto al “no lugar” del trauma, donde no hay tiempo y por tanto no hay pasado, presente y futuro. También dice que “el pasado debe reproducirse en el curso del análisis, y no solo el pasado que “realmente” ocurrió sino también el que podía haber sucedido pero que no fue así por diferentes razones [...]” además agrega que “[...] se abre a una nueva temporalidad en la que el pasado puede modificarse porque una parte de él, que nunca ha sido experimentada, podría ser vivida en el presente” (p.283-280). Se puede afirmar que si hubo o hay intentos de convivir con ese pasado traumático (lejos de curarse con el tiempo), estas vivencias deben ser atendidas y trabajadas para ser re-experimentadas desde otro lugar, donde haya confianza y seguridad para el sujeto en situación.

Con relación a los desarrollos de Ferenczi y Benyakar y Lezica (2005), conservan algunas semejanzas. Al igual que Ferenczi, plantean que el trauma es como “una herida que reviste un particular estatuto temporal, ya que la etimología agrega a esa herida la significación de algo que además se desplaza, que viaja sin quedar anclado a un solo punto y sin perder su poder lacerante” (p.66). Esto puede asemejarse con la idea del “no lugar” del trauma, siendo así y en palabras de los autores “una herida que hiere, corte que también es filo que corta. En suma: una herida entendida como transmisión de lo que lastima” (Op. Cit.) La atemporalidad de lo actual es una característica de la repetición en el trauma psíquico, “lo característico es que se trata de la repetición de vivencias que en su momento resultaron traumáticas, desagradables, dolorosas” (Burghi, 2021, p.249). Una herida que hiere, una herida que se repite en el tiempo porque no fue suturada para cicatrizar.

De acuerdo con lo que refiere Puget (2005), hablar de línea temporal sería basarse en el tiempo pasado y futuro, como lo hace el modelo evolutivo – tradicional. Por lo que reducir el trauma al pasado y sus efectos disociados en un futuro del sujeto, nos alejaría de la comprensión del exceso de angustia y ansiedad en el presente con raíces en el pasado. Contrariamente se podría decir que hay un orden del tiempo no cronológico y su retroactividad en el pasado y presente viviendo uno y otro, simultáneamente y viceversa.

Similar es el planteo de Tutté (2002), quien expresa la siguiente idea:

Una acción retroactiva, desde el presente hacia el pasado, ruptura del tiempo cronológico y la causalidad mecánica, en favor de un concepto dialéctico de la causalidad y de un modelo de la temporalidad en el que pasado y futuro se condicionan y significan recíprocamente en la estructuración del presente. (s/p)

En cuanto al trauma, según Puget (2005) “irrumpe y fija el presente trabando el devenir de las oscilaciones ineludibles de las relaciones humanas” (p. 297), lo que

demuestra el impacto presente tanto a nivel de lo vincular, de lo subjetivo y de lo temporal de la vida del sujeto. Una traba que fija la vivencia traumática en un anacronismo de pasado-presente a lo largo del tiempo, lo cual subsume al sujeto en la sensación de no avanzar y como si hubiera habido -metafóricamente- una fractura a nivel del yo. En esta línea de las heridas, se puede afirmar que recuperarse para el sujeto implicaría atravesar procesos que conllevan un movimiento de lo depositado allí en ese vacío de sentidos de lo traumático.

Recordar doliendo para reducir el dolor, intervenir y construir un relato que el sujeto comprenda, desde una lógica personal, dónde la asignación de sentidos no sea una fantasía autogenerada, sino que tenga un lugar desde donde entender lo que le sucede desde su propia vivencia angustiante. El trabajo psíquico de la integración para regular su funcionamiento a través de la comprensión de los síntomas, donde el "como sí" pase a ser la historia de su vida en primera persona sin un dolor lacerante. Uno de los objetivos terapéuticos debería apuntar a sacar al paciente de esa parálisis que siente, de forma tal que pueda reflexionar, pensar activamente y no quede atrapado (por la vivencia) en un tiempo pasado.

Esta temporalidad atemporal puede llevar al sujeto a vivir un eterno presente ligado a una expectativa angustiada de repetir situaciones y atrapado en un dolor psicológico insoportable, donde el tiempo no pasa.

5 Los cuerpos y el dolor: otras alternativas terapéuticas y complementarias

En este capítulo nos acercamos a una mirada sobre el trauma haciendo foco en las terapias basadas en lo corporal como otro camino a transitar en la comprensión y tratamiento de las personas. Una alternativa que, con diferencias y semejanzas aportan valiosos planteos en un mundo que interpela a implementar cambios en la clínica para satisfacer las necesidades del sujeto moderno.

La sociedad moderna se caracteriza por la inmediatez, la respuesta rápida, de la misma manera para curar los dolores, evitar y/o huir rápidamente de las situaciones difíciles y penosas. Para ello, se acude constantemente a la anestesia del sentir; las drogas y el alcohol actúan como una máscara para el dolor, de la misma manera con el abuso en el consumo de fármacos, para aplacar la angustia sin mediatizar la expresión de la misma y canalizar las ansiedades. Hoy, no hay tiempo para sentir y para expresar los sentimientos. A su vez, reforzamos nuestra debilidad frente al estrés o la ansiedad, quedando aún más vulnerables frente al siguiente episodio de dolor (Berceli, 2011).

Esta aceleración constante en la que vivimos genera la idea de que siempre hay que ser felices, productivos y eficientes. El ser productivo no se permite frenar ante las situaciones que impactan en su vida, queriendo evitar el dolor y evadiendo los momentos difíciles como si no existieran para poder continuar en una cadena productiva donde el que frena deja de servir y pasa a ser descartable. Tal como plantea Han (2012), la sociedad dejó de ser disciplinaria para ser una sociedad de rendimiento. Los sujetos pasaron de ser obedientes a ser sujetos rendidores, donde lo que los diferencia es la positividad. Es decir, el sujeto actual -puede- sin límites, mientras que el sujeto del pasado reciente no era consciente de la negatividad, -no podía- y debía obedecer. Estos planteos pueden parecer favorables a la libertad individual, sin embargo, el exceso de positividad se hace presente en las épocas contemporáneas.

La positividad, el poder hacer, hace que los sujetos sean emprendedores de sí mismos, donde se pierde el lugar del otro.

Para Han (2012), el sujeto moderno deviene en sí mismo:

El exceso de trabajo y rendimiento se agudiza y se convierte en autoexplotación. Esta es mucho más eficaz que la explotación por otros, pues va acompañada de un sentimiento de libertad. El explotador es al mismo tiempo el explotado. (p.32)

Este exceso de positividad que plantea el autor, lleva a una hiperactividad y a una falta de atención, paradójicamente, en nosotros mismos y en el cuidado de uno mismo. Hacer por sí mismo, pero nunca atenderse a sí mismo. Los hechos o acontecimientos que nos atraviesan no necesariamente son los responsables de perjudicar a la salud, sino que la forma en que respondemos a ellos es lo que hace que los hechos devengan en sufrimiento (Berceli, 2011). La desarticulación a la hora de mitigar o elaborar una situación traumática, genera que el dolor y sufrimiento queden atrapados en el psiquismo y en los cuerpos. En la actualidad, ¿cómo destrabar y expresar ese sufrimiento? ¿cómo curar esas heridas que fueron acalladas y solapadas?

En la clínica, hay un elemento que tiene un papel fundamental y es el vínculo terapéutico. Sobre este punto y basado en el Psicoanálisis Vincular Alzugaray (2016) dice que:

El vínculo es entonces una zona de encuentro donde la presencia de un otro se opone a la ausencia y a la representación ya que el otro se presenta como sujeto con todo su cuerpo y psiquismo. En este contexto de descubrimiento, ambos se construyen generándose modificaciones psíquicas en ambos puesto que el encuentro con el otro es recíproco. (p.22)

Por lo tanto, un elemento clave en el vínculo es la presencia, pero también el medio para comunicarse: la palabra, la expresión del sujeto mediante el decir. Como se plantea en este trabajo, este elemento es necesario para lograr elaborar y articular una vivencia que nunca llegó a conformarse como tal. Ahora bien, se podrían analizar un sinfín de temas relacionados a la palabra, tanto lo dicho como lo no dicho. Sin embargo, es pertinente plantear la siguiente pregunta: ¿Alcanza solo con la palabra para desactivar el potencial traumático de un evento disruptivo?, ¿y cuándo las palabras no surgen espontáneamente ante tanto dolor? Benyakar y Lezica (2005) plantean la vivencia de vacío traumático como un agujero en la trama vivencial ante la no elaboración de lo vivido. Este hueco psíquico desencadena un vacío que se refleja también en la expresión de la palabra.

Al comienzo del trabajo se plantean distintas miradas teóricas sobre el trauma. Desde un cuerpo implicado y depositario existen otras formas de abordar las consecuencias de lo traumático, se trabaja sobre el mismo desde la terapia corporal. Sin embargo, lo hacen desde una perspectiva asociada a la psicología, donde lo fisiológico no es algo separado de lo psíquico, sino que están intrincadamente unidos a la hora de vivenciar el estrés, la ansiedad y el trauma. Contraponer ciertos aspectos de esta perspectiva con la psicoterapia tradicional hace que no solo se pueda conocer otra forma del tratamiento del trauma, sino que abre la posibilidad de plantearnos otras formas de pensarlo, sin excluir una u otra

corriente, sino que articulándose para cuestionar y tomar importantes y valiosos aspectos de ambas.

La palabra es sin dudas un factor primordial a la hora del tratamiento del trauma, pero es necesario plantear la idea de que quizás necesitemos atender nuestro cuerpo para que las sensaciones y sentidos se transformen en palabras, para así poder desarmar el trauma (Berceli, 2011). Por lo tanto, la importancia del cuerpo en la modernidad y en la clínica actual cobra una vital importancia. Ante el trauma, ¿será que ya no alcanza solamente con las palabras en acto?

Tomamos nuevamente a Benyakar (2016) a través de sus inquietudes, “si el trauma es vacío, discontinuidad, agujero que el psiquismo no soporta, ¿cómo hablar de él?, ¿cómo circunscribir el vacío, darle una forma a la nada, asir el agujero?” (p.16).

En contraposición Berceli (2011) sobre este vacío dice:

Una reacción traumática es una respuesta positiva, no negativa. No es un despliegue de debilidad, sino el intento del cuerpo para protegerse. El sistema de alerta básico de emergencia del organismo humano se activa en estos casos, permitiendo la supervivencia. (p.8)

Continuando con este autor sobre las vivencias traumáticas se puede decir que son invasivas y que se introducen en el psiquismo como fragmentos, los cuales se almacenan y se encasillan en el cerebro donde permanecen en un estado de caos y sin una sanación.

En base a la capacidad innata y orgánica del cuerpo para su sanación, otro aspecto a valorar es que el dolor emocional también se manifiesta en nuestros músculos. Es decir, que el cerebro genera y envía sustancias químicas a los músculos ante las situaciones de peligro. Luego, lo que sucede es que los músculos se contraen logrando así la protección de nuestro cuerpo. Es interesante comprender cómo y cuáles son estos músculos, ya que son los únicos que lo hacen. Berceli (2011) destaca que “los músculos psoas conectan la espalda con la pelvis y las piernas” (p.41). Durante la vivencia traumática, esta tensión y alerta en la tonicidad muscular hace que funcionemos ante el peligro. Sin embargo, ¿qué sucede una vez que el peligro paso? Si esta tensión y tonicidad en el cuerpo y en los músculos persiste, se generará una tensión crónica y duradera, “el dolor que queremos expresar hablando está atrapado en nuestra estructura física” (Op. cit., p. 44). He aquí el punto central de este enfoque, el cual permite a través del cuerpo expresar lo que no se puede expresar con palabras. Entendiendo que el hablar y la palabra es la forma con la que el ser humano cuenta para expulsar su sufrimiento, hacerlo mediante la expresión corporal puede resultar confuso. Sin embargo, el cuerpo tiene su propio lenguaje y se podría también pensar en tomar estos aspectos de las distintas corrientes psicológicas para lograr un

beneficio a la hora de tratar el trauma. Tal vez, habría que integrar técnicas terapéuticas de unos y otros para mejorar la calidad de vida.

¿Cómo se expresa el dolor a través del cuerpo?, ¿cuál es la técnica para poder aliviar el sufrimiento corporalmente? En la liberación del trauma hay una expresión corporal que tiene un potencial valor terapéutico: los temblores. El temblor es una forma de sacudir el exceso de carga energética, esa tensión que reside en el cuerpo cuando enfrentamos una situación peligrosa que irrumpe desde el entorno. Los temblores corporales son entonces, una forma de completar la descarga de la respuesta ante el evento disruptivo, siendo los mismos un gran medio terapéutico que tiene nuestro cuerpo.

Al respecto de los temblores corporales como valor terapéutico, Bercei (2011) explica el fenómeno:

Al término de un incidente traumático, nuestro sistema nervioso debiera desactivarse naturalmente mediante temblores, para eliminar los restantes residuos químicos generadores de tensiones. Este temblor envía una señal al cerebro, informando que el peligro ha pasado y que debe apagar el estado de alerta. (p.50)

En este sentido de alertar al organismo, ¿cómo y cuándo el sistema nervioso retorna naturalmente al estado de no-peligro? El mismo autor señala que, en ese caso, la mente continua en una vivencia de peligro manteniendo al cuerpo en estado de alerta, aferrando los músculos a una carga excesiva y concretando un patrón de tensión crónica. En este sentido, la técnica desarrollada por el autor es la del Proceso de Liberación del Trauma, mediante ejercicios físicos que liberen las tensiones musculares y las excesivas cargas de energía aferradas a los músculos, donde se pueden encontrar algunas similitudes con respecto a la psicoterapia convencional.

Un aspecto interesante en este diálogo entre la psicoterapia psicoanalítica y la terapia corporal en cuanto a lo traumático es lo inconsciente, donde ambas convergen es en la necesidad de acceder al mismo. Desde la técnica del Proceso de Liberación del Trauma, se afirma que los temblores no están bajo un control consciente: “Los ejercicios que provocan temblores pasan por alto la mente pensante, dándonos acceso directo al cerebro reptil inconsciente” (Bercei, 2011, p.52). Se puede apreciar la semejanza entre las distintas perspectivas, el acceso al inconsciente como punto en común para trabajar las cargas excesivas que el trauma perpetuo.

El recorrido en este trabajo, genera una postura en cuanto a abrir la posibilidad de que el trauma, el sufrimiento psíquico insoportable que atraviesan muchas personas, pueda ser trabajado tomando aspectos favorables de distintas perspectivas para cada caso, abriéndose así a una clínica en movimiento, donde el centro de atención sea el paciente y

sus necesidades en ese momento particular. Este pensamiento, aunque personal y particular, no es nuevo. Con respecto a esto, Lowen (2007) plantea en su obra la inquietud de Freud en una de sus cartas a Fliess en 1899: “A veces, pienso que sería absolutamente indispensable una segunda parte del tratamiento que provocase los sentimientos de los pacientes, además de sus ideas” (p.11).

Además, provocar las ideas implica utilizar el cuerpo, articulando lo psíquico y mental para el beneficio del paciente. En concordancia con esto, Lowen (2007) destaca que:

Si la estructura corporal y el temperamento están relacionados, como puede determinar cualquiera que estudie la naturaleza humana, la pregunta es: ¿podemos cambiar el carácter de un individuo sin producir algún cambio en su estructura corporal o en su motilidad funcional? Y viceversa: Si podemos cambiar la estructura y mejorar la motilidad ¿no podremos producir aquellos cambios en el temperamento que el paciente requiere? (p.11).

El lenguaje no verbal se hace presente en la clínica. El sufrimiento y los conflictos de la actualidad no son iguales a los del siglo pasado, la falta de verbalización y de comunicación en la sociedad se refleja en la clínica. El sujeto queda vacío de palabras y las personas necesitan de una evolución y transformación por parte de la psicología. Es por ello, que se plantea la idea de una clínica en movimiento, una clínica donde se atienda no solo a la palabra ya que la misma puede estar ausente ante tanto dolor.

Volviendo a lo traumático, la ausencia de palabras puede darse debido a un desborde emocional continuo en el sujeto (Greenberg y Paivio, 2000). Durante la práctica fue interesante observar cómo afecta a los pacientes. Una adolescente que sufría un malestar emocional difícil de sostener en soledad, debido al abandono y maltrato de su padre en la infancia. Uno de los objetivos de la intervención se basó en que ella pudiera reconocer (mediante la palabra) el enojo hacia su padre y expresarlo, lo cual se asemeja a las intervenciones donde la meta “consiste en acceder a la red subyacente de significados – sentidos, ayudarles a reconocer la necesidad no satisfecha, externalizar apropiadamente la culpa y la responsabilidad, intensificar la sensación de fortaleza del sí-mismo y facilitar la acción asertiva” (Greenberg y Paivio, 2000, p.195).

6 La trama final: el dolor psicológico

Lo desarrollado hasta aquí permite repensar las vivencias traumáticas y su expresión sintomática. El insostenible dolor psíquico por el que ha transitado un sujeto a raíz de distintas experiencias traumáticas acumuladas en el tiempo lleva a un deterioro en la calidad de vida. Una herida, una fractura, un vacío traumático que paradójicamente no es vacío, sino que es lo que el aparato no puede incluir en la trama vivencial y que por lo tanto no se podrá significar (Benyakar y Lezica, 2005). En la trama vivencial de la continuidad existencial del yo, el sujeto se siente afectado a raíz de hechos traumáticos que han fragilizado y dañado psíquicamente.

En este sentido, acerca del trauma acumulativo como se introdujo al comienzo y desde el nacimiento, Khan (2005) dice:

Es la consecuencia de los fallos en la función de la madre como protección contra las excitaciones durante el curso total del desarrollo del niño, desde la infancia a la adolescencia, en todas aquellas áreas de la experiencia donde el niño sigue necesitando a la madre. (p.121)

Esto no sería traumático en el momento, pero el impacto del desencuentro opera y se desarrolla silenciosamente. Además, dichos fallos se verían como un trauma que se acumula en el tiempo y retrospectivamente a través del proceso madurativo (Khan, 2005). Este aspecto es importante para entender el porqué el sujeto se expone a la repetición de ser golpeado una y otra vez por estas situaciones y hechos potencialmente traumáticos, cuyo origen tuvo una matriz vincular, los fallos en la relación madre e hijo.

Por otra parte, Chavez y Leenars (2010) traen los conceptos de Schneidman en cuanto al dolor psicológico insoportable (psychache en inglés), que se deriva de las necesidades psicológicas insatisfechas. Esto último se puede relacionar con los planteos de Khan (2005) anteriormente planteados, en cuanto a la no satisfacción de las necesidades psicológicas en la infancia y adolescencia. Cuando estas necesidades no son cubiertas, se produce el dolor psicológico. Además y retomando la cuestión temporal, esto repercute en la vida del sujeto por el daño en su psiquis.

El trauma y sus complejidades restrictivas condicionan el desarrollo, conduciendo a la persona a vivir un dolor psicológico insoportable o intolerable creando así una huella en la que el sujeto sigue sin darse cuenta y súbitamente se ve atrapado en la repetición de vivencias traumáticas. Las angustias de vacío agotan y desesperan a la persona. Aunque

para hablar de la trama psíquica posterior a una experiencia traumática es necesario visualizar la génesis de la misma:

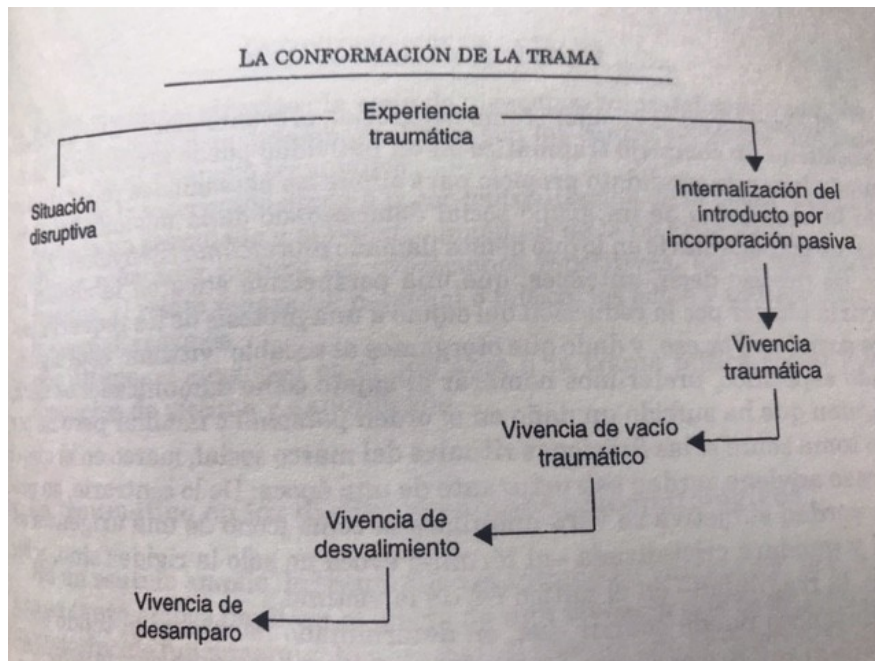


Figura 1. La conformación de la trama. Fuente: Lo Traumático. Clínica y paradoja. (Benyakar y Lezica, 2005)

La figura que los autores plantean es de gran utilidad para comprender el recorrido por el cual el sujeto transita. A partir de una situación disruptiva que impacta y excede al psiquismo, se desencadena lo traumático que deriva en vivencia traumática. Ahora bien, en un intercambio con el esquema que los autores plantean se podría agregar la vivencia de desesperanza, convergiendo así tres sentimientos en esta conformación de la trama: el desvalimiento, el desamparo y la desesperanza. En diálogo con Benyakar y Lezica (2005) es que se explicitan estos tres sentimientos que convergen ante situaciones traumáticas y en la intensidad del dolor psicológico:

1) **Desvalimiento:** “El sujeto percibe su propia incapacidad de elaborar el suceso disruptivo.” Es interesante el hecho de que el sujeto “percibe”, siendo esta percepción del sujeto la que lo hace tomar decisiones a partir de la misma.

2) **Desamparo:** “El mundo externo no ampara donde debiera haber amparado al sujeto, sea por acciones del mundo externo o por el exceso de desvalimiento.” Es así como el individuo se encuentra en una situación donde no recibe la ayuda o la protección necesaria para superar o atender su sufrimiento psíquico.

3) **Desesperanza:** Aunque no es nombrado por los autores, corresponde traer este sentimiento para la ya mencionada convergencia. La desesperanza como una visión

sesgada de la vida, donde no se encuentra una salida o aspectos positivos de uno mismo para poder lidiar con el sufrimiento producido por el trauma psíquico. (Benyakar y Lezica, 2005, p.121)

7 Reflexiones finales

A lo largo del presente trabajo se ha intentado exponer distintos aspectos del trauma psíquico desde una visión crítico-reflexiva que recoge aportes de distintas corrientes de la psicología, pero a su vez planteando cuestionamientos surgidos durante el proceso. Tomando en cuenta los cambios y transformaciones tanto en la sociedad como en la clínica actual es que se plantean otras alternativas de explicar y tratar el trauma.

Como reflexión, es pertinente expresar que cuando se habla de una vivencia traumática que sucedió en un tiempo determinado, la misma ha sido acompañada de un momento específico transitado por el sujeto, pero también por las historias y vivencias, de otros tiempos pasados y de lo implicado en ella. Sin embargo, este aspecto puede contraponer al trauma como entidad separada y no emparentada con patologías. No obstante, el trauma intenta ser procesado por el psiquismo e integra lo social como un indicador e influencia fundamental en lo potencial traumático, activamente.

Asimismo, se toman en cuenta elementos claves que hacen al trauma psíquico y a su repercusión en los distintos planos de la vida del sujeto:

El resultado subjetivo del encuentro entre una situación (fáctica) traumatogénica y el desencadenamiento psíquico de la secuencia desvalimiento – angustia automática, seguido de una falla de la función autorreguladora integradora. En ese caso se produce, entonces, lo que hemos definido como colapso de las relaciones entre lo psíquico, lo social, lo temporal y lo espacial. (Benyakar y Lezica, 2005, p.107)

Entendiendo al trauma psíquico como un proceso psicodinámico donde el sujeto se encuentra atrapado en una compleja trama, es necesario recurrir a distintas formas de abordar el mismo donde se tomen en cuenta las necesidades específicas de cada persona. Actualmente, distintas formas de violencia y maltrato existen en nuestra sociedad y las mismas son las causantes de dañar y posiblemente devenir en vivencias traumáticas que llevan a un insoportable sufrimiento psicológico en la vida.

La siguiente reflexión apunta a que sería necesario desde la psicología contar con herramientas para el tratamiento del trauma. Herramientas que abarquen distintos planos de la temática; desde la violencia, el maltrato y el abuso hasta la posible salida de situaciones de violencia y vulnerabilidad, hechos que se hacen muy presentes hoy en día. Por lo tanto, creo necesario plantear a la Psicotraumatología como herramienta actual, novedosa y que puede abarcar distintos caminos ligados a la psicoterapia para prevenir y tratar el trauma psíquico en los individuos:

Estos lineamientos buscan construir bases comunes a través de las disciplinas/profesiones para el tratamiento humanitario de personas que han sido

traumatizadas. Estos individuos pueden experimentar un espectro de respuestas, incluyendo la persistente re-experimentación del evento traumático, evitación de los estímulos relacionados con el evento, embotamiento emocional y síntomas persistentes de aumento de la activación. (Jarero, 2011, p.3)

Como ya fue mencionado a lo largo de la monografía, han surgido varias interrogantes, de las cuales varias de ellas requieren de una mayor profundización y exploración de conocimientos sobre los temas abordados. El hecho de la falta de palabras ante tanto sufrimiento, del sentimiento de vacío de los sujetos, hace que se despierte un cuestionamiento de la psicoterapia tradicional.

Cuando el sistema de respuesta emocional no se adapta o se dispara inadecuadamente como consecuencia de un trauma no resuelto, genera que, en el presente, los repertorios emocionales aprendidos sean difíciles de comprender, residiendo en la memoria emocional de una forma no simbolizada o no elaborada. El resultado de este proceso es que las respuestas emocionales no se encuentran ligadas a palabras que puedan ayudar a comprenderlas (Greenberg y Paivio, 2000).

Entonces, al no haber palabras para expresar, ¿Cómo trabajar con las emociones? ¿Cómo tratar esa angustia que desborda al sujeto? Nuevamente, cabe referirse a la importancia de lo corporal en la clínica actual.

Lo que se plantea entonces es la necesidad de la seguridad mental y física en la situación terapéutica, es decir, la posibilidad de expresar, integrar y reconocer que ahora se está seguro ante esa experiencia vivida. Un reaprendizaje que bajo la supervisión, presencia y cuidado del psicólogo logre analizar sensaciones y recuperar recuerdos. Así, se le proporciona una experiencia casi nueva al sujeto donde la corporalidad, lo sensorial, lo emocional y en un último paso la palabra hace que la experiencia sea segura bajo la confianza y cuidado de un otro. Esto brinda poder y control a la persona, para en un futuro lograr calmarse por sí sola o vivenciar las situaciones adversas con otras herramientas guardadas en su memoria.

La Facultad de Psicología (UdelaR), tendría que atender integralmente a la formación en trauma por las distintas realidades de los sujetos que consultan en la clínica psicológica.

Bibliografía

Alzugaray, A. (2016). *Análisis del concepto vínculo terapéutico y su importancia en la clínica: un estudio a partir de la experiencia de psicoterapeutas de formación psicoanalítica y del psicoanálisis vincular* (Tesis de Maestría). Facultad de Psicología (UDELAR), Montevideo, Uruguay.

Barber, J. P. y Solomonov, N. (2016). *Teorías Psicodinámicas*. Recuperado de: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/teorias_psicodinamicas_espanol.pdf

Benyakar, M. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático*. San Luis, Argentina: Nueva Editorial Universitaria.

Benyakar, M. y Lezica, A. (2005). *Lo traumático. Clínica y paradoja*. Buenos Aires, Argentina: Biblos

Berceli, D. (2011). *Liberación del trauma*. Santiago de Chile, Chile: Cuatro Vientos.

Berenstein, I. y Puget, J. (1997). *Lo Vincular. Clínica y técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Borgogno, F. (2008, octubre). Trauma y Temporalidad: El punto de vista de S. Ferenczi. *Revista electrónica de psicoterapia*. Recuperado de: https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V2N2_2008/2F_Borgogno_Trauma_Temporalidad_CeIR_V2N2.pdf

Burghi, I. (2021). Trauma y Destiempo ¿Cómo situar el más allá? *Psicoanálisis APdeBA - Vol. XLIII - n. 1 y 2 - pp. 247-261*. Recuperado de: <https://www.psicosisapdeba.org/wp-content/uploads/2021/11/18.-BURGHI-EDIT.pdf>

Bowlby, J. (2009). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Chavez, A. M. y Leenars, A. A. (2010, agosto). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*. Recuperado de: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Edwin_S_Shneidman_y_la_suicidologia_moderna.pdf

Etchegoyen, R., Kargieman, A., Bianchedi, E., Dupetit, S., Berezovsky, R., Valeros, P., Nemirovsky, C. (2005). El concepto de trauma según diferentes autores psicoanalíticos.

Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXVII - Nº 1/2. Recuperado de:
<http://biblioapdeba.no-ip.org/pgmedia/EDocs/2005-revista1-2-Elconcepto#:~:text=Esto%20Page%207%20186%20EL,transformarse%20en%20fuente%20de%20dolor.>

Freud, S (1991). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. En J.L. Etcheverry (trad), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. XVI, pp. 235-249). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917).

Freud, S. (1992). *Más allá del principio del placer. Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras*. En J.L Etcheverry (trad), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. XVIII, pp. 7-62). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1920).

García, J. A. (2016). *Los traumas y sus efectos psicológicos*. Recuperado de: <https://psicoterapeutas.com/trastornos/traumas/>

Greenberg, L. y Paivio, S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Han, B. C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona, España: Herder.

Jarero, I. (2011). ESTÁNDARES DE LA PRÁCTICA DE LA PSICOTRAUMATOLOGÍA. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. Recuperado de:
https://www.revibapst.com/_files/ugd/c70085_470767d0d6084957a217aeebcd3a77ac.pdf

Khan, M. M. (2005). El concepto de trauma acumulativo. *Revista Psicoanálisis Asociación Psicoanalítica Madrid*. Recuperado de:
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Khan_2005_El_concepto_de_trauma_acumulat.pdf

Laplanche, J. y Pontalis, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Lowen, A. (2007). *El lenguaje del cuerpo. Dinámica física de la estructura del carácter*. Barcelona, España: Herder.

Merlin, N. (2018). *Trauma y memoria*. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.58766>

Muñoz, C. y Torres, N. (2014). El maltrato y la violencia estrechan y aniquilan lo psíquico. *Universitas Psychologica*, 13(3), 1099-1110. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-3.mvea>

Neira, J., Gutiérrez, V., Monteverde, E., y Bosque, L. (2019). *Un llamado a la acción para la declaración del trauma como enfermedad*. InterAcademy Partnership for Health [IAP]. Recuperado de: <https://www.interacademies.org/sites/default/files/2020-04/Un%20llamado%20a%20la%20acci%C3%B3n%20para%20la%20declaraci%C3%B3n%20del%20trauma%20como%20enfermedad.pdf>

Puget, J. (2005). El trauma, los traumas y las temporalidades. *Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXVII - N° 1/2*. Recuperado de: <http://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/08/Puget.pdf>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2021). *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]. <https://dle.rae.es/trauma?m=form>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2021). *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]. <https://dle.rae.es/disrupción?m=form>

Tutté, J. C. (2002). El concepto de trauma psíquico: un puente en la interdisciplina. *Revista uruguaya de psicoanálisis* (95). Recuperado de: <https://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720029503.pdf>

Vidal, I. (2010). Clínica de lo traumático. La función del analista. *Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXXII - N° 2/3 - pp. 377-403*. Recuperado de: <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/06/Vidal.pdf>

Vidal, R. (2002). Los espacios psíquicos: Intra, Inter y Transubjetivo. *Aperturas: Revista Internacional de Psicoanálisis*, 010 (2002). Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000195>