



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **MERCEDES ANABEL COLLANTES ARIAS**, CC: 1803183647, autora del trabajo de graduación intitulado: **“Estudio sobre el Trauma Psíquico y su resignificación a partir de un caso clínico”**, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLINICA**, en la Facultad de **Psicología**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, febrero 2013

**MERCEDES ANABEL COLLANTES ARIAS
CC: 1803183647**

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**ESTUDIO SOBRE EL TRAUMA PSÍQUICO Y SU RESIGNIFICACIÓN A PARTIR
DE UN CASO CLÍNICO.**

NOMBRE

MERCEDES ANABEL COLLANTES ARIAS.

DIRECTORA: LIC. LIDIA LEW.

QUITO, 2013

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	V
INTRODUCCIÓN.....	1
Capítulo I	3
Trauma y situación traumática	3
1.1. El trauma en la Medicina	3
1.2. El trauma en la teoría psicoanalítica	7
1.2.1. Origen del concepto.....	10
1.2.2. Diferentes momentos en la elaboración del concepto	13
1.3. Elaboración de la situación traumática	17
Capítulo II.....	20
¿Qué es la resignificación?	20
2.1. Nachträglich.....	20
2.1.1. Casos en los que se introduce el concepto.....	26
2.2. Après-coup. Elaboración del <i>a posteriori</i> según Lacan.....	32
2.3. Ejemplo.....	35
Capítulo III	38
Presentación del caso.....	38
3.1. Descripción del caso	38
3.2. Análisis del caso.	48
3.3. La función de recordar, repetir y reelaborar.	51
Capítulo IV	57
Articulación del caso con la teoría expuesta	57
4.1. El trabajo clínico de resignificación	57

4.2. Presentación de las conclusiones del caso	65
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFÍA.....	71

RESUMEN

El presente trabajo está encaminado al análisis de la noción de trauma en Medicina y en Psicoanálisis, se lo realizará a través de un recorrido por los diversos conceptos relacionados con el tema: cuerpo, nachträglich, après-coup, recordar, repetir, reelaborar y resignificación. Con el fin de articular la teoría con la práctica se expone un caso que permite poner de manifiesto la importancia del trabajo terapéutico en el abordaje del trauma.

INTRODUCCIÓN

En la vida cotidiana se utiliza la palabra trauma de diversas formas pero siempre haciendo alusión únicamente al hecho que se produjo; lo que se pretende en esta disertación es devolverle al trauma su especificidad ya que se considera que el trabajo clínico de una situación traumática supone re significar el acontecimiento a partir de un recuerdo que insiste y que el proceso de elaboración psíquica permitirá dar sentido al mismo para que el paciente pueda integrar el suceso a su historia.

Rescatar el valor del trabajo multidisciplinario nos convoca a delimitar los campos de acción y reconocer su importancia para otorgarle a cada uno su lugar de acción, en casos donde la situación traumática requiera la asistencia de médicos, rehabilitadores, etc.

La presente investigación tiene como objetivo reconocer que la insistencia del trauma en la vida psíquica implica en el trabajo terapéutico la posibilidad de metabolizar el suceso e integrarlo a la historia del sujeto; se ha planteado la siguiente pregunta que guía el trabajo, ¿Cómo se puede resignificar un trauma en un proceso psico-terapéutico?

Para contestar la interrogante planteada, los objetivos propuestos son: identificar las diferencias que existen entre la definición del concepto trauma para el Psicoanálisis y para la Medicina, analizar el concepto de resignificación formulado desde el Psicoanálisis, sintetizar un caso para determinar la importancia en el trabajo clínico de una situación traumática y articular la teoría investigada con el caso clínico descrito.

Con este fin se ha utilizado el método bibliográfico, con técnicas como subrayados, resúmenes y esquemas conceptuales para organizar la información obtenida para después clasificarla y analizarla. Las fuentes de información que se han utilizado son libros, revistas y documentos de internet.

En lo que se refiere al desarrollo teórico, en el primer capítulo se delimitará el campo teórico del Psicoanálisis y el de la Medicina respecto al concepto de *trauma*, esta diferenciación es con el fin de subrayar que se dará mayor énfasis en la disertación al concepto de trauma psíquico, tanto conceptualmente como en los casos incluidos, el objetivo de

desarrollar muy superficialmente qué es trauma para la Medicina es para marcar la diferencia con el tema principal de la disertación: el trauma psíquico y su resignificación. Para lo cual se trabajará las diferencias de trauma y de cuerpo en el discurso médico y en el abordaje psicoanalítico. Mediante un recorrido histórico se pretende llegar a una noción de trauma útil para esta disertación y trabajar la elaboración de la situación traumática.

Como segundo punto se trabajará el concepto de resignificación, para lo cual se presentarán ejemplos que aclararán el concepto. Se tomará el concepto de *Nachträglich* de Freud, y el de *après-coup* de Lacan, para estudiar de qué manera los hechos logran ser significados a posteriori. Como antecedentes e introducción al concepto se incluirán dos casos atendidos por Freud y uno por la Psicoanalista Haydée Faimberg.

En el tercer capítulo se presentará un caso atendido en el Centro de Psicología Aplicada con la intención de analizar el caso poniendo en práctica la teoría expuesta e integrando la función del recordar, repetir y reelaborar tan importante en el trabajo analítico. Se justifica incluir un caso atendido personalmente para que sea de utilidad clínica en el trabajo con pacientes que padecieron acontecimientos traumáticos

Como punto final, se realizará una articulación del caso con la teoría expuesta y revisadas las aristas que de este se despliegan se extraerán las conclusiones finales del trabajo tratando de entender cómo en la clínica se incluye en la palabra de los pacientes y en los actos que nos relatan las maneras de elaborar el suceso y otorgarle otro significado.

Capítulo I.

Trauma y situación traumática

Es preciso realizar una diferenciación entre la definición de trauma para la Medicina y el trauma en Psicoanálisis, debido a que el concepto abarca un gran espectro, frecuentemente se los confunde o se los usa indebidamente. Así como es necesario estudiar el concepto de cuerpo para el discurso médico y la definición de cuerpo en Psicoanálisis. Por lo que es preciso empezar con la etimología de las palabras para posteriormente considerar sus significados.

1.1. El trauma en la Medicina

El concepto de trauma en el discurso médico está relacionado de forma directa con el *cuerpo*, con la herida posterior a un acontecimiento externo y violento que lesiona de alguna manera el organismo. Su etimología: "... *'trauma'* proviene de una palabra griega que significa 'perforar'. En el contexto de la lesión física implica que 'se rompe la piel', que se ha desgarrado algo que hasta entonces estuvo intacto." (Bentovim, 2000, p. 48). En el discurso médico, se define al trauma como un daño severo o una lastimadura que se produce en el cuerpo físico causando una alteración del funcionamiento normal del organismo y en algunas ocasiones puede dejar una secuela. A partir de esta conceptualización se designa al *traumatismo* como las consecuencias de una lesión que resulta de una violencia externa.

En el texto Accidentes, traumatismos, intoxicaciones que es un manual utilizado para ayudar a personas que se encuentran atravesando accidentes domésticos se dan ciertas indicaciones para tratar con víctimas de traumatismos, en donde se explica:

Valencia (1998) Cuando un individuo sufre un accidente, cualquiera que sea su naturaleza, es llevado a la sala de emergencia de un hospital o centro de salud, en donde deberá ser EVALUADO adecuadamente, para iniciar PROCEDIMIENTOS rápidos y eficaces, los procedimientos que deben tomarse en cuenta son:

- a) Índole o naturaleza de la lesión
- b) Respuesta del organismo frente a la lesión
- c) Complicaciones existentes o que amenacen complicación (p.11)

En la intervención médica que se realiza en un centro de salud el acento está puesto en curar al paciente de sus dolencias físicas y debido a que el traumatismo genera lesiones en los tejidos puede presentar dolor, hemorragia y distintas respuestas neurovegetativas así como metabólicas. Los médicos tienen como objetivo preservar la vida de la persona, por lo que frente a un paciente traumatizado, como lo denominan, las prioridades son: “Vías aéreas libres, conservar la respiración y oxigenación, recuperar y mantener una circulación adecuada” (Valencia, 1998, p.15).

En el texto citado se habla de la necesidad de trabajar en equipo con la víctima de un traumatismo una vez que la vida y la integridad física se encuentran a salvo, sólo entonces será necesario precautelar la estabilidad emocional y psicológica; comenzaría entonces un trabajo multidisciplinario.

Es importante, para el presente trabajo de investigación, mencionar a los traumas cerebrales porque durante las guerras y en los períodos post-bélicos se produce lo que el médico ruso Pirogov calificó como la *guerra de epidemia de traumatismos*, donde las heridas físicas que empezaron a mostrar los combatientes de guerras no solamente eran signos físicos sino, lo que en ese tiempo se denominó neurosis de guerra. Se distinguen así dos tipos de traumas cerebrales, los traumas cerebrales abiertos que se producen cuando existe una fractura en los huesos craneales y los traumas cerebrales cerrados que se originan por un choque de la sustancia cerebral contra la superficie interna del cráneo lo que provoca una lesión.

Sluchevski (1963) La proporción de los traumas cerrados es incomparablemente mayor. Esto se debe, ante todo, a que el trauma cerrado afecta a todos cuantos se encuentran en el radio de acción de la onda explosiva de la granada o bomba, mientras que el trauma abierto sólo se refiere a las personas alcanzadas por los cascos de la metralla. (p.253).

En el DSM IV los trastornos por estrés postraumático son una sub-categoría de los trastornos de ansiedad, y se establecen los criterios para su diagnóstico y valoración. Es interesante como en esta clasificación psiquiátrica del trauma se otorga real importancia al tiempo que transcurre entre el suceso traumático y las reacciones tanto fisiológicas como psíquicas que se presentan.

Morrison (2008) Después de cierto retraso (los síntomas por lo común no se manifiestan inmediatamente después de ocurrido el trauma), la persona de alguna manera revive el acontecimiento traumático y trata de no pensar en él. Se presentan también síntomas fisiológicos de un aumento de la activación (arousal¹), como una respuesta exagerada de sobresalto. Los pacientes con TEPT a menudo se sienten culpables o personalmente responsables (“Yo tendría que haberlo evitado”). (p.296)

En este manual también se tratan otros aspectos, por ejemplo, si el acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente a través de diversas formas: recuerdos recurrentes, sueños, actuaciones, respuestas fisiológicas e inclusive malestar psicológico. Además, si existe una evitación constante de estímulos asociados al trauma, es decir esfuerzos para evitar pensamientos, actividades, reducción del interés y participación en la vida habitual de la persona, lo que genera la sensación de un futuro desolador.

Finalmente, se especifica si el trauma es agudo o crónico de acuerdo a su duración, y si el trauma se produce inmediatamente después del suceso traumático o si ha transcurrido un lapso de tiempo para que este proceso pueda manifestarse.

Especificar si:

Agudo. Cuando los síntomas duran menos de tres meses.

Crónico. Cuando los síntomas duran tres meses o más.

Especificar si: De inicio demorado. Los síntomas no aparecieron hasta al menos seis meses después del acontecimiento. (Morrison, 2008, p. 297-298)

Después de trabajar los traumatismos en el discurso médico nos encontramos con un concepto que al igual que *trauma* presenta una dicotomía entre el Psicoanálisis y la Medicina. *El cuerpo*, que se ha convertido en un interesante objeto de estudio dentro de las ciencias sociales durante los últimos años y que merece ser estudiado tanto desde el escenario del saber biomédico cuanto desde la mirada del Psicoanálisis.

Como habíamos mencionado la Medicina es una ciencia positivista por lo tanto estudia la realidad del mundo exterior poniendo énfasis en las formas lógicas de los hechos, y al carecer de un objeto de estudio propio, se basa en la biología para su práctica médica tomando de esta el concepto de cuerpo. La palabra *cuerpo* viene del latín *corpus* y tiene varios

¹Gould y Krane (1992) Arousal es “una activación general fisiológica y psicológica del organismo, variable a lo largo de un continuo que va desde el sueño profundo hasta la excitación intensa” (p. 120-121).

significados de acuerdo al contexto que se lo utilice, revisemos algunas de sus definiciones más comunes.

Gómez (2008) El cuerpo es el conjunto de los sistemas orgánicos cuyas funciones están dirigidas al cumplimiento de tareas vitales: mantenimiento y prolongación de la vida. Los sistemas actúan a través de aparatos que son un conjunto de órganos con acciones similares y/o complementarias. El cuerpo humano se comunica con el medio exterior a través de los órganos de los sentidos. (p.1)

El cuerpo entonces en el discurso médico es definido como un conjunto de órganos, tejidos, aparatos y sistemas que trabajan en interacción y se deberían encontrar en un ideal de equilibrio denominado homeostasis que se convierte en el objetivo principal del médico que vela por la salud y bienestar del paciente.

Ucha (2012) El cuerpo humano es una de las estructuras más sofisticadas existentes en la humanidad, ya que cuenta con una compleja organización interna que observa a su vez diversos niveles jerárquicos. Si miramos, exploramos o investigamos el cuerpo de algún ser humano, por dentro claro está, nos encontramos con aparatos como el digestivo, el respiratorio, los cuales a su vez están integrados en sistemas, que a la par están compuestos por órganos tan decisivos y vitales para la conservación y la supervivencia. Pero esto no es todo, sino que además estos órganos están formados por tejidos, que a su vez los forman células, las cuales además están compuestas por moléculas. (p.1)

Es importante mencionar un dato curioso, en el diccionario se ubica a la palabra cadáver como sinónimo de cuerpo, es decir a un ser humano muerto. Esto se explicaría debido a que, en la formación médica, en un primer momento se trabaja con lo real y material del cuerpo, un cuerpo sin vida, muerto, fragmentado, es el cuerpo somático, un cuerpo que es posible de disponer en piezas separadas, considerado como una máquina que funciona a la perfección, para solo posteriormente trabajar con un cuerpo con vida.

Valas (1988) **El soma**, el cuerpo biológico no es **real**. Lo real de este cuerpo –en la medida en que nos acercamos a él por los medios que nos ofrece la ciencia –se pulveriza, se dispersa, en un **polvillo** de **extremos** de real, imposible de asir. (p.6).

El estudio de la Medicina entonces, es una práctica con el cuerpo del paciente, con el soma, un cuerpo orgánico que puede ser cuantificado, evaluado y universalizado, y al cual se lo puede curar mediante la aplicación de técnicas correctas que eliminen o atenúen la dolencia física, para el médico es importante la dolencia que el paciente le comunica para así poder clasificarlo en alguna patología descrita, por ejemplo, en un manual.

1.2. El trauma en la teoría psicoanalítica

La teoría sobre el trauma en el pensamiento psicoanalítico se ha constituido en un tema fundamental desde los primeros estudios realizados por Freud y continuado por los trabajos de sus seguidores.

En la actualidad, cuando hablamos de trauma no siempre está claro a qué nos queremos referir debido a que en el uso cotidiano se recurre a esta palabra para describir experiencias dolorosas, pérdidas de algún tipo o decepciones en la vida, pero precisamente cuando un concepto comienza a volverse difuso es necesario reubicarlo y redefinirlo para precisar su campo teórico y clínico.

En un primer momento,

Benyakar y Lezica (2005) “Trauma” explicaba también toda angustia infantil; era el núcleo de las neurosis adultas y también de la psicosis, las perversiones, las patologías de acción, etc. El “trauma” hacía comprensible las difíciles patologías psicosomáticas; en fin todo aquello referido al sufrimiento humano era comprendido bajo tal concepto y, por lo tanto, pasible de ser tratado bajo ese modo. (p. 14)

Pero a pesar del correr del tiempo y de varios estudios y puntualizaciones realizados por psicólogos y psicoanalistas “observamos que nos hemos habituado a denominar trauma no a la ‘herida psíquica’ (tipo de daño psíquico, en este caso una disfunción específica) sino al evento que la produce” (Benyakar y Lezica, 2005, p. 18), por lo que en esta disertación se intentará devolverle al trauma su especificidad y quitar el uso indebido que hasta ahora se hace de este concepto.

Las diferencias que existen entre el trauma para la Medicina y el Psicoanálisis son varias y la intención de este trabajo no es conciliar las dos posturas porque delimitan dos campos del saber distintos sino, debido a que el trabajo que se realiza con el paciente es multidisciplinario, se deben conocer cuáles son las vecindades entre los saberes y qué los delimita para poder saber hacer con cada uno de ellos.

A continuación se exponen las diferencias que se han podido encontrar entre el trauma en el campo psicoanalítico y el traumatismo en el médico así como lo referente al cuerpo orgánico (Medicina) y al cuerpo pulsional (Psicoanálisis).

Podríamos decir entonces que en Medicina se trata de traumatismos: lesiones físicas producidas por una herida que causan un daño en el cuerpo y que atañen al trabajo del médico en tanto se ayude a disminuir el dolor producido por la lesión y se procure no dejar una señal visible en la piel de lo sucedido a nivel cutáneo. Será la labor que el galeno tiene que cumplir y toda la envergadura que adquiera su trabajo será el sanar a su paciente, el éxito del tratamiento se medirá en el bienestar que sienta la persona con el trabajo realizado y que no existan complicaciones posteriores producto del traumatismo.

Cuando describimos un trauma psíquico estamos refiriéndonos en cambio, al efecto que produjo un acontecimiento en el sujeto, es un efecto psíquico, que independientemente de su naturaleza, ya sea un desastre natural, un accidente o una vivencia infantil (realmente vivida o fantaseada) ocasionó en el sujeto un desbordamiento en el yo que por la intensidad tan abrumadora del estímulo fue imposible para el sujeto realizar la tramitación del suceso para poder darle una significación y anexarlo a su historia.

Y es allí en donde radica la diferencia fundamental del Psicoanálisis, la labor del terapeuta no se centra en curar al paciente sino que acompaña al sujeto en la tarea de simbolizar lo vivido, mientras que la cura, callar al síntoma, es el objetivo principal de la Medicina.

Es interesante poder hacer una diferenciación en los dos campos del saber sirviéndonos de la palabra perforar ya que trauma etimológicamente proviene de dicha palabra griega, es así como en el discurso médico se dice que se perfora la piel, se rompe la piel que hasta entonces estuvo intacta ocasionando una herida, mientras que en el campo psicoanalítico hablamos de perforar la barrera protectora del psiquismo debido a un exceso en el flujo de excitación. Es decir para cada saber lo que se ve perforado, dañado, roto, desligado, es distinto, y por ello el trabajo a realizarse tendrá una lógica diferente.

Es así como la Medicina explica a través de una mirada positivista y orgánica al trauma dejando relegada la influencia del psiquismo sobre el sujeto y basándose únicamente en una clasificación psiquiátrica en la que se trata de poner una etiqueta al paciente mediante la cual el trabajo clínico ya se encuentra determinado y en donde, aparentemente, no importan las diferencias entre los lesionados.

La cura en la Medicina esta entonces destinada al cuerpo, a aliviar el malestar que lo aqueja, pero no existe la posibilidad de que el sujeto pueda decir algo de su síntoma. El cuerpo en el discurso médico es visto como un organismo evolutivo que no contempla la historia, el lenguaje, ni su construcción a través del otro.

El Psicoanálisis por su parte produce un cambio de problemática, con Freud se introduce la idea de cuerpo ligado al deseo, al lenguaje, al inconsciente ya no solo como el cuerpo orgánico de la biología, “En revancha, en la biología el lenguaje es concebido como un eco físico de los fenómenos del cuerpo. Se llega hasta considerar el lenguaje como un órgano del cuerpo.” (Valas, 1988, p.6).

Esta postura es importante para el presente trabajo ya que en el trauma estamos frente a un cuerpo que habla, que simboliza aquello que no puede ser dicho en palabras, un cuerpo que se forma a través del Edipo, la castración, la ley de la prohibición del incesto, es decir un cuerpo que se va construyendo a través de y con el otro. Para ampliar esta idea agregaremos que el sujeto humano se construye en relación con el otro (semejante) y con el Otro (aquello que lo pre-existe, que es anterior a él, el lenguaje, la cultura) en un espacio de representación común, en la pluralidad, esto es así si pensamos que el recién nacido en su indefensión necesita del Otro, entrando así en una intersubjetividad. Si bien no se puede decir que el niño es un sujeto constituido, sí se puede afirmar que se crea un vínculo de dos, o entre dos.

En cambio, la Medicina opera sobre el cuerpo objetivándolo, se lo reduce a una máquina de circuitos hormonales, neuronales, etc., en donde se asientan las enfermedades de órganos y sistemas.

Cuando hablamos de cuerpo en Psicoanálisis se trata de “cuerpo vivo apareado al goce a través de la libido, es decir **del deseo.**” (Valas, 1988, p.7), es un cuerpo que se encuentra en tres registros, una construcción hecha por la introducción del significante en el sujeto. “Su cuerpo también es un organismo pero éste se definirá a partir de la incorporación de la estructura del lenguaje, según las tres dimensiones de: lo Imaginario, lo Real y lo Simbólico cuyo anudamiento se rompe con la muerte.” (Valas, 1988, p.7). Es un cuerpo, entonces, que desde el autoerotismo infantil comenzará a pulsionarse y que por efecto del narcisismo y del lenguaje se irá constituyendo en la sede de la angustia, del placer, del displacer, etc.

Podemos concluir diciendo que “el cuerpo real no deja de constituir destino, y si la anatomía no es enteramente destino, lejos está de dejar de serlo del todo.” (Chemama y Vandermersch, 2004, p. 115), ya que el cuerpo real en tanto organismo no carece de importancia, pero la palabra, el deseo, las identificaciones y los otros convierten al sujeto en un sujeto deseante a quien no le está permitido el acceso a todo goce, y le ubica como sujeto en falta.

1.2.1. Origen del concepto

El concepto de trauma es introducido en la psiquiatría por Emil Kraepelin² quién utiliza el término desde el punto de vista físico describiendo la manera como estos daños afectan al sistema nervioso e impiden su funcionamiento normal. Posteriormente, Charcot³ agrega los aspectos emocionales implicados; mediante el estudio de la histeria amplía la idea de situación traumática, tema que llama la atención de Freud.

En 1885 Freud asiste a las clases de Charcot y observa algunas de las representaciones casi teatrales de las histéricas con quienes trabajaba mediante la hipnosis y lograba provocar o desaparecer síntomas histéricos.

Es así que surge su interés por aquellos pensamientos que están separados de la conciencia pero que no se pueden obviar por tener una gran importancia en la vida del sujeto. Se debe tomar en cuenta la época histórica en el momento en que Freud comienza a teorizar, se encuentra a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, en una atmósfera donde predomina el saber científico y donde su propuesta surge como una ruptura a la concepción médica (en especial la psiquiátrica). Es un período en el que el moralismo de la época y la terminología religiosa había denominado a los fenómenos de la psique humana, en especial a

²**Emil Kraepelin**, (Neustrelitz, 1856-Munich, 1926) Psiquiatra alemán. Dedicado a estudiar principalmente la psicosis maniaco-depresiva y la demencia precoz (esquizofrenia). Describió clínicamente la totalidad de las enfermedades mentales y las clasificó en función de su gravedad, clasificación todavía fundamental en la nosografía psiquiátrica. <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/k/kraepelin.htm>.

³**Jean –Martin Charcot**, famoso neurólogo francés (1825-1893) profesor del hospital de la Salpêtrière, donde desempeñó la cátedra de Anatomía patológica, que fue pionero en la utilización de la hipnosis y la sugestión en el tratamiento de las neurosis histéricas. <http://psicoterapeutas.eu/charcot/>

los fenómenos histéricos como posesiones del demonio, y las reminiscencias producidas por los traumas vividos como diabólicas; supersticiones y fantasmas que vivían aún en los médicos de esa época y con las que Freud tuvo que enfrentarse a fin de establecer sus ideas.

Las teorías del trauma en Freud son principalmente modelos intrapsíquicos, y con una finalidad explicativa se van a dividir en dos momentos:

- Primera teoría: En un primer momento Freud manifiesta que en cada neurótico existe un daño fundamental que se encuentra en el área de la sexualidad, debido a que hay traumas sexuales infantiles tempranos que son reprimidos y así apartados de la conciencia. Agrega que lo patógeno no es el hecho acontecido sino el recuerdo que el sujeto tiene de éste. Así lo menciona en la Etiología de la histeria,

Freud (1893-1899) Ahora bien, tal predisposición histérica indeterminada puede remplazarse enteramente o en parte por el efecto póstumo *{posthume}* del trauma infantil sexual. Sólo consiguen «reprimir» el recuerdo de una vivencia sexual penosa de la edad madura aquellas personas en quienes aquella vivencia es capaz de poner en vigor la huella mnémica de un trauma infantil. (p.41).

Es importante añadir que en ese entonces Freud se encuentra fundando la teoría de la seducción infantil según la cual el recuerdo de los abusos sexuales padecidos en la infancia por parte de los adultos provoca la neurosis, pero dicha teoría comenzó a ser contradictoria con los hallazgos clínicos que encontraba, por lo que tuvo que abandonarla. Es así como en una carta a Fliess en el 21 de septiembre de 1897 escribió: “Ya no creo más en mi «neurótica»” (Freud, 1886-1899, p. 92).

- Segunda teoría: Freud sustituye el trauma sexual por la fantasía. En el funcionamiento mental existen dos principios que son el del placer y el de la realidad. Existe un fenómeno mental que se rige únicamente por el principio de placer: la fantasía, que se manifiesta en el juego infantil y continúa desarrollándose en los sueños diurnos así como en otras manifestaciones de la psique. Los sueños diurnos son capaces de originar sueños nocturnos o síntomas neuróticos como en el caso del trauma. Estas fantasías o sueños diurnos son intentos de realización de deseos y tienen como sustrato las impresiones que se originaron en vivencias infantiles y se caracterizan porque logran librar la barrera de la censura.

Es así como en este segundo momento se añade que los traumas pueden ser incluso causados por fantasías y que no es necesaria la existencia de eventos reales ya que no habría diferencia entre la fantasía y la realidad, no hay verdad ni mentira, es un mecanismo que utiliza el sujeto para procesar sus experiencias personales, es su verdad subjetiva, “Deseos insatisfechos son las fuerzas pulsionales de las fantasías, y cada fantasía singular es un cumplimiento de deseo, una rectificación de la insatisfactoria realidad.” (Freud, 1906-1908, p.34).

El trauma, desde el punto de vista económico Freud lo mantuvo a lo largo de toda su teoría, y lo explica como causado por un monto excesivo de excitación que el aparato psíquico no puede tramitar porque las formas habituales de adaptación del sujeto fracasan.

Freud (1916-17)...la expresión «traumática» no tiene otro sentido que ese, el económico. La aplicamos a una vivencia que en un breve lapso provoca en la vida anímica un exceso tal en la intensidad del estímulo que su tramitación o finiquitación {Aufarbeitung} por las vías habituales y normales fracasa, de donde por fuerza resultan trastornos duraderos para la economía energética. (p. 10-11)

El trauma desde esta perspectiva, es la respuesta a un exceso de energía psíquica que invade al sujeto de manera inesperada y al no ser capaz éste de procesar dicha energía, es decir al verse el yo desbordado, la única alternativa que le queda es la angustia y la represión. “No hay duda de que la resistencia del yo consciente y preconsciente está al servicio del principio de placer. En efecto: quiere ahorrar el displacer que se excitaría por la liberación de lo reprimido” (Freud, 1920, p. 5). Es así como al no poder ser descargadas las excitaciones se transforman en síntomas que el paciente muestra en su vida cotidiana.

En el desarrollo de la teoría freudiana el concepto de trauma se va entretejiendo alrededor de una realidad interna (impacto del suceso en el sujeto) y otra externa, en donde no se declaró cuál era la postura definitiva sino que se trabajó con las dos para reconocer que lo importante para el Psicoanálisis es que permite pensar en una estructuración de la psique, en la capacidad de simbolización del sujeto renunciando así a una verdad unívoca.

Esta posición dualista, adentro-afuera, interno-externo, surge de dos sitios ineludibles el sujeto y el objeto, la radical necesidad que existe del otro se vuelve de esta forma un elemento esencial para pensar en la estructura psíquica del sujeto. “No hay bebé sin mamá” (Winnicott en Benyakar y Lezica, 2005, p. 41). En la obra de Freud es central la relación con

otro, llevándonos así a pensar en un psiquismo que desde su nacimiento ya está inmerso en la relación con otro.

Es así como se explica que la vivencia de satisfacción y la vivencia de dolor “pasa, entonces, a concebirse como residuo de la experiencia de una relación entre un factor interno (como lo es la tensión creada por la necesidad) y uno externo (que habría de satisfacerla). Se convierte así en punto de articulación de la relación mundo interno- mundo externo” (Benyakar y Lezica, 2005, p. 40).

Tener clara esta postura es esencial para trabajar el concepto de vivencia como la articulación entre la representación y el afecto que es precisamente lo que se encuentra desarticulado en la vivencia traumática,

Benyakar y Lezica (2005) ... se trata de la relación entre un impulso interno con sus diversas configuraciones desiderativas específicas, y las diferentes opciones que en el mundo externo ofrece a ese impulso como satisfacción, relación que se configura en un determinado momento en la vida de un sujeto. (p. 41).

Es decir que la vivencia es la que le otorgará sentido personal a la experiencia, más allá de los significados formales de las palabras o cualquier representante abstracto de la cosa, si no lo que solemos llamar experiencia no sería más que pura información.

1.2.2. Diferentes momentos en la elaboración del concepto

Después de haber realizado un recorrido a través de la historia del concepto es necesario que se expongan algunos conceptos de trauma que nos permitan diferenciar los distintos momentos por los que ha tenido que pasar el concepto para llegar a ser lo que en la actualidad se conoce, o mejor dicho lo que hoy se conviene que el trauma es en la clínica analítica: no una verdad unívoca sino una teoría que permita trabajar en la terapia y sostenga la técnica con la que se trabaja y tampoco como un concepto acabado sino en permanente construcción.

En el Diccionario del Psicoanálisis, se define al trauma como, “Acontecimiento inasimilable para el sujeto, generalmente de naturaleza sexual, y que puede parecer constitutivo de una condición determinante de la neurosis” (Chemama y Vandermersch, 2004, p.685).

En la Teoría Psicoanalítica de las Neurosis, se dice que “Un trauma es una situación en la cual las formas habituales de adaptación de una persona han fracasado. La persona busca entonces formas de adaptación nuevas y mejores”. (Fenichel, 1996, p. 145).

En el contexto de la intervención en crisis al trauma se lo considera como:

Wainrib y Bloch (2003)...algo especialmente destructivo en la vida de los individuos, familias y comunidades afectados. Que el evento es destructivo es algo ya evidente de por sí; lo destacado es la naturaleza única de tal disgregación, la cual ocurre a diferentes niveles, afectando potencialmente a muchos otros más allá de las víctimas inmediatas. Los eventos traumáticos fuerzan las capacidades ordinarias de los individuos y las comunidades más allá de un punto que sus recursos pueden tolerar y absorber. Debido a la naturaleza ubicua de estos eventos, pueden acontecer en cualquier momento y lugar. En teoría, todos somos vulnerables, aunque, de hecho, muchos nunca se convertirán en víctimas. (p. 32)

En esta misma línea encontramos que al hablar del traumatismo se hace referencia al “efecto de la incidencia singular de estas catástrofes padecidas en común, que atacan la subjetividad o impactan en ella de manera diferente en aquellos que la padecen” (Bleichmar, 2005, p. 36).

Y por último tenemos que el trauma “Es, entonces, una herida que deviene curso de laceración, herida que hiere, corte que también es filo que corta. En suma: una herida entendida como *transmisión de lo que lastima*” (Benyakar y Lezica, 2005, p. 66).

Para situarnos dentro del contexto en el cual se va a trabajar en esta disertación y del cual nos vamos a servir cuando mencionemos el trauma es necesario remitirnos a una definición que nos ayude, la definición que proponemos es:

Laplanche y Pontalis (1973) Un evento en la vida de un sujeto que se caracteriza por el hecho que una serie de estímulos físicos y/o psíquicos que afectan a la personalidad, exceden el nivel de tolerancia de la etapa/ condición de desarrollo del individuo. Por lo tanto, el individuo es incapaz de prevenir, detener, o procesar de forma efectiva por los medios habituales disponibles esta serie de dañinos estímulos psíquicos o de restablecer el previo estado de equilibrio. (p.486).

Una vez definido al trauma como concepto es necesario realizar una segunda diferenciación, para lo cual se utilizará un concepto de la psicoanalista Judith Mészáros miembro de la Sociedad Española de Psicoanálisis, quien propone un elemento extremadamente importante para dicho efecto: el fenómeno de solidaridad. Se realiza esta división debido a que no es lo mismo la dinámica del trauma de “*persona-contra-persona*” es decir el trauma que ocurre en la familia de origen, ya sea ésta nuclear o extendida con el trauma que se produce por la ocurrencia de accidentes de todo tipo, de tránsito o domésticos, desastres naturales, catástrofes, terrorismo. El punto medular radica en que las personas que se encuentran inmersas en traumas producidos por desastres naturales o accidentes, en el mejor de los casos reciben gestos de solidaridad de su entorno de forma espontánea y rápida, ya sea por instituciones gubernamentales, canales de televisión, familia o vecinos que hayan presenciado la situación; mientras que los traumas que se producen en el seno familiar “*persona-contra-persona*” son, generalmente, ocultados y se tiende a considerarlos como un tabú del que no hay la posibilidad de hablar, se trata de encubrir el suceso traumático por varios motivos: vergüenza, culpa, prejuicios sociales, etc. (principalmente si son de índole sexual).

Esto sin duda repercute en la elaboración que pueda hacer el sujeto de la situación traumática experimentada; si una persona ha sido víctima de un trauma producido por desastres naturales o accidentes recibe la solidaridad de su entorno que le brinda ayuda puntual y en muchos casos psicológica, lo que posibilita que se inicie un proceso interno de elaboración del suceso traumático. Mientras que un trauma generado en el “*persona-contra-persona*” las probabilidades de que se llegue a poner en palabras lo sucedido para así poder tramitarlo son muchas veces inexistentes, lo sucedido se convierte en un secreto y la víctima queda desprotegida.

Mészáros (2012) Vale la pena mencionar que un tabú y con él la comunidad que sostiene el tabú aíslan a la víctima dejándola emocionalmente sola, resultando en el desarrollo de reacciones patológicas, al fijarse y enraizarse profundamente en la víctima la experiencia traumática. Esto establece el escenario para la repetición del trauma, algo que actualmente llamaríamos el trauma transgeneracional. (p.3).

Cabe en este punto marcar una diferencia entre lo que denominamos *trauma* y lo *traumático*; cuando hacemos referencia al trauma nos referimos a un suceso puntual y al decir lo traumático describimos la reiteración de ese acontecimiento en otros momentos de la vida

del sujeto. Estos términos indican el aspecto dinámico que se pone en juego teniendo en cuenta que no se oponen, la psicoanalista uruguaya Myrta Casas de Pereda manifiesta: “Creo que en el momento actual todos podemos coincidir en que lo traumático no es necesariamente un único acontecimiento vivido por el sujeto, sino lo tramitado a lo largo de la historia libidinal del sujeto e inmersa (reconocida o no) en el discurso familiar” (Casas de Pereda, 2005, p.6).

Los eventos traumáticos pueden clasificarse como traumas inducidos por el ser humano y desastres ocasionados por la naturaleza. Entre los producidos por la naturaleza tenemos los desastres naturales imprevisibles como terremotos, tornados, que debido a la falta de prevención y preparación causan pánico o inundaciones, huracanes que a pesar de ser desastres naturales si son alertados con anticipación pueden tomarse precauciones. Y por otro lado los traumas causados por el ser humano, que pueden ser accidentales como los accidentes de tránsito, las situaciones fortuitas en general y la violencia deliberada inducida por el ser humano como las bombas, los asaltos, los asesinatos, las violaciones, los tiroteos.

Es interesante este posicionamiento debido a que el evento traumático que se produjo en un momento específico de la vida de una persona hace que ésta durante el transcurrir de su historia no vuelva a ser la misma que fue antes del suceso.

Es importante, además, discriminar dos áreas diferentes en las que aparece lo traumático: podemos distinguir una situación en la que el trauma aparece en el síntoma y otra en la que un daño destruye el equilibrio del sujeto de manera súbita e inesperada. En la primera situación nos encontramos con que un trauma del pasado es parte del síntoma que se evidencia en el presente. Nos referimos aquí al trauma formado por dos momentos: el primero, que es recordado por el sujeto pero que no logra explicar por sí solo al síntoma; el segundo, se trata de una escena encubierta que por algún motivo fue reprimida. “Hay alusión, en forma opaca, a lo que aconteció, no durante el primer recuerdo, sino durante el segundo. Algo que no pudo aprehenderse en el origen, sólo lo es *àpres-coup* y por intermedio de esa transformación mentirosa” (Lacan, 1959, p. 42), es decir, podemos inferir que, en estos casos, el trauma no existe antes de que se produzca la segunda escena que es la que hace que la primera adquiera

otro sentido. Es así como vemos que en el síntoma está presente la repetición, debido a que la pulsión insiste, y no cesará hasta encontrar el origen, la causa del trauma.

En el segundo caso hablamos de una fractura psíquica, es decir, se produce una situación desbordante que perfora la barrera protectora del psiquismo del sujeto ocasionando que su yo se vea desbordado por una situación que es imposible de ser asimilada y se queda sin poder simbolizar.

Bleichmar(2005) Precisamente, aquí el gran problema de lo traumático es que juega en el borde de lo conocido-desconocido; alude, por una parte, a un conjunto de representaciones que se conocen, y entra, por otra parte, en el límite de lo desconocido y por eso libera una cantidad de representaciones y un aflujo económico que el aparato no puede simbolizar. (p. 45-46).

Es decir que diferenciamos entre el trauma producido como resultado de un evento que por su carácter disruptivo, rompe con la capacidad de elaboración psíquica del sujeto y lo deja sin recursos para poder enfrentar el suceso, y una vivencia traumática como producto de una falla en el proceso articulador que se produce en la infancia cuando los padres o cuidadores del niño no cumplen la función de barrera protectora o antiestímulos.

1.3. Elaboración de la situación traumática

Para elaborar una situación traumática es importante la noción de a- posteriori, que se trabajará en el segundo capítulo, mediante la cuál un suceso vivido por el paciente puede ser tramitado y así adquirir una nueva significación psíquica. Se trata de que el sujeto pueda escuchar su propia historia, es decir pueda historizarse, es el momento en que la historia que cuenta se transforme en *su* historia. Toda esta elaboración solo es posible realizarla en el proceso psicoanalítico en donde se habla para alguien a quien se le atribuye un supuesto saber y en donde se genera un proceso transferencial capaz de sostener interpretaciones, silencios, señalamientos y otros recursos terapéuticos que van a generar que el hablante pueda significar sus conflictos.

Una de las características principales a tomar en cuenta en el trauma es la intensidad del suceso doloroso, que muchas veces es imposible ponerlo en palabras y no existe la

contingencia de pasar a un proceso secundario como es el del pensamiento, la reflexión, la coherencia por lo tanto, cabe la posibilidad del pasaje al acto como una de las formas de dar representabilidad al suceso traumático.

Cesio (2002) La situación dolorosa, irrepresentable, está cargada de energía pulsional y la tensión interna es apremiante; el pasaje al acto se constituye en una descarga y en un intento de figurabilidad. Pero según la cualidad del 'acting out', el sujeto corre peligro en relación con su integridad (física o psíquica). (p.1).

El sujeto que ha vivido una situación traumática es incapaz de darle sentido a lo acontecido, y por lo tanto buscará diversas formas de otorgarle un significado. Esto es lo que ocurre por ejemplo en la compulsión a la repetición en donde la persona actúa en lugar de recordar con el fin de dominar psíquicamente la experiencia que le resulta imposible de ser metabolizada por las vías normales, así lo dice Silvia Bleichmar en su texto, “aquello que viene a introducir un desequilibrio que obligará a encontrar nuevas formas de equilibramiento no presentes en el modo de funcionamiento de la estructura de partida”. (Bleichmar, 2005, p. 39). En el capítulo tres se trabajará específicamente sobre la función del recordar, repetir y reelaborar en el abordaje del trauma psíquico.

Es importante considerar que las situaciones traumáticas no se presentan solamente ante pacientes graves que muestren un historial de problemas psíquicos, sino que son mucho más comunes de lo que parecería, se ven desplegadas en personas que aun viviendo en una misma casa o siendo parte de la misma familia tuvieron una realidad distinta y percibieron su mundo de una forma diferente, o quizás en personas que ante una situación adversa y súbita en su vida no encontraron las herramientas necesarias para salir de ella sino que viven repitiendo inconscientemente el mismo escenario que no son capaces de superar, o personas que en el transcurso de un análisis tal vez hablando sobre algo distinto terminan descubriendo cómo su vida se ve afectada por lo traumático.

En la infancia, en donde el aparato psíquico se esta estructurando, el papel que desempeñen las figuras de apego, actuando o no como barrera antiestímulos, le permitirán el desarrollo de la capacidad de articular el afecto con la representación o por el contrario el niño tendrá dificultades para mantener continuamente activo este proceso. Es decir que las vivencias traumáticas infantiles,

Benyakar y Lezica (2005)...pueden desencadenar un complejo traumático en la infancia que, como tal, no difieren esencialmente del complejo traumático y su vivencia traumática (producida por un evento disruptivo circunscripto) tal y como se observa en el adulto, salvo por el hecho de que su patogénesis es algo más compleja, puesto que va a funcionar como factor que obstaculiza la conformación de un vivenciar normal en el niño y puede, en algunos casos, dar lugar a un vivenciar traumático. (p. 163)

Pero recordemos que “probabilidad no es necesidad” (Sanfelippo, 2012, p. 4), y que puede existir una predisposición del aparato a enfermar y que,

Bleichmar (2005)...lo traumático es constitutivo e incluso constituyente del funcionamiento psíquico, y que es bajo el efecto de la obligatoriedad que tiene el psiquismo de elaborar aquello que le llega, de darle un destino, de evitar su destrucción sobre la base de cantidades que debe metabolizar, como logra su complejización y evolución. (p. 38)

En psicoterapia nos convertimos entonces en la parte de la realidad externa, venimos a ser esa persona de confianza en la edad adulta que faltó en la infancia indispensable para poder procesar la vivencia, para darle un nuevo comienzo.

El sujeto que esta viviendo una situación traumática se encuentra vaciado, ya que toda su energía libidinal está destinada a apaciguar la tensión interna por la que está atravesando, se encuentra en una suerte de no ser y está urgido por hacer algo que le ayude a encontrar un camino para la simbolización. En este sentido el trauma sería una oportunidad de significación debido a que esta situación de la vida actual que ha activado el recuerdo de un primer trauma, le otorga la posibilidad de darle ahora un significado. “Esto se plantea así porque ‘ lo inadmisibles a la simbolización ` , lo irrepresentable acompaña siempre a lo simbolizable y simbolizado.” (Zukerfeld, 2010, p.22)

Capítulo II

¿Qué es la resignificación?

En este capítulo se abordará tanto la teorización freudiana sobre el *Nachträglich*, como la lacaniana del *Après-coup*, conceptos fundamentales para estudiar el trauma. En el recorrido a realizar se expondrá al trauma como una operación que se desarrolla en dos tiempos. Durante el proceso del análisis, que se puede considerar ocurre el tercer tiempo, se incorpora un nuevo concepto, el de resignificación. Ejemplos de trabajos psicoanalíticos nos ayudarán a profundizar el concepto.

2.1. *Nachträglich*

Los aportes fundantes que realizó Freud para puntualizar el carácter traumático de una patología son incuestionables, pero cuando hablamos del *a posteriori* no existe ningún artículo escrito por Freud que se encuentre específicamente centrado sobre dicho concepto. Por lo que se realizará un recorrido a través de la historia del término, desde sus remotos orígenes hasta la significación que el autor le otorgó a lo largo de su teoría.

En la traducción realizada por Strachey en lugar de *Nachträglichkeit*-sustantivo-se traducía la acción diferida (*deferred action*), mediante esta redacción el autor trataba de mostrar el vínculo que existía entre dos momentos; el error fundamental radica en que la palabra diferida hace alusión a una concepción lineal del tiempo mientras que la idea central del concepto de *a posteriori* es la retroactividad, es decir cómo un recuerdo anterior en el tiempo es activado por un suceso del presente al que no se logra dar un significado.

En una temprana carta de la correspondencia que mantenía Freud con Fliess, la del 6 de diciembre de 1896, la conocida Carta 52, el autor utiliza por primera ocasión el término

Nachträglich, al hablar acerca del sistema preconscious y el proceso de estratificación que se lleva a cabo cuando las huellas mnémicas son sometidas a una resignificación,

Freud (1896) Desde este Prc, las investiduras devienen concientes de acuerdo con ciertas reglas, y por cierto que esta conciencia - pensar secundaria es de efecto posterior (nachträglich) en el orden del tiempo, probablemente anudada a la reanimación alucinatoria de representaciones-palabra, de suerte que las neuronas-conciencia serían también neuronas-percepción y en sí carecerían de memoria. (p.80)

Freud en la carta (Carta 52) introduce el concepto de *a posteriori* para exponer la diferencia entre compulsión a la repetición y represión; distingue los dos conceptos al decir que un recuerdo de carácter sexual que se activa en una fase diferente de la que fue vivenciado y produce placer termina en una compulsión de repetición, mientras que en las mismas circunstancias cuando el recuerdo produce displacer estamos frente a la represión.

Es necesario mencionar esta diferenciación debido a que aquí se sostiene que sólo *a posteriori* se sabrán los efectos de las vivencias de carácter sexual, es decir, en el Nachträglich podremos saber si lo que ocurrió fue placentero o displacentero; y en un tercer tiempo, el del análisis, el efecto en el sujeto.

Para seguir revisando el concepto, nos detendremos en diversas manifestaciones psíquicas extraídas de los textos freudianos donde aparece el concepto de Nachträglich, como sinónimo de posteriormente, con efecto retardado o con posterioridad.

En una de sus primeras publicaciones al referirse a la fobia escribe,

Freud (1893-99) Un mecanismo muy frecuente, en apariencia más complicado, se muestra cuando en una fobia originariamente simple de la neurosis de angustia el contenido de la fobia es sustituido por otra representación, vale decir que la sustitución se agrega a la fobia con posterioridad {nachträglich}. (p. 22).

En El delirio y los sueños en la «Gradiva» de W. Jenssen manifiesta que:

Freud (1906-08) Esto sin duda ha sido espiado en la vida real y copiado de ella; no hace falta estar gobernado por un delirio para actuar de ese modo; más bien es un suceso cotidiano, aun en personas sanas, que se engañen acerca de los motivos de su obrar y sólo devengan concientes de ellos con posterioridad {nachträglich}. (p.17)

En Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, nos dice que “No se debe olvidar que las más de las veces uno tiene que escuchar cosas cuyo significado sólo con posterioridad {nachträglich} discernirá.” (Freud, 1912, p.26).

Mientras que en Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos, nos habla de los orígenes del desarrollo sexual,

Freud (1925) Finalmente, el análisis nos permite vislumbrar que acaso la acción de espiar con las orejas el coito de los progenitores a edad muy temprana dé lugar a la primera excitación sexual y, por los efectos que trae con posterioridad {nachträglich}, pase a ser el punto de partida para todo el desarrollo sexual. (p. 62).

Como se ha podido observar, el concepto de *a posteriori* va tomando diversas connotaciones y variando en su significado, en un primer momento se utiliza para exponer la forma en que un componente displacentero que forma parte de un suceso se desplaza al futuro y se enquista en la historia particular del sujeto, es decir que el pasado de una u otra forma modifica la forma en que vivimos en el presente y condiciona nuestro futuro.

Luego, es evidente en Freud que en el análisis emergen ciertas fantasías que otorgan significación a sucesos de la vida del sujeto que antes no las podía comprender y luego logra darles significado a partir de recuerdos que le sobrevienen en el espacio analítico.

Otro momento es la aparición del síntoma, es decir el retorno de lo reprimido, produciéndose así una serie de efectos psíquicos como una forma de actualización del pasado, siendo esta otra de las acepciones de *a posteriori*.

Y por último, se establece la idea de retroactividad, es decir que una experiencia vivenciada a temprana edad adquiere significación y se torna traumática años más tarde con la maduración sexual del sujeto, cuando es posible otorgar un significado otro a sus vivencias.

Para tener una concepción acertada de la noción de Nachträglich en Freud y ampliar todo lo que aquí se ha escrito con la finalidad de estudiar el trauma, es necesario puntualizar algunos de los conceptos psicoanalíticos que aquí se entretajan y así dar un paso adelante en este trabajo.

Afecto: “El afecto es la expresión cualitativa de la cantidad de energía pulsional y de sus variaciones.”(Laplanche y Pontalis, 1996, p.11)

Angustia automática: “Viene a ocupar el lugar antes otorgado al susto- se desencadenara ante la imposibilidad de salir ileso de una situación de peligro, vinculada a la percepción que tiene el sujeto de si mismo como indefenso” (Benyakar y Lezica, 2005, p.74).

Angustia señal: “Será desencadenada por el Yo a través del recuerdo de una situación de peligro análoga a la actual y le permitirá al sujeto prepararse para enfrentarla” (Benyakar y Lezica, 2005, p.74).

Articular: “Refiere a unión funcional entre afectos y sus pertinentes representaciones” (Benyakar y Lezica, 2005, p.172).

Huella mnémica: “Forma bajo la cual los acontecimientos o, más simplemente, el objeto de las percepciones, se inscriben en la memoria, en diversos puntos del aparato psíquico.” (Chemama y Vandermersch, 2004, p.333). Es una primera marca psíquica que luego será objeto de un proceso de elaboración activando su función articuladora.

Ligazón: Laplanche y Pontalis (1996) Término utilizado por Freud para designar, de un modo muy general y en registros relativamente distintos (tanto a nivel biológico como en el aparato psíquico), una operación que tiende a limitar el libre flujo de las excitaciones, a unir las representaciones entre sí, a constituir y mantener formas relativamente estables. (p. 214)

Memoria: Braunstein (2008) La memoria está desgarrada por lo imposible de recordar, por lo que fue consciente y sabido en su momento pero no pudo ser asimilado por el sujeto y quedó separado de la urdimbre, del tejido (texto) de sus evocaciones. Eso que no empalma (que no “embona”) en el relato de la vida es el “trauma”; la memoria de peripecias que no concilian con lo que uno pudiera llamar “propio”. (p. 13)

Olvido: No como lo que se pierde de la memoria sino, por el contrario, como una memoria que-sin inundar compulsivamente la existencia, permanece como aquello que puede ser evocado por demanda del sujeto y no como una descarga automática e involuntaria. (Benyakar y Lezica, 2005, p.128)

Recuerdo: “Una modalidad de rememorizaciones de los registro mnémicos articulados” (Benyakar y Lezica, 2005, p.132)

Representación: “Término utilizado clásicamente en filosofía y psicología para designar «lo que uno se representa, lo que forma el contenido concreto de un acto de pensamiento» y «especialmente la reproducción de una percepción anterior.»(Laplanche y Pontalis, 1996, p.367)

El objetivo fundamental de estudiar estos conceptos es poner de manifiesto de qué manera la teoría del *trauma* y el concepto de *a posteriori* se encuentran íntimamente ligados a tal punto de ser imposible explicar el trauma sin tomar en cuenta la retroactividad con la que se significan los sucesos de la vida del sujeto.

Es necesario recordar, como ya lo hemos manifestado, que el trauma se encuentra en una continua dialéctica entre lo externo y lo interno; está formado por un componente externo real y objetivo, un evento disruptivo, sorpresivo, que arrasa con la capacidad de elaboración del sujeto, dejándolo sin recursos psíquicos para actuar. Por otro lado, un factor interno subjetivo donde el sujeto reacciona ante la experiencia otorgándole un significado personal, *a posteriori*. Es importante señalar que lo fáctico de la vivencia no sólo radica en lo externo del cuerpo sino también en lo fáctico interno entendido como esos cambios hormonales, los procesos del sistema neurovegetativo que intervienen en el suceso.

Al hablar de la vivencia diremos que está conformada por la representación y el afecto, esto es la representación psíquica del suceso vivido y el afecto ligado a él.

Benyakar y Lezica (2005) En este sentido, resulta particularmente interesante la idea de que más allá de los significados formales de las palabras, los mapas, los esquemas o cualquier representante abstracto de la cosa, será la vivencia la que dotará de sentido personal a la experiencia. Ella es la que le otorgará significado personal. De otro modo, lo que pretendemos llamar experiencia no sería sino mera información. (p.42)

Cuando hablamos de vivencia traumática decimos que lo disruptivo de la experiencia ha desarticulado la representación del afecto transformándola así en una vivencia de trauma. Debido a que el psiquismo opera en un proceso continuo de articulación y transformación, el vivenciar del sujeto va entretejiendo de manera específica sus vivencias para que adquieran un armado determinado que las relacione entre sí.

Benyakar y Lezica (2005) El vivenciar consiste en un proceso continuo que comienza con el nacimiento y da lugar a la articulación de las vivencias entre sí. Es una permanente transformación y

retroalimentación de la vivencia que, en su devenir, no queda simplemente sujeta al impacto exterior sino que va transformándose desde lo interno. (p.48).

El vivenciar es un proceso psíquico central que determina “el modo singular en que en cada sujeto se articulan afectos y representaciones y sus procesamientos posteriores” (Benyakar y Lezica, 2005, p.54). Existen tres principios rectores del procesamiento psíquico: el domeñamiento psíquico donde el objetivo es ligar los montos de excitación para que en lo posterior puedan trabajar en la transformación y elaboración, es decir, someter y dominar la energía psíquica y ligarla a representaciones; el principio de placer que busca obtener placer y evitar a como de lugar el displacer; y el principio de realidad que busca obtener placer pero tomando en cuenta el mundo real y las consecuencias que cada acto puede ocasionar. En cualquiera de estos tres principios rectores lo que se hace es de alguna manera ligar el afecto y la representación pero es justamente lo que falla en la experiencia traumática.

Benyakar y Lezica (2005) El estilo o modo de procesar nace de la manera en que se articulan-o fallan en articularse- afecto y representación, modo que puede conformar, a partir de un vivenciar normal, o derivar en vertientes patológicas-por ejemplo, un modo fóbico o paranoide- o pudiendo dar lugar a lo que hemos denominado *vivenciar traumático*. (p.54)

Es así como una vivencia traumática se desencadenará en un sujeto cuando sus capacidades de articular y metabolizar se ven superadas,

Benyakar y Lezica (2005) ...partiendo de la postulación de la existencia de una vivencia definitoria de lo traumático en la que se produce una desarticulación entre el afecto y la representación. Esta vivencia traumática es conceptualizada como 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. (p.107).

He aquí la relación fundamental entre trauma y *a posteriori*, solamente podremos calificar a una experiencia como traumática después de realizar un estudio minucioso del funcionamiento psíquico del sujeto y la detección de ciertos indicadores característicos de una experiencia traumática que nos hagan sospechar de ésta, antes no lo podemos hacer, porque no debemos caer en el craso error de llamar experiencia traumática a cualquier situación disruptiva que acontece en la vida del sujeto.

Podemos decir entonces que la experiencia,

Benyakar y Lezica (2005) ...será traumática en la medida en que la situación, de potencial disruptivo, haga emerger-en forma masiva y repentina- angustia automática, angustia que no permite el desarrollo

de defensas psíquicas eficaces, es decir, defensas psíquicas que den lugar a la elaboración o metabolización. (p.108).

Desde esta perspectiva “los síntomas de los trastornos traumáticos constituyen ‘intentos fallidos de ligar’, considerados en un *aposteriori*, es decir, en la posibilidad psíquica de dar un sentido nuevo a lo que ya aconteció”. (Benyakar y Lezica, 2005, p. 92). Como Freud lo descubrió hace más de cien años, en el trauma pareciera que el sujeto vive el presente pero siempre interferido por el pasado que lo asecha y es solo en el *a posteriori* que se puede realizar una re significación que le permita anexarlo a su historia.

2.1.1. Casos en los que se introduce el concepto

A continuación se presentan dos casos atendidos por Freud en los que se puede observar el efecto del *a posteriori*, es decir cómo pacientes en la edad adulta al ya estar desarrollado su aparato psíquico, logran darle un sentido otro a lo acontecido cuando eran niñas; acontecimientos no ligados o sin posibilidad de ligarse por no poseer los recursos psíquicos para hacerlo y que permanecieron “enquistados” en el psiquismo.

Caso Emma

Este caso forma parte del Proyecto de Psicología y Freud lo utiliza para ejemplificar la represión en la histeria.

El caso trata de una joven que no puede ir sola a las tiendas. El primer recuerdo que permanece en la memoria de Emma es que a los 12 años acudió a una tienda a comprar algo pero al percatarse que dos empleados se reían entre ellos salió desfavorida “presa de algún afecto de terror” (Freud, 1950[1895], p.126). Frente a este simple acontecimiento piensa que los hombres se reían del *vestido* que llevaba en ese momento. Además confiesa que uno de ellos le había gustado sexualmente. Freud resalta dos significantes de la escena: *risa* y *vestido*.

Luego escribe el autor, “los recuerdos despertados no explican ni la compulsión ni el determinismo del síntoma” (Freud, 1950[1895], p.126), refiriéndose a que no logra ser comprensible el nexo que existe entre las vivencias y la reacción que ha tenido en ese momento la joven (huir despavorida) como el problema por el que está pasando en el presente (no poder ir sola a las tiendas). Si la molestia se hubiera producido porque los empleados se rieron de su vestido eso se hubiera solucionado hace algún tiempo atrás cambiando su forma de vestir o bastaría con que la muchacha fuera a la tienda acompañada para que se sintiera segura y protegida.

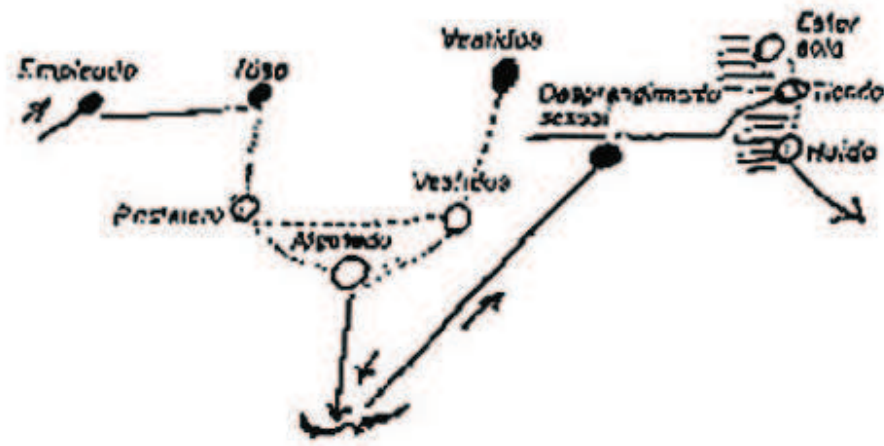
Durante el análisis aparece un segundo recuerdo: cuando Emma era una niña de ocho años acudió en dos ocasiones a una pastelería a comprar dulces; el pastelero desde la primera ocasión le pellizó los genitales por encima del vestido. Aquí Freud hace alusión a una «mala conciencia oprimente» como él la llama, se refiere a que la joven se reprocha hasta el presente haber ido en dos ocasiones a la tienda, como queriendo provocar el atentado que se originó en la primera visita. Emma recuerda la risotada del pastelero posterior al atentado. Se repiten en este recuerdo lo señalado en el anterior: *risa y vestido*.

Hasta ahora tenemos dos escenas, la primera en donde sobresalen los empleados que la joven creyó se ríen de ella y la segunda en la que el pastelero pellizca los genitales a Emma. La conexión asociativa es la risa. “Dice que la risa de los empleados le hacía acordarse de la risotada con que el pastelero había acompañado su atentado” (Freud, 1950[1895], p.126).

Por lo que Freud concluye reconstruyendo el caso de la siguiente forma:

Freud (1950[1895]) En la tienda los dos empleados ríen, esta risa evoca (inconscientemente) el recuerdo del pastelero. La situación presenta otra semejanza: de nuevo está sola en un negocio. Junto con el pastelero es recordado el pellizco a través del vestido, pero ella entretanto se ha vuelto púber. El recuerdo despierta (cosa que en aquel momento era incapaz de hacer) un desprendimiento sexual que se transpone en angustia. Con esta angustia, tiene miedo de que los empleados pudieran repetir el atentado, y se escapa. (p.126)

Y es así como lo diagrama para una mejor comprensión:



Freud, 1950[1895], p.126

Es interesante cómo el primer recuerdo que tiene la joven no es precisamente el atentado del pastelero siendo cronológicamente anterior al de los empleados de la tienda, fue necesario el segundo momento para hacer emerger el recuerdo de los ocho años y esto por el carácter sexual que liga los dos recuerdos. Se crea entonces el fenómeno en el que un recuerdo despierta un afecto que como vivencia no fue capaz de ser despertado y que sólo ha sido posible mediante la maduración del aparato psíquico para que se logre comprender lo sucedido.

En este caso es evidente como el primer tiempo, siguiendo un orden cronológico, permaneció reprimido y sólo cobra eficacia al ser resignificado por el segundo. El papel privilegiado que aquí se le otorga a la sexualidad en la conformación de la inhibición de Emma da cuenta del anudamiento de lo sexual con el recuerdo del atentado y manifestado en el síntoma con el cual se presenta: no poder ir sola a las tiendas. Este trauma adquiere sentido, por un suceso sexual realmente vivido que se manifiesta como traumático y se convierte en síntoma, un síntoma que es un intento fallido de ligar o mejor dicho de re ligar algo que no tiene escritura, la relación sexual. “Dondequiera se descubre que es reprimido un recuerdo que sólo con *efecto retardado* {*nachträglich*} ha devenido trauma.” (Freud, 1950[1895], p.127).

Caso Katharina

En esta ocasión Freud se encontraba de vacaciones realizando una excursión a los Alpes, tratando de olvidarse por un tiempo de la Medicina y las neurosis. Había llegado a una posada en la cima de la montaña para almorzar, cuando de pronto escuchó la voz de la joven que le había servido la comida pidiéndole que le atendiera ya que sabía que él era doctor y que podía ayudarla en su padecer. Freud le dijo que se sentara y hablara de lo que le estaba ocurriendo y así empezó la conversación.

Freud comenzó preguntando cuál era su sufrimiento, qué la aquejaba, a lo que la muchacha respondió que le falta el aire en algunas ocasiones a tal punto de sentir ahogarse. Al describir el estado de falta de aire dijo: “Primero me hace como una opresión sobre los ojos, la cabeza se pone pesada y me zumba, cosa de no aguantar, y me mareo tanto que creo que me voy a caer, y después se me oprime el pecho que pierdo el aliento” (Freud, 1893-1895, p.34). También describió una sensación en que se le aprieta la garganta, un martilleo en la cabeza e ideas como: «siempre creo que me voy a morir», «siempre creo que alguien está detrás y me agarra de repente».

Mencionó otro contenido relevante para el caso, cuando tiene el ataque ve un rostro horripilante que la mira tan espantosamente produciéndole miedo, pero desconoce a quien pertenece el rostro.

La primera vez en que le ocurrió el mencionado ataque fue dos años antes cuando se encontraban viviendo con la tía, dueña de la posada, en otro lugar. Freud en este momento en un intento de análisis le dice a la joven, tratando de encontrar el germen de su neurosis: “«Si usted no sabe, yo le diré de donde creo que le han venido sus ataques. En algún momento, dos años atrás, usted ha visto o escuchado algo que la embarazó mucho, que preferiría no haber visto»” (Freud, 1893-1895, p.35), despertando así en la muchacha un primer recuerdo.

Cierta vez la joven se encontraba en la posada en compañía de su primo Alois, y al llegar unos señores a pedir de comer ella se vio obligada a buscar a Franziska, su prima, quien se encargaba de la cocina ya que su tía no se encontraba en casa. No hallaban por ningún lado

a la prima ni tampoco a su tío por lo que se les ocurrió buscarles en la habitación del tío pero se percataron que la puerta estaba atrancada. Les pareció muy extraño y por sugerencia de Alois la joven decide asomarse por una ventana contigua al dormitorio para ver que sucedía en el interior. Estaba muy oscuro pero logró ver a su tío y a Franziska, él yacía sobre ella; se apartó de la ventana y sintió por primera vez el malestar que la aqueja hasta el presente “me entró la falta de aire que desde entonces tengo; se me nubló el entendimiento, sentí un peso sobre los ojos y en la cabeza me martillaban y todo bullía” (Freud, 1893-1895, p.35).

Freud entonces le pregunta del porqué de su terror cuando vio juntos a la pareja, acaso ella sabía lo que estaba sucediendo, a lo que ella responde categóricamente que no tenía idea de lo que en realidad estaba pasando porque solamente tenía 16 años, pero que si pudiera recordar lo que en esos momentos ocurrió dentro de ella quedaría sana.

Hasta este momento Katharina desconoce a quien pertenece el rostro horripilante que ve cuando le sobrevienen los ataques pero lo único que tiene claro es que la cara pertenece a un hombre y no es la de su prima Franziska.

Relata que en los días posteriores al hecho no podía dejar de pensar en ello, *estuve muy mal todo el tiempo* dice, pero el domingo en la posada hubo mucho trabajo que realizar y el lunes por la mañana sintió de nuevo mareos y vómitos durante tres días por lo que permaneció en cama. Freud resalta que *vómito* significa *asco*, pero la joven no sabe a que se debía el asco.

Al seguir relatando lo sucedido hace alusión a la conversación que mantuvo con su tía en donde le contó lo que había visto, y la tía decide mudarse junto con sus hijos y sobrina al monte de enfrente y dejar solo al tío.

Repentinamente la joven empieza a contar dos series de historias anteriores. La primera serie ocurrió cuando ella tenía 14 años y su tío la acosaba sexualmente, recuerda que en una ocasión estaban realizando una excursión al valle y se les había asignado una habitación para los dos; la joven al sentirse cansada se fue a la habitación temprano y su tío se quedó bebiendo y jugando a las cartas en el salón, cuando él subió a la habitación se recostó en la cama junto a Katharina y ella «sintió su cuerpo» en la cama a lo que respondió con

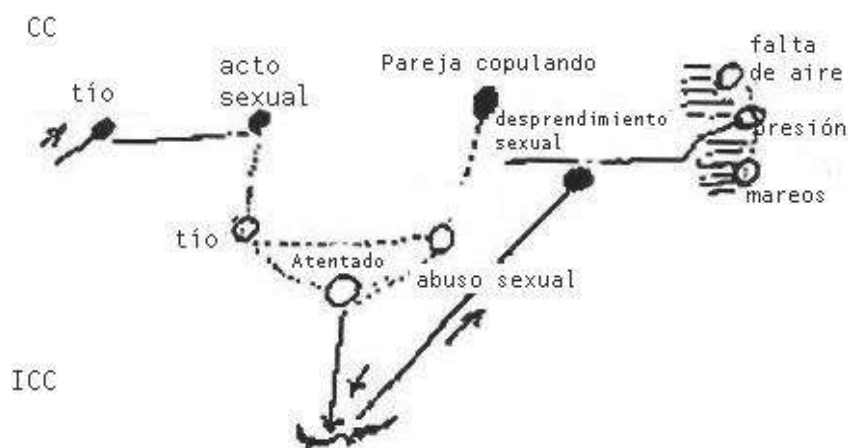
reproches porque no le parecía adecuado, así que decidió levantarse y pararse junto a la puerta lista para huir hasta que el tío desistió y se quedó dormido.

En otra ocasión recuerda que tuvo que defenderse de su tío porque este se encontraba completamente bebido y trató de atacarla. Freud le pregunta si en las ocasiones antes relatadas sintió algo semejante a la falta de aire y ella responde que sí, pero nunca de una manera tan intensa como en la escena que descubrió desde la ventana.

Freud refiere respecto del *asco*, “no le dio asco la visión de aquellos dos, sino un recuerdo que esa visión le evocó, y, bien ponderadas todas las cosas, sólo podía ser el recuerdo del asalto nocturno, cuando ella «sintió el cuerpo del tío»”. (Freud, 1893-1895, p.36).

Pero entonces, ¿de dónde provenía la alucinación del rostro?, Katharina reconoció que era la cabeza de su tío, era el mismo rostro que él tenía al culpabilizarle de todo lo sucedido por haberle contado a su tía lo que vio a través de la ventana, estaba tan furioso con la joven que su rostro se desfiguró, y ese es el rostro que ella ahora ve en sus ataques.

El esquema que se presenta a continuación es el que aparece en el caso de Emma trabajado por Freud, pero ha sido modificado con la finalidad de explicar cómo se desarrolla el caso de Katharina antes expuesto,



Versión de la autora basado en el *Caso Emma*

En este caso podemos ver que al fenómeno del trauma construido en dos tiempos, un primer tiempo del acontecimiento que no ha sido reconocido por el propio Yo ya que es incapaz de dar cuenta del mismo y un segundo tiempo que le otorga sentido al trauma primero que retorna bajo la forma de síntoma.

Freud(1893-1895) Llevaba dentro de sí dos series de vivencias que ella recordaba, pero no entendía ni valorizaba en conclusión ninguna; a la vista de la pareja copulando se estableció al instante la conexión de la impresión nueva con esas dos series de reminiscencias; empezó a comprender y, al mismo tiempo, a defenderse. (p.36)

Es interesante porque lo que ocurre en realidad es que la joven se siente perseguida por un hecho fáctico de su pasado, pero que en realidad este recuerdo ha activado un recuerdo anterior, por así decirlo, y le ofrece ahora una oportunidad de significación otra.

La muchacha no pudo darse cuenta de lo que había sucedido a los 14 años cuando se produce el primer atentado en contra de su sexualidad porque como lo manifiesta Freud había una «ignorancia del yo», y solo después de un período de incubación, en donde permaneció guardado el contenido, logran ser significados estos recuerdos en el *a posteriori*. “Por la modalidad de defensa de que ella informa, parece desprenderse que no discernió claramente el ataque como sexual; preguntada si sabía qué quería hacer él con ella, respondió: «En ese tiempo no»; sólo mucho después se volvió claro.” (Freud, 1893-1895, p.36)

2.2. Après-coup. Elaboración del *a posteriori* según Lacan

Après-coup es la traducción francesa del concepto freudiano Nachträglich, que significa con posterioridad, a posteriori, retroactivo y se lo puede utilizar como sustantivo nachträglichkeit, como adjetivo nachträglich y como adverbio.

En el Diccionario del Psicoanálisis, encontramos la siguiente definición:

Chemama y Vandermersh (2004) Se dice de la dimensión de la temporalidad y causalidad específica de la vida psíquica que consiste en el hecho de que hay impresiones o huellas mnémicas que pueden no adquirir todo su sentido, toda su eficacia, sino en un tiempo posterior al de su primera inscripción. Desde sus primeras obras, Freud destaca que experiencias vividas sin efecto inmediato notable pueden

tomar un sentido nuevo desde que son organizadas, reinscriptas ulteriormente en el psiquismo. Incluso a partir de ese esquema hay que concebir el trauma. La mayoría de las veces, una escena vivida precozmente en una forma bastante neutra podrá tener valor de trauma cuando, por ejemplo, un segundo acontecimiento, vivido después de la pubertad, le dé a esta primera escena un sentido nuevo, desencadenando un afecto sexual displacentero. (p.51).

Es necesario resaltar el mérito de Lacan al ser quien por primera vez, en el año 1953 le otorgó la importancia que requiere el concepto freudiano de Nachträglich, ya que no existe ningún artículo escrito por Freud que este exclusivamente destinado a este concepto.

Realicemos un recorrido por los textos en donde Jacques Lacan menciona el Nachträglich y lo pone en relación con algunos otros.

Y al hablarnos de la continuidad del significante escribe, “La frase sólo existe terminada, y su sentido le llega après-coup. Es necesario que hayamos llegado totalmente al final, vale decir del lado de ese famoso Eterno.”(Lacan, 1956, p.115)

En los Escritos Lacan menciona el hallazgo, “El nachträglich (recordemos que fuimos el primero que lo extrajo del texto de Freud), el nachträglich o après-coup [efecto a posteriori] según el cual el trauma se implica en el síntoma muestra una estructura temporal de un orden más elevado.”(Lacan, 1960, p.314)

Cuando teoriza acerca de la forma en la que el sujeto entra en el juego de la cadena significante donde el niño aprende que debe someterse a este molino de palabras ya que por esta vía muy estrecha deben pasar las manifestaciones de sus necesidades para ser satisfechas dice,

Lacan (1958)...es siempre por un juego retroactivo de la serie de los significantes que la significación se afirma y se precisa, es après-coup que el mensaje toma forma a partir del significante que está antes de él, del código que le antecede y sobre el cual, inversamente, él, el mensaje mientras se formula en todo instante, anticipa tirándose un lance cada vez. (p.6)

Se incluyeron dos citas donde Lacan utiliza el concepto de après-coup para referirse al efecto que produce en el discurso, pero a los fines de nuestra investigación lo que más interesa es cómo participa en el trauma. Al respecto, escribió:

Lacan (1954) El trauma, en tanto que cumple una acción represora, interviene a posteriori, nachträglich. En ese momento, algo se desprende del sujeto en el mundo simbólico mismo que esta integrando. A partir de entonces esto ya no será algo del sujeto. El sujeto ya no hablará más de ello, ya

no lo integrará. No obstante, esto permanece ahí, en alguna parte, hablado, si podemos decirlo así, a través de algo que el sujeto no domina. Será el primer núcleo de lo que luego habrán de llamarse sus síntomas. (p.88)

Como se ve hay que rescatar y tener presente el orden temporal que de ninguna manera se corresponde con el orden cronológico, es un orden “más elevado”; un tiempo que se irá ordenando tomando episodios del pasado que guardan relación con sucesos del presente y que el presente no se entendería sin ellos. Lo importante es encontrar aquellos significantes que sirven de nexos. Por otro lado, “algo se desprende del sujeto en el mundo simbólico” es decir, algo queda sin representación, en términos freudianos una suerte de cuerpo extraño, se desprende pero sigue estando y la manera en que se hará evidente es en los síntomas.

Si el síntoma aparece es porque algo en la realidad del sujeto lo produce, un acontecimiento que a la manera de un resto diurno conecta con el “primer núcleo”, es el caso de la risa de los dependientes de la tienda del caso Emma o la visión a través de la ventana en el caso Katharina.

Cuando introducimos el concepto de *après-coup* en la clínica analítica podemos decir que éste tiene lugar en el tiempo de la sesión cuando el paciente al hablar da importancia a una experiencia previa de forma retroactiva. El acento no se pone en lo traumático del suceso vivido porque no se trata de revivir el suceso real sino que el sujeto logra simbolizar el hecho, colocarlo en otro registro que le permita historizarlo e incluirlo en su historia.

El tercer tiempo del trauma radica entonces, en el tiempo de la terapia tomado como una posibilidad de significación debido a que una situación de la vida actual, que ha sido llevada al espacio terapéutico ha activado un recuerdo de un primer trauma y es allí en donde tiene la oportunidad de viabilizar lo olvidado que al recordarlo permite significarlo de otra manera para no quedarse con ese teratoma⁴ enquistado en el aparato sino hacerlo parte de él.

⁴Benyakar y Lezica (2005) Podemos decir, entonces, que la vivencia traumática 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, al modo de lo que Ferenczi denomina *teratoma*. Interesante término que describe la aparición de células y tejido en la trama de otro tejido, de características absolutamente heterogéneas. (p.109)

2.3. Ejemplo

La psicoanalista Haydée Faimberg escribe un artículo en el cuál desde su clínica particular muestra cómo el concepto de après-coup en el tiempo de la terapia adquiere un valor fundamental para abordar el trauma.

Brigitte

Este es el caso de una mujer que acude a sesiones de terapia de forma regular, por lo general actúa de manera provocativa y habla acerca de varias relaciones sexuales que ha mantenido para quedar embarazada sin mostrar aparentemente emoción alguna, ni interés acerca de quien podría ser el padre de su hijo. Tan pronto como habla de esto la mujer hace alusión a situaciones que huelen mal, refiriéndose a su última pareja que tenía un olor desagradable por lo cual ella no tuvo un hijo con él. Pero en forma sarcástica dice que tal vez es cuestión de utilizar un buen desodorante.

En el transcurso de la sesión la analista piensa que Brigitte imagina que ella moralizará su vida sexual aludiendo a la importancia del padre del hijo que piensa tener, pero no lo hace y continúan.

La analista realiza una interpretación diciéndole a la joven que al hablar del embarazo y del mal olor lo hace como si existiera algún nexo entre estas dos situaciones. La paciente reacciona con enfado y le manifiesta sus deseos de insultarla, pero la analista le responde devolviéndole sus palabras y preguntándole si acaso ella tomó su interpretación como un insulto. Brigitte responde con voz desafiante: “No es un asunto de qué Yo oí, sino que usted realmente ha dicho: cuénteme sobre su intensión, usted solo puede tener intensiones que tienen un mal olor” (Faimberg, 2011, p. 5). Pero la analista contesta haciendo una pregunta retórica en la que se permita abrir un espacio psíquico en donde se establezcan asociaciones inconscientes, “Podría ser que a través de mi interpretación, Ud. ha oído a alguien quien la amenazaba como si Ud. no tuviera ningún valor. Yo me pregunto ¿Quién podrá ser?” (Faimberg, 2011, p.5).

Después la mujer relata un episodio de su adolescencia: la madre le advierte que debía cuidar sus dientes porque las hijas heredan la dentadura del padre y se entera por la madre que el padre que la joven conocía, no era su verdadero padre. Recuerda que la madre contó este hecho con una actitud impasible como si no tuviera importancia alguna. Inmediatamente la joven le pide una explicación a la madre acerca de lo dicho, a lo que ella responde que el padre había reconocido a la niña con la finalidad de evitar un aborto y que no debía armar tanto problema.

La analista entonces puede interpretar que en los intentos de la muchacha por quedar embarazada se escondía una búsqueda del derecho legítimo y quien es el que lo da, a lo que la joven responde: “Mi padre me salvó la vida, y él es mi papá verdadero” (Faimberg, 2011, p.5).

Las identificaciones inconscientes que la joven tiene con su madre no son plausibles de ser detectadas en un primer momento solo es posible detectarlas en el après-coup como lo manifiesta Faimberg. Si el analista hubiera interpuesto sus preceptos morales en el momento de la terapia no hubiera sido posible que la mujer se ponga a trabajar y se haga responsable de sus conflictos inconscientes así como de sus consecuencias.

Cuando se revela lo que no se halla anudado en la historia de la joven será posible realizar una resignificación sin poner el acento en lo traumático vivido sino en la apropiación de su historia para que lo no significado permita una nueva significación y a la vez dar sentido a una insistencia (en este caso quedar embarazada sin importar demasiado quién sea el padre del hijo).

Cabe resaltar aquí que solo es posible de ser resignificado lo resignificable, no es viable creer que los sujetos son una suerte de tabula rasa en donde el terapeuta de forma casi milagrosa logre resignificar cualquier cosa como si el paciente no opusiera una resistencia. “No se trata, simplemente, de hacer consciente lo inconsciente para que, con el material a su disposición, el sujeto lo elabore sin la utilización de automatismos defensivos. Se trata, de que desarrolle la capacidad de articulación” (Benyakar y Lezica, 2005, p. 160). El objetivo será entonces el tramitar en el orden de lo simbólico aquello que persiste en el lado de lo real.

El cambio de posición subjetiva es efecto del proceso analítico, el asumir al otro en falta es producto solamente de un análisis y diferencia cada una de las tres estructuras, perversión, psicosis y neurosis. El pasar de una posición subjetiva en la cual el sujeto cree que nada depende de su decisión a una posición imperativa en donde el sujeto asuma sus responsabilidades y se haga responsable de su historia solo se lo hará en un tercer tiempo, el tiempo de la terapia.

En los próximos capítulos se tratará de, a partir de los conceptos desarrollados hasta aquí, entender un caso trabajado personalmente.

Capítulo III

Presentación del caso

El caso que se va a presentar a continuación fue atendido en el Centro de Psicología Aplicada de la Pontificia Universidad Católica en los meses de marzo, abril y mayo del año 2011. La paciente a quién llamaremos Sra. J.N. de 37 años de edad es casada y tiene un hijo de cinco años. En el tiempo que fue atendida estaba separada de su esposo y vivía en casa de sus padres.

3.1. Descripción del caso

Antes de realizar la presentación del caso es pertinente hacer algunas aclaraciones en cuanto a la diferencia que existe entre un caso clínico y un caso expuesto, para desarrollar estas ideas seguiremos lo trabajado por Marta Serra Frediani en su escrito que trata acerca de algunas observaciones sobre la presentación de casos.

Es necesario anticipar que el caso que se presenta a continuación fue trabajado durante siete sesiones en aproximadamente tres meses; no se cerró el proceso porque la paciente realizó un viaje fuera del país y tuvo que suspenderse la terapia.

Cuando hablamos de un caso clínico nos referimos a la manifestación particular que cada sujeto tiene de su enfermedad. Como sabemos la especie humana tiene la capacidad de simbolizar, lo que la diferencia de las demás especies pero también, y paradójicamente, es lo que la enferma. Cada caso es un caso particular en la medida en que cada sujeto inventa una solución distinta al malestar que lo aqueja, (tal vez no encuentre la solución, pero al menos tendrá una teoría de su molestia) a su síntoma, pero llega un momento en que la situación es tan intensa e imposible de soportar que el sujeto es incapaz de batallar con ella y se pone de manifiesto la dimensión clínica del caso.

Es importante realizar una diferenciación entre un caso clínico y un caso práctico, ya que cuando nos referimos a un caso práctico nos encontramos en el campo de las ciencias positivistas como la Medicina. “El caso práctico apunta a un ‘ hacer saber ` , hacer saber -o evaluar si ya se sabe- la manera en que debe ser tratado un problema concreto, manera que si es repetida idénticamente, producirá los mismos resultados exitosos” (Serra,2007, p. 1). Frente a un caso concreto, el estudiante de Medicina deberá responder cómo medicaría al enfermo, cuantas dosis del medicamento, por cuanto tiempo, etc. Cuando un sujeto demanda ser atendido por un malestar que lo aqueja, el terapeuta deberá escuchar la historia del sujeto antes de poder interpretar, señalar o intervenir con su palabra.

Como ya se manifestó en el capítulo uno aquí radica una de las mayores diferencias entre el discurso médico y la postura psicoanalítica debido a que *el estudio de la Medicina es una práctica con el cuerpo del paciente, con el soma, un cuerpo orgánico que puede ser cuantificado, evaluado y universalizado, y al cual se lo puede curar mediante la aplicación de técnicas correctas que eliminan o atenúen la dolencia física* (Cap. 1, p. 10).

Por el contrario “el caso clínico pues, no busca un ‘ hacer saber ` sino la transmisión de un ‘ saber hacer ` particular de cada practicante respecto a cada caso concreto.” (Serra, 2007, p. 1). El caso clínico entonces apunta a lo singular, a lo particular del saber inconsciente, un saber que no se encuentra instaurado como verdad absoluta sino que es único de cada sujeto y del que solo él es responsable aunque no lo sepa.

Por lo tanto lo que se pretende hacer en esta disertación es exponer un caso, “el caso expuesto, incluye un acotamiento del practicante, su exposición privilegia algún punto concreto que se quiere subrayar” (Serra, 2007, p. 1). Siendo el concepto de trauma y de resignificación el que nos ocupa en el presente trabajo, solamente se incluyó la participación personal del practicante cuando estaban referidas al tema del trauma o al tema de la resignificación. Mediante el trabajo realizado con la paciente se descubrió un nexo entre la teoría aprendida durante los cinco años de estudio y el caso que se encontraba trabajando en ese momento. Decir que fue de toda la teoría aprendida sería muy pretencioso, se trata de un concepto (la retroactividad, el après-coup) que se estudió primero teóricamente y en un caso atendido se reveló claramente y que en esta investigación se pretende subrayar.

Se trabaja en análisis con la historia del sujeto no con su biografía, porque lo que nos interesa es el material subjetivo, es decir el material que ha sido producido por el propio sujeto y no lo objetivo cronológico que no tiene mayor utilidad para los fines de la cura y la construcción del caso.

En cuanto a la forma en la que se debe exponer un caso estamos conscientes que implica un arduo trabajo de escritura, es importante que tengamos en cuenta la relación de secreto que constituye la base de la relación analítica. “La confianza del paciente en el analista pasa por una regla ética fundamental: no debe decir lo que escucha, y esto es sin límites” (Serra, 2007, 2).

En la construcción del caso no debe incluirse datos que develen la identidad del paciente, ni que permitan llegar a averiguarla, es decir lo que importa es respetar la intimidad y abstenerse e emitir juicios de valor sobre las elecciones de vida del analizante o su entorno.

Debemos tener claro que la exposición de un caso es solo una parte, nunca el caso es todo, y que la construcción teórica de la disciplina psicoanalítica se pone en juego en cada caso, por lo que es fundamental mantener el tacto y la discreción necesaria al exponer un caso.

A continuación se redactará el caso expuesto sesión tras sesión tratando en lo posible, de ser fiel con lo trabajado.

Primera sesión:

A la primera cita la Sra. J.N. llega diez minutos antes de que comience la sesión, se la puede observar sumamente angustiada. Al ingresar al cubículo, tras una breve presentación con la finalidad de abrir el espacio psicológico, se comienza con el trabajo. Lo primero que la paciente enuncia es que viene porque una amiga le comentó que puede ser una buena alternativa para su problema ya que se encuentra atravesando por una situación conflictiva y asegura que en los últimos días se enteró de sucesos que trastocaron su existencia. Agrega que se siente vivir en una mentira, sola y sin razones para volver a confiar en los otros.

Del relato de la Sra. J.N. sabemos que: está casada con el Sr. M.C. de 28 años de edad con quien tiene un hijo a quien llamaremos A.C. de cinco años. Contrajo matrimonio con este hombre sin sentir nada por él; cuando recién se casaron las cosas iban bien pero a los pocos

meses de matrimonio él quedó sin trabajo y ella tenía que solventar todos los gastos del hogar con el dinero que obtenía como maestra enseñando español a extranjeros en un instituto. Esta situación desde el principio incomodó muchísimo a la señora debido a que se sintió defraudada por un hombre que no la estaba tomando en serio a ella ni al compromiso que habían adquirido al casarse. Después de este suceso (pérdida del trabajo), cada uno por separado comenzaron a frecuentar amigos, salían constantemente a pasear o a fiestas sin compartir estas actividades. Permanecían juntos por las relaciones sexuales, dice ella: *eran inexplicables*. Las describe como un conjunto de sensaciones que nunca antes había sentido con otras parejas, es así como a los pocos meses por un descuido queda embarazada. Al darle la noticia a su esposo las cosas parecen tomar otro rumbo: él se entusiasma y promete cambiar su actitud, pero a la Sra. J.N. en lugar de llenarla de alegría la noticia le produce un sentimiento de enojo porque ella no quería tener un hijo a su cargo, no se sentía lo suficientemente responsable para poder cuidarlo.

A partir del embarazo la relación parecía haber mejorado; seguían viviendo juntos compartiendo la llegada del hijo. La situación laboral del Sr. M.C. no mejora, continúa desempleado aún después de nacer A.C. Las condiciones se vuelven más complejas porque se incrementaron los gastos, entonces, la ya frágil relación se destruye. La señora decide regresar a vivir en casa de sus padres y separarse de su pareja. A pesar de no vivir juntos siguen manteniendo un vínculo, los fines de semana el padre va a visitar al niño y en ocasiones se queda a dormir en la casa de sus suegros. Al poco tiempo, el Sr. M.C. le propone reiniciar la convivencia porque cree que sería beneficioso para el niño, había conseguido un trabajo estable y tenía la ambición de formar una familia. A la señora esta idea le parece, al principio, descabellada pero, de todas maneras le promete que pensará en una decisión y se lo hará saber.

Después de pensar detenidamente en la propuesta de su esposo decide volver con su pareja. Pensaba comunicarle su decisión el siguiente fin de semana cuando llegue a visitar a su hijo. Ocurrió que el Sr. MC no llegó ese fin de semana, lo esperó ansiosa la siguiente semana pero tampoco vino a la casa. Muy preocupada por las ausencias, empieza a buscarlo, se comunica con sus amigos para tener noticias, al no obtener ninguna información decide ir a buscarlo a una dirección que tiempo atrás su esposo le había dado. La Sra. J.N es recibida por

una mujer mayor que le comenta que M.C. ya no vive allí y que no tiene noticias de su paradero. La Sra. J.N. después de abandonar esa casa piensa que su esposo ha estado viviendo allí con esa mujer y sospecha que era su amante. Su estado de angustia y su desesperación se incrementó y pensó, en ese momento, que fue víctima de un engaño.

Al poco tiempo el Sr. M.C. aparece en la casa de sus suegros y le confiesa a su esposa el motivo de su repentina ausencia. Es entonces que la Sra. J.N. se entera que su esposo tiene un juicio de alimentos en su contra y que debió “desaparecer” hasta solucionar el problema en que se encontraba inmerso. La señora dice haberse quedado estupefacta. Pide que le explique con más detalles y se entera que su esposo tiene una hija de ocho años con una antigua novia, que él no sabía de la existencia de esta niña, nunca antes la había visto ni estaba al tanto de esta situación. Agrega que no le había contado el suceso antes de ausentarse por algunas semanas por miedo a perderla.

Enterada de la situación, la Sra. J.N. cambia de parecer, decide no regresar con su esposo; es más, prefiere no volverlo a ver por mentirle durante tanto tiempo. Es por esta razón que la paciente dice no poder volver a confiar en nadie, que su pareja destruyó todas las esperanzas que tenía de regresar con él.

Después de relatar todos estos hechos, y finalizando la sesión, manifiesta: empecé a sentir que lo quería que últimamente sus sentimientos habían cambiado y el nuevo estado la hace sentir muy confundida. Quiere tomar las cosas con calma y no apresurarse a tomar una decisión, cree que lo mejor es dejarse de frecuentar por un tiempo.

Durante la sesión, acompaña su relato con fuertes accesos de llanto a tal punto que debe interrumpir varias veces para calmarse, utiliza la caja de pañuelos disponible en el cubículo pero al ser insuficiente tiene que sacar de su bolsillo papel higiénico.

En términos generales su estado es de mucha angustia y desesperada por no saber qué decisión a tomar.

Segunda sesión:

En esta ocasión la Sra. J.N. comienza a hablar de su familia de origen. Es la primera de tres hermanos, desde niña mantiene una relación bastante cercana con su madre a quien

admira y quiere mucho. Manifiesta que sus padres se separaron cuando ella tenía 17 años de edad debido a que tenían una relación bastante conflictiva. En la actualidad sus padres viven en la misma casa pero duermen en cuartos separados; por la mañana la madre se encarga de preparar el desayuno para todos sin excepción, y tanto en el almuerzo como en la cena todos comparten la mesa familiar. Esto es motivo de admiración hacia su madre: a pesar de todos los problemas que han tenido sus padres mantienen una buena relación.

Manifiesta que en su adolescencia tuvo problemas con el alcohol. Asistió a alcohólicos anónimos y pudo superar su adicción. Pero, desde el problema con su esposo ha vuelto a beber en contadas ocasiones. Recuerda que de niña era muy sobreprotegida por su madre, pero que en la actualidad la compara con sus hermanos que están casados, tienen una buena situación económica y viven una vida aparentemente más tranquila y estable que la suya.

Después de una pausa la paciente comenta que no sabe por qué razón a partir de la sesión anterior y durante toda la semana le han venido a su mente recuerdos que le parecen extraños y que antes no los tenía presentes en su vida.

Las evocaciones que la invadieron durante la semana se resumen de la siguiente manera: siendo una niña, recuerda que su padre llegaba a la casa en estado etílico y maltrataba a su madre de forma física y verbal. Inmediatamente después del maltrato, subían a la habitación y pasaban algún tiempo allí a solas, pasado ese tiempo, parecía que se habían arreglado.

En las ocasiones que su padre no regresaba del trabajo a la hora habitual, su mamá la llevaba a buscar a su padre. El argumento que recuerda que su madre le decía es que por ser la hija mayor debía acompañarla. La paciente dice que no sabía de qué se trataba el asunto pero acataba el pedido de su madre.

En una oportunidad fueron a una casa que para ella era desconocida y en lugar de entrar a esa casa, se escondieron detrás de una planta de limón que estaba fuera de la casa y esperaron ahí durante un tiempo prolongado hasta que su papá salió de esa casa acompañado de una mujer.

Recuerda a su mamá saliendo del escondite y lanzando cosas a su padre mientras lo insultaba. Agrega que en ese momento no entendió lo que pasaba ni por qué su madre estaba tan molesta. Sus recuerdos se amplían y le vienen a la memoria las palabras con que su padre retaba a su madre y cuando negaba que le hubiera sido infiel, tratándola a su madre de demente por tener ideas falsas.

La paciente manifiesta, *es ahora que me doy cuenta que mi papá le engañaba a mi mamá con algunas mujeres* porque no sólo fue en una ocasión que sucedió lo relatado sino en varias oportunidades. *Por eso mi mamá y yo andábamos como detectives, siempre a la expectativa de ver en qué se encontraba envuelto mi papá.*

Inmediatamente después de relatar este recuerdo infantil J.N. dice: *pero lo mío no fue una traición.*

Tercera sesión:

La Sra. J.N. habla acerca de su ocupación, dice que estudió una carrera universitaria por complacer a su madre quien siempre quiso que sea maestra preescolar igual que ella, pero su verdadera inclinación es la enseñanza del idioma español a extranjeros que es su actual ocupación. Aclara que los extranjeros son diferentes a los ecuatorianos porque son más educados y a ella le resultan mucho más agradables.

Comenta que hace cinco años que decidió contraer matrimonio con su actual pareja, lo hizo sin el consentimiento ni agrado de sus padres, según ellos el hombre con el cual se casó es muy poca cosa para ella debido a que no posee estudios universitarios y la única actividad a la que se puede dedicar es a la construcción porque ahí no necesita tener conocimientos especializados sobre un tema en particular sino que es algo que se puede ir aprendiendo con el tiempo; confiesa que la verdadera razón por la que se casó fue por salir de su casa y poder vivir su propia vida más no porque amaba a su pareja. Agrega que esos sentimientos pertenecen al pasado, en el presente siente que lo ama y quiere regresar con él. Se siente confundida porque *a la vez no puedo perdonarle lo que me hizo.*

Hace una corta pausa y dice que hay algo que no dijo: *un día ingresé al correo electrónico de mi pareja y vi algunas cartas de mujeres en donde se notaba claramente que*

había un tipo de relación más cercana con M.C. que de amistad y una en particular me llamó la atención porque era de la madre de la niña que ahora tiene mi pareja así que decidí leerla y me di cuenta que él me miente y lo sigue haciendo porque aún frecuenta con esta mujer y mantienen una relación amorosa. Cuando yo le reclamé acerca de estas cartas él me dijo que revisara bien las fechas que era algo del pasado y que ahora solo estaba interesado en recuperarme y que si quería podíamos ir a un internet a escribirle una carta a esta mujer diciéndole que no tenía ningún vínculo que les uniera.

La Sra. J.N. manifiesta que ya no quiere volver con su pareja porque a pesar de amarlo siente que no podría volver a confiar en él y que lo mejor es seguir separados. Inmediatamente agrega que cuando M.C. va a visitar a su hijo, encuentran la manera de tener relaciones sexuales, *es algo que no puedo evitar*. Hace un pausa y llorando dice *yo no tengo la culpa de lo que me está pasando*.

Cuarta sesión:

En esta sesión la paciente llega atrasada, manifiesta que estaba ocupada en su trabajo y no pudo avisar que iba a llegar tarde. Esta vez habla de su hijo, el niño se queda todo el día a cargo de la abuela materna, la paciente sale por la mañana a trabajar y su mamá como ya no trabaja se queda en casa haciendo las actividades del hogar. J.N. recibe al niño cuando llega de la escuela y lo ayuda a realizar sus actividades escolares. El niño llama mamá a su abuela y a la paciente la llama por su nombre. Manifiesta que, por momentos, siente que trata a su hijo como si fuera su hermano y como si fuera responsabilidad de su madre la crianza del niño y no la suya.

A continuación menciona que sin la presencia de su madre que le ayuda a cuidar a su hijo no sabe qué haría, y después de estar un rato pensativa manifiesta que no conoce al niño con el que duerme todos los días, no sabe cuáles son las actividades que le gustan ni las que le disgustan, tampoco conoce cuáles son sus intereses, en realidad descubre que no hay momentos en los que los dos puedan intercambiar pensamientos o sentimientos porque no son muy cercanos entre sí.

Quinta sesión:

Este día la paciente habla de los problemas laborales que le causan conflicto. Lo que gana en la institución que trabaja no le satisface y el ambiente laboral se está tornando conflictivo.

La señora se muestra un poco más calmada de su situación emocional. Trae recuerdos de su juventud temprana, comenta que antes de casarse solía salir frecuentemente con sus amigos a fiestas o solamente a tomar licor y cuando esto pasaba ella tenía otra perspectiva de la vida, no se daba cuenta de que se podía hacer daño ni tampoco le importaba. Mantenía relaciones sexuales con parejas ocasionales y lo hacía simplemente por placer sin pensar en las consecuencias que esto le podría ocasionar. Agrega que contrajo una enfermedad por contagio sexual, por ese motivo su autoestima bajó y apareció en ella un sentimiento de rechazo hacia las conductas que antes tenía.

Sexta sesión:

La paciente manifiesta que le gustaría poder tener ingresos económicos suficientes para arrendar un departamento y vivir independientemente con su hijo sin tener que rendirle cuentas a nadie de sus actos, este deseo no lo puede llevar a cabo porque el dinero que gana en su trabajo no es suficiente para solventar sus gastos, aunque existe la posibilidad de un viaje fuera del país y poder conocer otros lugares.

Por su trabajo la Sra. J.N. ha conocido a gente extranjera que vienen al país por algún motivo, generalmente, por poco tiempo y después regresan a su país de origen. Es así como conoció a un muchacho con el cual mantiene contacto vía internet que le invitó a su casa en el extranjero para pasar unos días y se divierta un poco. Esta propuesta tiene a la señora muy entusiasmada porque manifiesta que en la actualidad no existe ninguna razón que le motive a vivir en el país. La invitación que le hace su amigo es con todos los gastos pagados, es decir ella tendría que llevar dinero solo para sus gastos personales, piensa que con sus ahorros puede cubrir estos gastos y está decidida a presentarse en la embajada para poder irse de viaje. Comenta que si allá pudiese encontrar un trabajo que le permita sustentar sus gastos estaría dispuesta a quedarse a vivir en ese país y aprender el nuevo idioma. Al preguntarle qué pasará con su hijo, la Sra. J.N. sonríe y dice *se queda con mi mamá*, él va a estar bien aquí porque ya

está acostumbrado, así que no va haber ningún problema. Además, asegura haber hablado con su mamá y está dispuesta a quedarse con el niño mientras ella decide cuál va a ser su futuro.

En cuanto a sus expectativas acerca del viaje habla de una relación que mantuvo con un hombre que era hippie, quién le enseñó que en la vida no se necesita mucho para vivir, que no son necesarios algunos pares de zapatos o mudadas de ropa, sino que con poco se puede sobrevivir, mientras se tenga lo necesario no hay ningún problema. Esta enseñanza de un antiguo novio resuena en su cabeza y cree que ella en el extranjero será capaz de vivir con lo que su amigo le proporcione y si decide quedarse tendrá que acomodarse a las circunstancias en las que tenga que vivir, no se muestra preocupada en lo absoluto por el aspecto financiero.

Séptima sesión:

Esta será la última ocasión que la Sra. N.J. asista al espacio terapéutico, la siguiente sesión faltará sin justificar su ausencia. En la sesión anterior anticipó la posibilidad del viaje y la eventualidad de no continuar con el proceso.

Es en esta última sesión que dice *yo nunca he tenido afición de vivir*, y agrega *bueno tal vez sí, hasta cuando tenía 17 años, el sueño, el motivo para vivir era ser doctora era el mayor anhelo que tenía*. En realidad cuando se graduó del colegio ingresó a la facultad de Medicina, pero no le fue bien en la carrera y sus padres no podían seguir pagando el costo de la universidad y tuvo que retirarse, ella siente que en ese momento se terminaron sus ganas de vivir, y dice en ese tiempo mis papás se estaban divorciando.

En el transcurso de la sesión la paciente dice *ahora me doy cuenta porque venían todos esos recuerdos a mi mente, de cuando era pequeña y mi papá le engañaba a mi mamá y nosotras le íbamos a buscar, tal vez antes yo no entendía el dolor que mi mamá sentía cuando mi papá le estaba siendo infiel, y como no tenía idea ni siquiera de lo que estaba sucediendo cuando yo le veía a mi mamá arrojarse objetos o insultarle a mi padre no podía ligar lo uno con lo otro, pero ahora que a mí me está pasando algo parecido entiendo lo mal que mi mamá se sentía y como duele que te engañen*.

La Sra. J.N. manifiesta que le duele que la mamá siempre le compare con sus hermanos porque son mejores o han logrado cosas en la vida, pero dice *tal vez ellos no*

vivieron lo que yo viví y para ellos la realidad es otra, para mis hermanos su padre es otro ellos nunca se enteraron de lo que yo veía y sentía cuando mi mamá me llevaba con ella, no es mi culpa.

3.2. Análisis del caso.

Con la finalidad de visualizar la parte que más nos interesa del caso se tomará como ejemplo un gráfico elaborado por Luis César Sanfelippo, en el que se muestra cómo un conflicto que no logró conciliarse reanima el recuerdo de la huella mnémica de una vivencia sexual infantil que desencadena el trauma.

Reanima el recuerdo



PASADO

- Como cuando era niña y “...su padre no regresaba del trabajo... su mamá la llevaba a **buscarlo**.” (Cap. 3, p. 47).
- Recuerda que siendo niña “fueron a una casa que para ella era desconocida y...se escondieron detrás de una planta de limón...y esperaron ahí...hasta que su papá salió...**acompañado de una mujer**.” (Cap. 3, p.47)
- Recuerda a su “mamá saliendo del escondite y lanzando cosas a su padre mientras lo insultaba...ese momento no entendió lo que pasaba ni **por qué su madre estaba tan molesta**.” (Cap. 3, p.47)
- Se acuerda que “mi mamá y yo andábamos como **detectives**, siempre a la expectativa de ver en qué se encontraba envuelto mi papá.” (Cap. 3, p.48).

Trauma

PRESENTE

- Al no tener noticias de su pareja la paciente “**decide ir a buscarlo a una dirección que tiempo atrás su esposo le había dado**.” (Cap. 3, p.45)
- Debido a que tiene conflictos con su pareja “**es ahora que me doy cuenta que mi papá le engañaba a mi mamá con algunas mujeres**” (Cap. 3, p. 48)
- Se entera que “**su esposo tiene un juicio de alimentos en su contra...y una hija de ocho años con una antigua novia**” (Cap. 3, p. 46), y esto la **molesta**.
- La paciente dice “**no sabe por qué razón a partir de la sesión anterior y durante toda la semana le han venido a su mente recuerdos que le parecen extraños y que antes no los tenía presentes en su vida**” (Cap. 3, p. 47).

En el análisis del caso expuesto se pueden encontrar los siguientes nexos:

- ✓ La infidelidad del padre y la infidelidad del esposo, cuando la paciente manifiesta haber sido engañada por su actual pareja al no haberle dicho que tiene una hija con otra mujer, solo en ese momento es capaz de entender que cuando era niña su papá le era infiel a su madre con otras mujeres y el dolor que sentía su madre en ese momento.
- ✓ El alcoholismo del padre y el alcoholismo de la paciente, “*siendo una niña, recuerda que su padre llegaba a la casa en estado etílico*” (Cap.3, p.47), y la señora J.N. cuando era adolescente tuvo problemas con el consumo de alcohol, “Asistió a alcohólicos anónimos y pudo superar su adicción. Pero, desde el problema con su esposo ha vuelto a beber” (Cap. 3, p.47)
- ✓ En cuanto a su vida sexual, dice que a pesar de estar separada de su esposo cuando lo ve sigue manteniendo relaciones sexuales con él y no sabe por qué lo hace pero que “*son inexplicables*” (Cap.3, p.45). La paciente recuerda que: “su padre llegaba a la casa en estado etílico...Inmediatamente después...subían a la habitación y pasaban algún tiempo allí a solas, pasado ese tiempo, parecía que se habían arreglado.” (Cap.3, p.47). Al igual que a sus padres, a ella lo que le mantiene unida a su pareja son las relaciones sexuales.
- ✓ Si hablamos de la función materna, vemos que la madre de la paciente ubicaba a su hija en un lugar de cómplice, de aliada, llevándola a buscar a su padre cuando no llegaba a la casa; por su parte la paciente le entrega a su madre el cuidado de su hijo y ella se ubica como la hermana del niño, “...por momentos, siente que trata a su hijo como si fuera su hermano y como si fuera responsabilidad de su madre la crianza del niño y no la suya.” (Cap.3, p. 49), es decir las dos confunden la función.
- ✓ El nombre y la profesión de la madre y de la hija son iguales, “estudió una carrera universitaria por complacer a su madre quien siempre quiso que sea maestra preescolar igual que ella” (Cap.3, p.48), El no ejercer la profesión de maestra preescolar y el haberse casado para salir de la casa son evidencias de intentos de separación de la tutela de la madre. Se trata de solo intentos porque la paciente insiste en que sea su madre quien se haga cargo de su hijo, esto nos indica que no puede ejercer la función

materna por las “cuentas pendientes” que tiene como hija. Se siente unida a la madre, entre otras cosas, en el dolor de haber sido engañadas. Por otro lado siente admiración por ella por haberlo podido superar y compartir un ambiente familiar con su padre.

- ✓ Lo traumático se revela con la aparición del recuerdo de haber sido testigo del dolor de su madre frente al engaño. Escena que recién adquirió sentido al relacionarla con su propia vivencia de traición.

3.3. La función de recordar, repetir y reelaborar.

Para la señora J.N. el recordar y el repetir son intentos de reelaborar lo acontecido. Para esto haremos un recorrido por el texto de Freud que lleva el mismo nombre para enlazar la teoría y el caso expuesto.

Freud en su texto de 1914, Recordar, repetir y reelaborar, expone las profundas alteraciones que ha experimentado el método psicoanalítico desde sus comienzos y brinda algunos consejos, como él los llama, sobre la técnica del Psicoanálisis.

Freud (1914)...el médico renuncia a enfocar un momento o un problema determinados, se conforma con estudiar la superficie psíquica que el analizado presenta cada vez, y se vale del arte interpretativo, en lo esencial, para discernir las resistencias que se recortan en el enfermo y hacérselas conscientes. (p. 36)

No solo en este texto (también en Consejos al médico, El Psicoanálisis silvestre, etc.) Freud insiste en el manejo de la técnica como un arte que apunta a las resistencias del paciente para permitir la aparición de los recuerdos y las representaciones reprimidas. Resistencias – nos aclara- que deben ser trabajadas en el análisis por el paciente, si no fuera así hubiera continuado con el método hipnótico y que es uno de los motivos por el que abandona ese método, el hecho de no permitir trabajar las resistencias.

Es interesante como aquí se ubica una relación intrínseca entre el trauma y el sueño, el analista vienes al estudiar los sueños traumáticos descubre que en lugar de que el sueño

cumpla con su acometido, que es la satisfacción del deseo, con mucha frecuencia en ellos se reproducen vivencias traumáticas infantiles.

Freud en Benyakar y Lezica (2005)...en especial en el caso de los sueños traumáticos e incluso considerando la incidencia de uno o varios de los factores mencionados- queda un resto suficientemente inexplicado como para plantear la sospecha de que el impulso a elaborar psíquicamente algo impresionante, consiguiendo de ese modo su total dominio, puede llegar a manifestarse primariamente y con independencia del principio del placer. La compulsión a la repetición sería entonces, más primitiva, elemental e instintiva que el principio del placer. (p.71)

Es decir que en ocasiones en el origen de los sueños suele encontrarse una situación desagradable de la vida del sujeto que en el sueño se intenta corregir ya que su intensidad es tan grande que la persona no puede elaborar la vivencia o librarse de ella de un modo corriente.

Esto explicaría entonces que el trauma que no encuentra una traducción en palabras busque una forma de ligarse a través de la compulsión a la repetición, y que este mecanismo sea aún más antiguo que el principio de placer.

Garma (1974) Comparando el contenido latente con el contenido manifiesto del sueño y con la excepción de los sueños de la neurosis traumática, se observa que la situación traumática, que forma la base del contenido latente, es transformada, en el contenido manifiesto, en un situación agradable o, por lo menos, en una situación menos desagradable o indiferente. Es decir, que en la elaboración del sueño ha habido una clara evolución en el sentido de la satisfacción de un deseo. (p.121)

Es decir, que en los procesos irracionales como los sueños y los fenómenos de repetición existe carencia de una mínima ligadura de la energía que es necesaria para dar paso a los procesos de pensamiento primario, caracterizados por seguir el principio del placer y la necesidad de descarga inmediata.

La compulsión a la repetición entonces, tendrá como fin dominar psíquicamente la experiencia como requisito fundamental para que esta pueda ser resuelta por las vías normales, teniéndoselas que ver con las barreras antiestímulos y los medios de protección psíquica como la represión que impiden sortear esta barrera de forma rápida y efectiva.

En el caso expuesto se ejemplifica en la vida sexual de la paciente, que al no poder recordar y poner en palabras lo que vivió cuando era niña lo repite en acciones. A la temprana

edad de ocho años, veía como sus padres después de sostener una pelea bastante intensa subían a su habitación y se encerraban ahí durante algunas horas y al salir actuaban como si nada hubiera sucedido, ahora la paciente tiene sentimientos de ambivalencia hacia su pareja por lo que no está segura de seguir o no con él, pero cada vez que se ven mantienen encuentros sexuales que ella los califica como *inexplicables*, repitiendo de forma inconsciente una situación que no logra ser elaborada, siendo ya adulta deduce claramente que en esos encuentros a solas sus padres arreglaban sus estados de tensión con encuentros sexuales.

Otro punto importante a tomar en cuenta es el alcoholismo siendo un rasgo característico en la vida del padre de la paciente y en el cual ella se ve reflejada, en el pasado asistió a alcohólicos anónimos por este problema y en la actualidad debido a que se encuentra en un estado de angustia por la situación que esta atravesando ha vuelto a consumir alcohol en algunas ocasiones. En lugar de la palabra se encuentra una acción.

En este punto se hace evidente que el fenómeno traumático es el resultado de la relación entre el evento mismo y la resistencia del psiquismo, más no una simple consecuencia de la magnitud del evento. Aquí se deja ver la dualidad del encuentro, entre mundo interno y mundo externo que determinan la subjetividad.

En este momento es oportuno situar la diferencia que existe entre recuerdo y evocación repetitiva, sus cualidades son distintas porque a pesar de que los dos sean actualizaciones de lo vivido difieren en la manera en que son reactivadas y el efecto que tienen en dicho proceso.

Benyakar y Lezica (2005) Un *recuerdo* constituye una *modalidad de memorizaciones de los registros mnémicos articulados*. Mientras que la *actualización de los registros mnémicos no articulados* producirá evocaciones repetitivas, que emergen compulsivamente como *manifestaciones reparadoras del psiquismo y como intentos de lograr una articulación exitosa*, sin el fundamento mnémico de la compulsión repetitiva que reina en lo traumático. (p. 132)

Al hablar entonces del recuerdo como ya es sabido, estamos hablando de sus partes integrantes: el olvido y la memoria. En el fenómeno traumático se puede decir entonces que el olvido de las vivencias se debe a un bloqueo de éstas como un mecanismo de defensa que permite al aparato psíquico seguir funcionando. Pero existe también otro camino que la vivencia subjetiva puede tomar por intervención del deseo, trastocarse a tal punto de

acomodarse a lo fáctico de la experiencia. Esto es lo que se denomina recuerdos encubridores, en los que se conserva como dice Freud no sólo lo esencial de la vida infantil, “sino en verdad todo lo esencial” (Freud, 1914, p.36).

En memoria y espanto, un libro escrito por Braunstein, se expone como él lo dice:

Braunstein (2008)...uno no “es quien es” porque “le pasó eso” sino porque ha registrado y ha entendido lo que le pasó de una determinada manera, seleccionando, remendando y emparchando huellas de experiencias personales con relatos ajenos. La memoria no sería un archivo de documentos sino una construcción enriquecida por la imaginación. (p.10)

En este libro hallamos algunos relatos de novelistas, escritores y psicoanalistas que dejan entrever cómo en la memoria se guardan sucesos de la vida infantil del sujeto que construyen su historia, es en el espanto de la memoria o en la coartada del olvido de lo que uno prefiere no saber. Los escritores, novelistas, poetas, el artista en general transmitirá esos recuerdos (olvido y memoria) en sus producciones sean o no conscientes de ellos, en los demás los leeremos en sus síntomas neuróticos.

De ninguna manera estos recuerdos son falsos o reales, entretienen la historia personal del sujeto y hacen de él un ser único que en sus relatos habla a partir de lo oído o atravesado por sus antecesores, combinando lo vivenciado por uno mismo con lo escuchado de otros. “Es cierto, con esta afirmación se vuelve probable que los relatos de los pacientes no remitieran a vivencias. Pero probabilidad no es necesidad” (Sanfelippo, 2012, p. 4).

Los recuerdos que tiene el paciente podrían ser fantasías pero esto no quiere decir que hechos y fantasía se opongan sino que dan cuenta de que el sujeto en algo de esa historia se encontró, y lejos de si es o no real se abre un espacio para que se produzca una reelaboración,

Sanfelippo (2012) El recuerdo es reanimado por la representación actual aún cuando aquél nunca llegue a devenir consciente. Constituye entonces una memoria que no se limitará a la rememoración: ésta puede faltar, pero aún así el recuerdo opera, posibilitando otro modo (inconsciente) de recordar. (p. 3)

En el caso expuesto se localiza el recuerdo encubridor que es en donde se origina la situación traumática cuando “...su padre no regresaba del trabajo a la hora habitual, su mamá la llevaba a buscar a su padre. El argumento que recuerda que su madre le decía es

que por ser la hija mayor debía acompañarla. La paciente dice que no sabía de qué se trataba el asunto pero acataba el pedido de su madre.”. Al recordar esta escena, que para la paciente hasta ese entonces se encontraba reprimida y no era posible darle un significado abre una posible vía de trabajo y de resignificación.

Nos brinda la oportunidad de que el presente pueda modificar el pasado y el sujeto pueda realizar un cambio en cada una de esas ineludibles vueltas de la repetición y su insistencia, aunque ya se dijo vale insistir que 1. El recuerdo de los ocho años apareció dentro del proceso terapéutico 2. La sesión anterior y los nexos significantes dieron apertura a la aparición del recuerdo. *Después de una pausa la paciente comenta que no sabe por qué razón a partir de la sesión anterior y durante toda la semana le han venido a su mente recuerdos que le parecen extraños y que antes no los tenía presentes en su vida.*

En cuanto a la terapia, el espacio analítico es el lugar en donde además el sujeto va a actuar en lugar de recordar y como resultado los conflictos se agudizan; por lo que se le pide al paciente que durante el proceso no tome ninguna decisión fundamental para su vida. Pero estos empeoramientos son pasajeros y necesarios para que se produzca una reconciliación con lo reprimido.

El principal recurso con el que cuenta el terapeuta para domeñar la compulsión a la repetición se encuentra en el manejo de la transferencia, del uso que se haga de esta herramienta terapéutica va a depender el máximo efecto del tratamiento analítico. Por lo que es necesario recordar,

Freud (1914) Es preciso dar tiempo al enfermo para enfrascarse en la resistencia, no consabida para él (190); para reelaborarla {durcharbeiten}, vencerla prosiguiendo el trabajo en desafío a ella y obedeciendo a la regla analítica fundamental. Sólo en el apogeo de la resistencia descubre uno, dentro del trabajo en común con el analizado, las mociones pulsionales reprimidas que la alimentan y de cuya existencia y poder el paciente se convence en virtud de tal vivencia. En esas circunstancias, el médico no tiene más que esperar y consentir un decurso que no puede ser evitado, pero tampoco apurado. (p. 38)

En el caso expuesto si bien no se pudo profundizar debido a la brevedad de la terapia, la paciente logró elaborar algunas partes de su historia, como por ejemplo entendió qué era lo que había presenciado cuando acompañó a su madre a buscar al padre y el porqué de la

angustia y malestar de la madre, *ahora me doy cuenta porque venían todos esos recuerdos a mi mente, de cuando era pequeña y mi papá le engañaba a mi mamá y nosotras le íbamos a buscar, tal vez antes yo no entendía el dolor que mi mamá sentía cuando mi papá le estaba siendo infiel, y como no tenía idea ni siquiera de lo que estaba sucediendo cuando yo le veía a mi mamá arrojarle objetos o insultarle a mi padre no podía ligar lo uno con lo otro, pero ahora que a mí me está pasando algo parecido entiendo lo mal que mi mamá se sentía y como duele que te engañen.*

Capítulo IV

Articulación del caso con la teoría expuesta

En este capítulo final el objetivo será enlazar la teoría trabajada en los dos primeros capítulos con el caso expuesto en el capítulo tres, para lo cual se expondrá la importancia de la resignificación en el trabajo clínico y por último se elaboraran las conclusiones del caso atendido.

4.1. El trabajo clínico de resignificación

El caso que se ha escogido para vincular la teoría con la práctica muestra de forma clara como los conceptos y elaboraciones que se han expuesto con anterioridad son producto del estudio de la realidad objetiva en pacientes que sin saberlo, experimentan una vivencia traumática y la traen a terapia ya que están agobiadas y no saben qué hacer con ella, en busca de una solución, de la cura.

1.- Debemos tener claro que el trauma que la Sra. J.N. relata es un evento real, es decir, lo que nos interesa es la verdad objetiva de cómo sucedieron los hechos y si lo que está contando es completamente fiel a la realidad o es una fantasía, “Es una ‘ memoria involuntaria’ o, para decirlo con una palabra más precisa, inconsciente. Las conexiones del recuerdo son tan insólitas como las ligaduras entre las asociaciones del paciente” (Braunstein, 2008, p.12). La verdad subjetiva es la manera para procesar la experiencia personal que tiene el sujeto tanto del mundo externo que le rodea como para su realidad interna.

Como se menciona en el capítulo tres, *al hablar entonces del recuerdo como ya es sabido, estamos hablando de sus partes integrantes: el olvido y la memoria*, por lo que existe

la posibilidad de *que la vivencia subjetiva..., por intervención del deseo, pueda trastocarse a tal punto de acomodarse a lo fáctico de la experiencia.* (p. 57)

2.- Las primeras sesiones J.N. se muestra sumida en su dolor, manifiesta que no tiene razones para seguir viviendo y que su mundo está destrozado lo que da cuenta de un suceso que por su fuerza perforó su capacidad de simbolización y se encuentra completamente desconcertada, pero un suceso disruptivo puede producir efectos distintos en el psiquismo del sujeto.

En el capítulo primero se habló de la diferencia que existe entre el discurso médico y el saber psicoanalítico del concepto de trauma, *sirviéndonos de la palabra perforar ya que trauma etimológicamente proviene de dicha palabra griega, es así como en el discurso médico se dice que se perfora la piel, se rompe la piel, que hasta entonces estuvo intacta ocasionando una herida, mientras que en el campo psicoanalítico hablamos de perforar la barrera protectora del psiquismo debido a un exceso en el flujo de excitación. Es decir para cada saber lo que se ve perforado, dañado, roto, desligado, es distinto, y por ello el trabajo a realizarse tendrá una lógica diferente.* (p. 12).

En el caso expuesto, al analizar el discurso de la paciente, se concluye que la vivencia por la que se encuentra atravesando es traumática, debido a que es un hecho que ha sobrepasado su capacidad yoica y no puede ser metabolizado por el aparato. Nos referimos a un trauma psíquico que ha sumido a la paciente en un estado de dolor tal que no le permite desenvolverse de manera normal en sus actividades cotidianas y acude al espacio terapéutico una vez que todos sus intentos de significar el hecho han fracasado.

3.- En el relato del caso podemos identificar que la infancia de la paciente está marcada por el maltrato físico y verbal que se vivía a diario en su casa. Los padres de J.N. al parecer no cumplían con la función maternante-paternante, que puede ejercer el padre, la madre o un sustituto de estos, de ser el caso. Dicha función permite al niño desarrollar la capacidad de articular el afecto con la representación en forma efectiva y adecuada que posteriormente se verá reflejado en la personalidad del sujeto en cuestión.

Es decir que desde temprana edad la historia de la paciente se ve sellada por una disfunción en el proceso articulador. Sus padres no cumplen con las funciones de adultos siendo una pantalla protectora que actúe como filtro y modere la intensidad de las experiencias, brindándole contingencia o medios psíquicos al niño cuyo psiquismo está en desarrollo para que pueda elaborar las experiencias.

Es así como se realiza una diferenciación entre *el trauma producido como resultado de un evento que por su carácter disruptivo, rompe con la capacidad de elaboración psíquica del sujeto y lo deja sin recursos para poder enfrentar el suceso, y una vivencia traumática como producto de una falla en el proceso articulador que se produce en la infancia cuando los padres o cuidadores del niño no cumplen con su barrera protectora o antiestímulos.* (Cap.1, p. 19)

La paciente fue testigo de los maltratos y cómplice (involuntaria) de los problemas conyugales de su madre.

4.- En una parte del relato encontramos que la madre de J.N. le decía que ella debía acompañarla, cuando iba en busca de su esposo que no llegaba a casa, por ser la hija mayor. Un dato importante que es pertinente añadir a la historia es que la hija lleva el mismo nombre de su madre. Aquí ingresamos en el problema del deseo del otro, por un lado está la niña con un Yo precario que se encuentra en plena conformación y por otro lado el deseo del otro, su madre, que puede ocasionar consecuencias permanentes en su organización psíquica.

La paciente se reconoce en un rasgo particular del discurso de su madre *-la infidelidad-* por las identificaciones inconscientes. Se vuelve notoria una identificación primaria pasiva, como es el caso del nombre propio ya que viene marcado por el otro. Es así como lo manifiesta al decir que ella no quería seguir la carrera de parvularia sino que sólo lo hizo por cumplir el deseo de su madre ya que ella también es maestra de niños.

5.- Un fragmento interesante para el trabajo que se realiza es que J.N. recuerda que las peleas comenzadas entre sus padres solían terminar siempre cuando ellos entraban a la habitación y después de un tiempo salían como si no hubiere ocurrido nada. Estos recuerdos

son de cuando la paciente tenía alrededor de ocho años de edad y no había alcanzado aún la madurez de su aparato psíquico, por lo que ella desconocía lo que sucedía dentro de la habitación, *siendo una niña, recuerda que su padre llegaba a la casa en estado etílico y maltrataba a su madre de forma física y verbal. Inmediatamente después del maltrato, subían a la habitación y pasaban algún tiempo allí a solas, pasado ese tiempo, parecía que se habían arreglado.* (Cap.3, p.47)

Es solo en el après-coup, es decir con posterioridad que la paciente se puede dar cuenta de lo que sucedía en esos momentos entre sus padres. Como mencionamos en el capítulo dos *la idea de retroactividad, es decir que una experiencia vivenciada a temprana edad adquiere significación y se torna traumática años mas tarde con la maduración sexual del sujeto, cuando es posible otorgar un significado otro a sus vivencias.* (p.26)

Es interesante que aun estando separados con su pareja, el padre de su hijo, cuando se veían mantenían relaciones sexuales, *es algo que no puedo evitar.* La paciente, como se expone en el capítulo tres al no poder recordar y poner en palabras lo que vivió cuando era niña lo repite en acciones.

6.- En la paciente existe una vivencia de desvalimiento, es decir la percepción de la propia incapacidad psíquica para procesar la experiencia, hay un registro de que ha perdido los recursos que le permitan articular el afecto con la representación,

Benyakar y Lezica (2005) Si atendemos a la extraña convicción de estos pacientes de que no serán comprendidos –es decir, la suposición de que el otro no puede disponer de representaciones adecuadas para cualificar y significar la experiencia en toda su dimensión- e inquirimos por su origen, comprobamos que esta certeza proviene de su propio interior pero generalmente es adjudicada al otro mediante una proyección. (p. 118)

Cuando llega a terapia J.N. en reiteradas ocasiones repite que nadie puede entenderla porque la situación que esta viviendo es muy difícil de ser asimilada por otro que no se encuentre en su lugar, queriendo solamente hacer alusión a su incapacidad de simbolizar el hecho que ella misma está viviendo, de allí sus reiteradas menciones de no ser ella la culpable de lo que le pasa.

7.- Al relatar la escena en que la paciente junto a su madre esperan escondidas bajo la planta de limones, hasta que salga su padre con la mujer, J.N. manifiesta no entender la razón por la cual la madre se molesta a tal punto que cuando ve salir a su padre de la casa le empieza a arrojar objetos.

En la séptima sesión la paciente dice *ahora me doy cuenta porque venían todos esos recuerdos a mi mente, de cuando era pequeña y mi papá le engañaba a mi mamá y nosotras le íbamos a buscar, tal vez antes yo no entendía el dolor que mi mamá sentía cuando mi papá le estaba siendo infiel, y como no tenía idea ni siquiera de lo que estaba sucediendo cuando yo le veía a mi mamá arrojarle objetos o insultarle a mi padre no podía ligar lo uno con lo otro, pero ahora que a mí me está pasando algo parecido entiendo lo mal que mi mamá se sentía y como duele que te engañen.*

Es decir que, *el orden temporal que de ninguna manera se corresponde con el orden cronológico, es un orden “más elevado”; un tiempo que se irá ordenando tomando episodios del pasado que guardan relación con sucesos del presente y que el presente no se entendería sin ellos. Lo importante es encontrar aquellos significantes que sirven de nexos.* (Cap., 2, p.38).

8.- Cuando la paciente se encuentra a travesando por una situación con componentes similares a los que vivió su madre: salir en busca de su esposo, sospechas de infidelidad, puede llegar a comprender lo doloroso de las vivencias de su pasado pero que no por el hecho de que ella desmienta su existencia se pudiera hacer como si allí no existió nada. Por el contrario, solo al lograr este lazo puede abrirse un camino para procesar y elaborar lo sucedido. Vemos claras las dos escenas, el atormentado presente que vive la paciente al descubrir la infidelidad del esposo y la escena (primera cronológicamente y recuperada en la terapia) vivida en su infancia.

Es decir, que una situación traumática, también *nos brinda la oportunidad de que el presente pueda modificar el pasado y el sujeto pueda realizar un cambio en cada una de esas ineludibles vueltas de la repetición y su insistencia.* (Cap. 3, p.59).

9.- Es frecuente escuchar a la paciente ubicarse en el lugar de víctima al relatar su historia, en varias ocasiones dice no tener la culpa de lo que le está sucediendo. En este caso la victimización es una indemnización exigida, es decir, es solamente una búsqueda de amparo provocada por la vivencia de desamparo que experimenta el sujeto a causa de la experiencia traumática.

Es aquí en donde se hace evidente la introducción de lo que llamamos *el fenómeno de solidaridad, no es lo mismo la dinámica del trauma de "persona-contra-persona" es decir el trauma que ocurre en la familia de origen, ya sea ésta nuclear o extendida con el trauma que se produce por la ocurrencia de accidentes de todo tipo, de tránsito o domésticos, desastres naturales, catástrofes, terrorismo.* (Cap.1, p.19). Debido a que en este caso la paciente se siente desamparada ya que la falla en el proceso articulador se ha producido desde su niñez y no ha recibido un sostén por parte de su madre que le ayude a simbolizar lo vivido.

10.- Debido a que este hecho es difícil de elaborar para la paciente se evidencian en su historia ciertas conductas en donde hace su reaparición lo traumático, como por ejemplo en el alcohol, en la sexualidad como un intento fallido de significación.

Benyakar y Lezica (2005) De hecho, si el sujeto no puede articular los elementos representacionales y afectivos, no podrá siquiera, utilizar estos recursos extremos y quedará a merced del permanente retorno de esa falla en el procesamiento, retorno comandado tanto por el encuentro con una situación externa igual o decodificada como semejante como por una proveniente de lo interno (un recuerdo espontáneo, una fantasía que lo conduce a revivir la situación, un sueño, etc.). La base de ese retorno es la tendencia del psiquismo a reparar y transformar todo en elaborable. (p. 118)

11.- En la última sesión J.N. dice que le molesta el hecho de que su madre la compare con sus hermanos y le recuerde siempre los logros alcanzados por ellos. Pero es precisamente aquí en donde radica lo particular de la historia de la paciente, para ella su historia es muy distinta a la que vivieron sus hermanos a pesar de tener los mismos padres ya que su aparato psíquico no es capaz de sortear los obstáculos de su vida, lo olvidado y lo recordado sino que a hecho huella en ella y no es posible ser dejado en el pasado, sino que necesita ser trabajado.

Es por esta razón que se resalta que existen casos en los que *personas que aun viviendo en una misma casa o siendo parte de la misma familia tuvieron una realidad distinta* (Cap.1, p.22) y que *cada caso es un caso particular en la medida en que cada sujeto inventa una*

solución distinta al malestar que lo aqueja, a su síntoma (Cap.3, p. 42). Cada uno construye su realidad psíquica. Agreguemos que la madre de la paciente justificaba el hecho de que por ser la hija mayor debía acompañarla en sus pesquisas, la colocaba a su hija más en el lugar de aliada que de hija.

12.- La paciente al referirse a su hijo lo hace como si fuera su hermano, debido a que no asume la función materna, ni la responsabilidad que eso conlleva, se encuentra sumida todavía en el deseo de su madre sin lograr asumir su propio deseo y así tomar las riendas de su vida que le permitan trabajar en su historia.

Debemos tener presente que la enfermedad no inicia en la vida infantil del sujeto que ha reprimido un conflicto inconciliable, sino a partir de un conflicto ocurrido en su vida adulta que despierta un recuerdo que permanece oculto en el inconsciente, “el inicio de la enfermedad no es ubicado por Freud en la infancia y sus vivencias, aunque tampoco coincide con la aparición de los síntomas y los fenómenos observables clínicamente”. (Sanfelippo, 2012, p. 2).

13.- Como un intento de escapar al deseo materno existen dos momentos importantes en la vida de la paciente: el momento en el que contrae matrimonio con su actual pareja, al respecto dice, *la verdadera razón por la que se casó fue por salir de su casa y poder vivir su propia vida más no porque amaba a su pareja*. (Cap.3, p. 48), y el viaje que se encontraba planeando a Alemania.

Es así como *la paciente manifiesta que le gustaría poder tener ingresos económicos suficientes para arrendar un departamento y vivir independientemente con su hijo sin tener que rendirle cuentas a nadie de sus actos, este deseo no lo puede llevar a cabo porque el dinero que gana en su trabajo no es suficiente para solventar sus gastos*. (Cap.3, p. 50).

14.- Los roles y las funciones que cada miembro de la familia debería cumplir en este caso se encuentran diluidas, debido a que la mamá de la paciente a ubicado a su hija como una cómplice de sus aventuras en busca de su esposo, y la paciente ha delegado la crianza de su hijo a su madre ubicándose como la hermana del niño.

15.- Hasta el momento la paciente ha dado el primer paso ya que por efecto de su trabajo psíquico, y al acudir a la terapia, ha logrado encontrar un nexo entre lo que ha dicho en el espacio terapéutico y los recuerdos que le vienen a su mente y que antes eran imposibles de ser entendidos, y que ahora por el Nachträglich, con efecto retardado están tornándose entendibles para su consciencia.

Así como ha sido posible darse cuenta que la vida que llevaba hasta hace algunos años en la que iba con frecuencia a fiestas y se divertía en compañía de sus amigos no le ha ayudado en la actualidad a cumplir con ninguno de sus objetivos sino que por el contrario la ha perjudicado, comenta que *solía salir frecuentemente con sus amigos a fiestas o solamente a tomar licor y cuando esto pasaba ella tenía otra perspectiva de la vida, no se daba cuenta de que se podía hacer daño ni tampoco le importaba.*(Cap.3, p. 50).

Es decir que la experiencia misma quedó perdida pero la huella psíquica que se ha convertido en una inscripción permite el ordenamiento de los sitios posteriormente, “Para que alguien enferme, se precisa un tiempo anterior, el punto *cero* que genera las condiciones para que se establezca la serie de los momentos de la enfermedad. Ese punto cero es el que Freud considera la causa específica de la patología” (Sanfelippo, 2012, p. 2).

En las últimas sesiones la paciente logra darse cuenta que la relación que mantiene con su hijo es distante y que lo ignora en muchos momentos, por lo que se puede cuestionar acerca de esta relación y se siente descolocada.

Pero el recorrido que aun le falta por realizar es importante, recordemos como en el trauma se puede realizar el principio del placer, es decir, como ya nos advertía Ferenczi, “... en el trance traumático el niño tiene éxito en mantener la situación de ternura previa” (Ferenczi en Mészáros, 1933, p. 162), la ventaja es que se establece un nuevo equilibrio en el aparato así éste sea producto de un compromiso patógeno.

4.2. Presentación de las conclusiones del caso.

A continuación se presentan las impresiones, que como terapeuta, se tuvieron de la paciente debido a que son pertinentes en la exposición del caso y nos permiten tener un escenario más amplio del contexto en el que se desarrolló el trabajo terapéutico.

1.- Desde la primera sesión la señora J.N. se muestra como una persona puntual debido a que llega a la cita a la hora convenida y desde entonces cuando va a retrasarse por algún motivo, que solo ocurre en una ocasión, llama o avisa anticipadamente del porqué de su ausencia. Evidencia una urgencia por ser escuchada y encontrar algún sentido a su molestia.

2.- En la primera sesión, y en los encuentros posteriores, la paciente rompe en llanto frecuentemente en especial al relatar aspectos dolorosos de su historia, lo que nos muestra que la situación por la que se encuentra atravesando es arrasadora y la mantiene sumida en un estado de dolor como en el caso del trauma.

3.- La paciente en todo momento es responsable con la terapia, debido a que en ninguna ocasión falta injustificadamente o se ausenta en forma repentina, por el contrario avisa que no le va a ser posible llegar a la cita debido a que tiene algún compromiso que cumplir.

Debido a que advierte que existe la posibilidad de que realice un viaje al extranjero y que por ese motivo tenga que suspender el proceso no asiste al cierre del proceso terapéutico.

4.- En esta paciente es importante señalar su singular capacidad de insight⁵, debido a que después de la primera sesión, en repetidas ocasiones, logra traer recuerdos que le permiten asociar partes de su presente con su pasado y esto le permite dar un paso hacia adelante en la terapia. Algo que no es muy común en los pacientes, y que no depende de ninguna manera de lo que se conoce como inteligencia o nivel intelectual sino que está relacionado con lo subjetivo.

⁵ **Insight** (en alemán 'Einsicht'), y lo podríamos definir como 'la comprensión física global e inmediata de un evento'. <http://www.psicopedagogia.com/definicion/gestal>.

5.- En el discurso de la paciente se evidencia que sus sentimientos hacia la pareja son ambivalentes y a través de las diversas sesiones estos cambian y se modifican de acuerdo con las actitudes que tenga el señor M.C.

CONCLUSIONES

La pregunta guía del presente trabajo es, ¿Cómo se puede resignificar un trauma en un proceso psico-terapéutico?, después de haber elaborado los capítulos y subcapítulos que intentan dar respuesta a esta interrogante, las conclusiones extraídas son las siguientes:

- ✓ El abordaje de la Medicina y del Psicoanálisis son distintos, en el primero se privilegia el trabajo experimental en el cual lo importante es lo objetivo, mientras que para el discurso psicoanalítico lo esencial es lo subjetivo, allí donde emerge el sujeto.
- ✓ Tanto psicoanalistas, psicoterapeutas como agentes de la salud en general, tenemos un papel fundamental en la elaboración y protección del equilibrio subjetivo de una persona que está en permanente encuentro e intercambio con la realidad.
- ✓ Debemos tener en claro que los resultados en Psicoanálisis no se obtienen en la búsqueda de la verdad objetiva, sino al revivir experiencias traumáticas para después elaborarlas.
- ✓ Después de hacer un recorrido por los conceptos de: Nachträglich propuesto por Freud y Après-coup de Lacan, se concluye diciendo que la resignificación quiere decir darle un nuevo significado o sentido al presente en función del pasado. Representa la oportunidad de rehacer algo, una producción de significación que solo es posible en el espacio terapéutico.
- ✓ El “a posteriori” brinda la posibilidad del análisis, porque sin él no sería posible el trabajo anímico, esto quiere decir que no existe una historia oficial, una historia única, inmutable, que no sea capaz de ser resignificada y reescrita.
- ✓ No se puede juzgar el pasado solamente desde el presente, porque éste no determina una dirección necesaria pero crea condiciones de posibilidad y determina imposibilidades.

- ✓ Tengamos siempre presente la famosa idea freudiana de las cicatrices, ya que estas representan por una parte el testimonio y la limitación de la cura, como aquello que nos recuerda que por allí paso el trabajo terapéutico.
- ✓ El sujeto como tal, sufre un trauma constitutivo, la existencia misma del lenguaje, ya que desde que se convierte en ser hablante no le es posible acceder directamente al objeto causa de su deseo.
- ✓ Lo traumático es un componente de lo patológico más no todo fenómeno patológico derivará traumático.
- ✓ Para resignificar un trauma en un proceso psicoterapéutico se deben establecer condiciones necesarias para que circule la palabra y el sujeto pueda asumir la propia subjetividad, historizarse sólo a partir de un recuerdo compartido y comunicado.
- ✓ Los aspectos centrales del tratamiento entonces son: el sostenimiento de la transferencia, la palabra por su poder simbolizante y el papel fundamental que juega el terapeuta para direccionar el trabajo.
- ✓ Se debe tener claro que el terapeuta no pretende educar ni inculcar valores propios de ningún tipo al paciente y debe mantener siempre una discriminación de lugares con la finalidad de que el proceso avance y no se vea entorpecido por resistencias personales.
- ✓ Sólo se resignifica lo que es posible de ser resignificado, ya que no es posible representar todo lo inconsciente, recordemos que la incertidumbre y los enigmas constituyen el motor de trabajo de la pulsión en la vida anímica. No se trata simplemente de hacer consciente lo inconsciente sino de que el sujeto desarrolle la capacidad de articulación.
- ✓ En un proceso terapéutico no son los contenidos manifiestos lo que se elabora, sino el sentimiento de la propia vulnerabilidad, es decir darse cuenta que el psiquismo no puede procesar cualquier experiencia y que hay un límite para el psiquismo.

- ✓ En el curso del análisis la vivencia logrará, al fin, ser conformada, adquiriendo así una representación procesable.
- ✓ En el discurso del paciente se encuentran palabras, relatos, silencios que requieren de nosotros una operación clínica precisa y cuidadosa, que está sostenida en una producción teórica específica.
- ✓ El potencial reparador que posee lo traumático es que, a pesar de las atrocidades presentes en todo su relato ubica al sujeto en una posición distinta, posición humana con sus deseos y dignidades.
- ✓ El trauma al ser un enfrentamiento con el real que no puede ser elaborado, ni apalabrado implica el riesgo del sujeto psíquico de sucumbir al otro pero el cambio en la posición subjetiva como efecto del análisis permite asumir al otro en falta como producto del análisis y allí radica la diferencia.

RECOMENDACIONES

- ✓ Se debe tener en claro que es responsabilidad de los adultos proteger a los menores de situaciones que se pueden tornar traumáticas, teniendo en cuenta que los niños son sujetos en formación.
- ✓ Como profesionales dedicados a la salud psíquica nos encontramos llamados a cumplir una función educativa con adultos que tengan a su cargo niños para que estos sepan que hay situaciones como, violencia intrafamiliar, abuso, impudor, que pueden afectar al desarrollo del menor y que ellos tienen un papel fundamental en la elaboración y protección del equilibrio subjetivo de esa persona que se está construyendo.
- ✓ Si bien desde el Psicoanálisis no se puede anticipar con exactitud qué tipo de patologías pueden presentarse en el futuro, de todas formas existen situaciones elementales que se deben tener en cuenta y de las que van a depender la salud mental del sujeto, como por ejemplo respetar la construcción de la sexualidad infantil, la posibilidad de la palabra y la consecución del deseo.

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- Bentovim, A. (2000). *Sistemas organizados por traumas*. Buenos Aires: Paidós.
- Benyakar, M. y Lezica, A. (2005). *Lo traumático Clínica y paradoja*. Buenos Aires: Biblos.
- Bleichmar, S. (2005). *Clínica Psicoanalítica ante las catástrofes sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Braunstein, N. (2008). *Memoria y espanto o el recuerdo de infancia*. México: Siglo XXI.
- Chemama, R. y Vandermersch, B. (2004). *Diccionario del Psicoanálisis*. (2da.ed.). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Fenichel, O. (1996). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. (3ra. ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (2005). *Publicaciones pre psicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1899)*. Obras Completas, tomo I. [Versión Digital PDF]. (2da.ed.). Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2005). *Primeras publicaciones Psicoanalíticas 1893-1899*. Obras Completas, tomo III. [Versión Digital PDF]. (2da.ed.). Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2005). *Estudios sobre la histeria. (1893-1895)*. Obras Completas, tomo I. [Versión Digital PDF]. (2da.ed.). Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2005). *El delirio y los sueños en la «Gradiva» de W. Jensen, y otras obras (1906-1908)*. Obras Completas, tomo IX. [Versión Digital PDF]. (2da.ed.). Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2005). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. (1912)*. Obras Completas, tomo XII. [Versión Digital PDF]. (2da.ed.). Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2005). *Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II) (1914)*. Obras Completas, tomo XII. [Versión Digital PDF]. (2da.ed.). Argentina: Amorrortu Editores.

-Freud, S. (2005). *18ª Conferencia. La fijación al trauma, lo inconsciente 1916-17*. Obras Completas, tomo XVI. [Versión Digital PDF]. (2da.ed). Argentina: Amorrortu Editores.

-Freud, S. (2005). *Más allá del principio de placer 1920*. Obras Completas, tomo XVIII. [Versión Digital PDF]. (2da.ed.). Argentina: Amorrortu Editores.

-Freud, S. (2005). *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. (1925)*. Obras Completas, tomo XIX. [Versión Digital PDF]. (2da.ed.). Argentina: Amorrortu Editores.

-Freud, S. (2005). *Inhibición: síntoma y angustia 1926-25*. Obras Completas, tomo XX. [Versión Digital PDF]. (2da.ed.). Argentina: Amorrortu Editores.

-Freud, S. (2005). *Fragmentos de la correspondencia con Fliess. (1950 [1892-99])*. Obras Completas, tomo I. [Versión Digital PDF]. (2da.ed.). Argentina: Amorrortu Editores.

-Freud, S. (2005). *Proyecto de psicología. (1950 [1895])*. Obras Completas, tomo I. [Versión Digital PDF]. (2da.ed.). Argentina: Amorrortu Editores.

-Garma, A. (1974). *Psicoanálisis de los sueños. (5ta.ed.)*. Buenos Aires: Paidós.

-Gould, D. y Krane, V. (1992). The arousal-athletic performance relationship: current status and future directions. En T. Horn (ed.) *Advances in sport psychology*. Champaign: Human Kinetics.

-Lacan, J. (2006). Seminario 1. *Clase 15. El núcleo de la represión de Los escritos técnicos de Freud. 19 de Mayo de 1954*. [Versión Digital PDF]. Buenos Aires: Editorial Paidós

-Lacan, J. (2006). Seminario 3. *Clase 21. El punto de almohadillado. 6 de Junio de 1956*. [Versión Digital PDF]. Buenos Aires: Editorial Paidós.

-Lacan, J. (2006). Seminario 6. *Clase 1 del 12 de Noviembre de 1958*. [Versión Digital PDF]. Buenos Aires: Editorial Paidós.

-Lacan, J. (2006). Seminario 7. *Clase 6 De la Ley Moral. 23 de Diciembre de 1959. La ética del Psicoanálisis*. [Versión Digital PDF]. Buenos Aires: Paidós.

-Lacan, J. (2006). *Los escritos de Jacques Lacan. Posición del inconsciente en el congreso de Bonneval reanudada desde 1960 en 1964*. [Versión Digital PDF]. Buenos Aires: Editorial Paidós.

-Laplanche, J. y Pontalis, J. (1973). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

-Morrison, J. (2008). *DSM-IV Guía para el diagnóstico clínico*. México: El Manual Moderno.

-Sluchevski, I.F. (1963). *Enciclopedia de psicología: Psiquiatría*. (2da.ed) México, D.F: Grijalbo S.A.

-Valencia, C. (1998). *Accidentes, traumatismos, intoxicaciones*. (2da.ed) Quito-Ecuador: Programa Editorial de AFEME.

-Wainrib, B.R. y Bloch, E.L. (2003). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. España: Publicaciones Digitales S.A.

Revistas:

-Casas de Pereda, M. (2005). “El trauma y el inconciente”. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, num.100, pp1-11. Recuperado de http://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup100/100-casas.pdf. (Fecha de acceso: 14 de marzo de 2012)

-Cesio, S. (2002). “El trauma y su elaboración”. *Enigma Psi*. Recuperado de <http://www.enigmapsi.com.ar/jortrauma.html>. (Fecha de acceso: 23 de febrero de 2012)

-Gómez, M. (2006). “La cuestión de los “tiempos” y el problema del “autor” en el discurso Lacaniano”. *PSICOANÁLISIS, CIENCIA Y ÉPOCA*. núm. 4. Recuperado de <http://www.astrolabio.unc.edu.ar/articulos/psicoanalisis/articulos/gomez.php>. (Fecha de acceso: 10 de febrero de 2012)

-Mészáros, J. (2012). “Los pilares de la teoría contemporánea del trauma: El cambio de paradigma de Ferenczi. Temas de Psicoanálisis.” *Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis*, núm. 3, pp. 1-20. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/los-pilares-de-la-teoria-contemporanea-del-trauma-el-cambio-de-paradigma-de-ferenczi-1/>. (Fecha de acceso: 02 de marzo de 2012)

-Sanfelippo, L. (2012). “Dos críticas a los supuestos de las versiones canónicas sobre la teoría de la seducción”. *Historia viva*, pp. 5. Recuperado de <http://www.elsigma.com/historia-viva/dos-criticas-a-los-supuestos-de-las-versiones-canonicas-sobre-la-teoria-de-la-seducccion/12468>. (Fecha de acceso: 25 de octubre de 2012)

-Serra, M. (2007). “Algunas observaciones sobre la presentación de casos.” *L'aperiòdic virtual de la Secció Clínica de Barcelona*. Recuperado de <http://www.scb->

icf.net/nodus/contingut/article.php?art=261&autor=23&pub=3&rev=36. (Fecha de acceso: 01 de noviembre de 2012)

-Zukerfeld, R. (2010). *Lo Real como límite en Psicoanálisis*. Revista imago Agenda, núm. 139, pp.64. Recuperado de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1303>. (Fecha de acceso: 14 de marzo de 2012)

En Internet:

-Biografías y Vidas. *Emil Kraepelin*. Recuperado de <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/k/kraepelin.htm>. (Fecha de acceso: 14 de febrero de 2013)

-Definición de *gestal*. (n.d.) Recuperado de <http://www.psicopedagogia.com/definicion/gestal>. (Fecha de acceso: 14 de febrero de 2013)

-Faimberg, H. (2011). *Après-coup*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/60509254/cdt-68>. (Fecha de acceso: 17 de octubre de 2012)

-Gómez, C. (2008). *El cuerpo humano*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/4099659/EL-CUERPO-HUMANO>. (Fecha de acceso: 29 de octubre de 2012)

-Moya, G. (2010). *Jean-Martin Charcot (Biografía)*. Recuperado de <http://psicoterapeutas.eu/charcot/>. (Fecha de acceso: 14 de febrero de 2013)

-Ucha, F. (2012). *Definición de cuerpo*. Recuperado de <http://www.definicionabc.com/salud/cuerpo.php>. (Fecha de acceso: 29 de octubre de 2012)

-Valas, P. (1988). *El cuerpo en la biología, la medicina y el psicoanálisis*. Recuperado de http://www.valas.fr/IMG/pdf/CCCCCvalas_el_cuerpo.pdf. (Fecha de acceso: 30 de octubre de 2012)