



Doctorado en Psicología USAL

Decana de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la
USAL:

Prof. Dra. Gabriela Renault

Directora del Doctorado en Psicología USAL:

Prof. Dra. María Verónica Brasesco PhD.

Grupo de investigación en Psicoanálisis y/o Lo Disruptivo para el Doctorado en Psicología USAL

Director del Grupo de investigación:

Prof. Dr. Moty Benyakar MD. PhD.

Tesis:

**“La alteración del Principio de Singularidad en los
Abordajes Psicodinámicos, a partir de la
expresión -Situación Traumática-”**

Doctorando: Néstor D. Tamburini

Director de Tesis: Prof. Dra. Azucena Borelle

Fecha de presentación de Tesis: 23 de Mayo de 2016

Fecha de Defensa de Tesis: 15 de Julio de 2016, Buenos Aires -
Argentina

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
AGRADECIMIENTOS	5
PRÓLOGO.....	9
INTRODUCCIÓN	11
Postulado.....	11
Desarrollo de capítulos y ejemplos	17
Algunas consideraciones sobre la investigación.....	22
CAPÍTULO I.....	25
Estado actual del conocimiento.....	25
Ejes temáticos en cuestión	27
CAPITULO II	47
Antecedentes	47
CAPITULO III.....	63
Marco teórico	63
Un “Principio” posible desde la complejidad	65
La Confusión en relación al Trauma.....	78
Lo Disruptivo, el retorno de lo “Traumático” a la Subjetividad.....	88
Lo Disruptivo, cuatro destinos posibles en “Babel”	94
CAPÍTULO IV.....	107
MÉTODO.....	107
Diseño	107
Hipótesis.....	109
Objetivos	109
Instrumento de medición.....	110
Fundamentos metodológicos de la implementación de un film.....	119
La muestra.....	125
Alcances y limitaciones	125
CAPITULO V	126
Resultados, Análisis e Interpretación.....	126
Discusión.....	173
CONCLUSIONES	183
Transferibilidad y Propuestas.....	188
Transferencia.....	189
Glosario	191
Bibliografía	196

Dedicada a

Paula, Sol y Agustín

RESUMEN

El presente trabajo, es realizado dentro del Grupo de Investigación en Psicoanálisis y/o Lo Disruptivo, en el marco del Doctorado en Psicología de la Universidad del Salvador, Facultad de Psicología y Psicopedagogía.

Se origina a partir de la pregunta problema de la investigación, enunciada en los siguientes términos:

¿Qué efectos tiene en la praxis psicoanalítica, la confusión entre los planos fáctico y psíquico, puesta de manifiesto en la utilización de la expresión “Situación Traumática”?

La Hipótesis a investigar, refiere:

“El Principio de Singularidad inherente a la concepción psicodinámica de abordaje terapéutico, es contrariado por la confusión conceptual entre Trauma y Disrupción que presenta la expresión Situación Traumática”.

El objetivo general, busca dar cuenta de la pregunta problema formulada más arriba, y es el de investigar la confusión existente en los profesionales de la salud mental, entre los registros clínicos de aspectos FÁCTICO Y PSÍQUICO.

Se concluye que la confusión de ambos registros, (expresada en el uso de la expresión “Situación Traumática”, en el ámbito de la salud mental), contraría al principio de singularidad (inherente a la concepción psicodinámica) expropiándole al sujeto, una de sus cualidades de procesamiento psíquico: Lo Traumático, anticipando de modo general, su respuesta.

El presente trabajo, se enmarca dentro de una Investigación de diseño descriptivo con alcance explicativo y experimental. Propone la inclusión del concepto “Principio de Singularidad”, a partir de detectar la ausencia de especificidad del concepto “Singularidad” (en salud mental), sugiriendo una definición para éste.

El instrumento, consta de una encuesta con veintiséis preguntas autoadministrables. Se utiliza el film “Babel”, para su articulación con la encuesta.

Palabras clave:

FÁCTICO-PSÍQUICO-DISRUPTIVO-TRAUMÁTICO-PRINCIPIO-SINGULARIDAD-SUBJETIVIDAD-SITUACIÓN.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer es retribuir por un beneficio dado. En mi caso, nobleza obliga, mi primer agradecimiento es a quienes se constituyen como mi “Principio”, mi punto de partida: Helda y Héctor, mis padres. Hoy, están presentes en cada una de mis acciones, sobre todo en aquellas que no pienso. Ellos me han aportado la genética inicial para poder desarrollarme. Han colaborado en cada una de las etapas fundamentales de mi vida, y lo siguen haciendo en forma constante y silenciosa.

Me transmitieron aquello que hoy asumo propio, y aquello que he dejado a un lado por considerarlo no propio. A ellos mi primer y fuerte GRACIAS.

A mis hermanos, al primero que no conocí y que me legó nada menos que su nombre. A los que sí conozco y quiero profundamente; Marisa y Héctor. Gracias por acompañarme en mis primeros pasos y enseñarme a jugar y a luchar, fueron mis primeros maestros compañeros. A sus familias en Pilar y California, por hacerlos felices.

A Paula, mi segundo “Principio”. Creo que los seres humanos nacemos más de una vez, con seguridad en la vida terrenal. Mi nuevo nacimiento comienza con ella. Gracias por su apoyo continuo y su amor transformador. Por darle a mi vida una esencia y una trascendencia, mis Hijos, Sol y Agustín.

A ellos, por ser más allá de mi “Principio”, mi más allá de mí. Gracias por darme todos los motivos para querer transmitir y continuar aprendiendo.

A Susana y Ricardo, mis padres en “ley”, por educar y apoyar a Paula.

A toda la familia que no nombro, y tiene su impronta en mí.

A mis amigos de la vida: Fran y Sole, Fer y Vicky, y sus hijos. Son los afectos elegidos, los que no vinieron con la sangre, pero que le ponen sangre a la amistad, incondicionales compañeros de vida.

A Silvana Ciciarelli, por su apoyo durante veinte años ininterrumpidos como amiga, colega y compañera de trabajo. Gracias por animarse a confiar en mí, y bancar esta tesis de modo incondicional.

A Carlos Tewel, por su afecto cálido y honesto.

A Enrique Novelli, por su criolla compañía, firme y constante.

A Charo Maroño, por su humor y emoción.

A Gabi Goldstein, por su sofisticada amistad. A Diana Altavilla, por su constancia y colaboración constantes.

A Andrea Altman, amiga entrañable, inteligente, honesta y afectuosa, gracias por sus charlas, almuerzos y proyectos futuros.

A Cecilia Freire, por compartir a la distancia, la cercanía de su afecto y la lucidez de sus pensamientos.

A Vale Ricchieri y a todos los amigos y compañeros de las cohortes del Doctorado USAL/APA. Por transitar juntos estos cinco años de vida, con un objetivo común: entender qué es, una TESIS. Por las vivencias compartidas.

A todos los maestrandos, que miran al Doctorado como su meta, y a los que no también.

Gracias al Jurado, que lee y aporta su conocimiento, con profesionalismo y dedicación.

A mis Maestros y Analistas: GRACIAS, por escucharme, contenerme y acotarme.

Gracias a Eduardo P. Peña por acercarme a Lacan desde sus amplios conocimientos, y por ser “mi Maestro”.

A la Lic. Silvia Antoci, por enseñarme con afecto, de qué se trata el psicoanálisis.

A Julio Chiocchini, persona clave en mi desarrollo personal y profesional, por ser co-metabolizador, y transmisor del psicoanálisis que hoy practico.

A Mariela Colletti, por sus aportes hacia mi persona, en momentos difíciles.

Al Maestro Luis Hornstein, por compartir sus enseñanzas y su afecto conmigo, con la humildad que portan los Grandes.

Al Hospital Municipal Ciudad de Boulogne y sus Directores, por alentar mi crecimiento y por ser la casa en la que crezco cada día.

Un apartado especial, merece el Equipo de Salud Mental del Hospital de Boulogne, donde nací como psicólogo, crecí como hombre, y al que hoy tengo el orgullo y honor de conducir.

A todos y cada uno de sus integrantes, a los que pasaron, a los que permanecen y a los que vendrán. Crecemos, aprendemos y nos acompañamos cada día. Por la atención y las críticas que me ayudan a crecer, por entender que el Jefe está para ser cuestionado y no, halagado.

Gracias a: Marta Boero, Susana Dominguez, Rosa García, Marcela Ledonne, Romina Vanelli, Mara Segovia, Patricia Cabo, Belén Sinner, Esther Salgado, Paula Müller, Silvina Gilardoni, Mariela Vincelli, Rosario Silveryra, Paula Salvatore, Mariana Guerrero, Daniela Fogliarino, Ángeles De Salvo, Florencia Montemarani, Paulette Lardet, y Ruth Guitz, por ser las que hoy sostienen la identidad (junto con los que ya no están), de UN EQUIPO. Mi dedicación especial en su nombre, a todos los que trabajan ad-honorem, cubriendo los agujeros de un sistema enfermo, que no tiene conciencia de enfermedad.

Gracias a todos los pacientes que confían en mí, y me escuchan escuchando-se. Gracias por creer que el análisis personal y grupal es posible.

Gracias a la Asociación Psicoanalítica Argentina, por estos veinte años de formación, y por considerarme casi como un hijo legítimo, a pesar de no “pertenerle”. A la Dra. Leticia Gloser y al Dr. Abel Fainstein, por su apoyo y afecto.

Al Dr. Eduardo Drucaroff, por su trabajo en equipo y su acompañamiento en lo laboral y personal, en calidad de amigo.

Al Dr. Rafael Groisman, por su continuidad en la tarea Hospitalaria conjunta y su apoyo al psicoanálisis hospitalario.

A mi equipo de asistentes en la investigación:

Romina Vanelli, Mara Segovia y Belén Sinner, GRACIAS! Por animarse a acompañarme en un camino oscuro para mí, y por las luces que aportan. Luces personales, que marcan mi vida, sin dudas.

A la Lic. Verónica Brizzi, colaboradora en la Tesis.

A la Decana de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador; Dra. Gabriela Renault, por su continuo y siempre presente afecto como colega y docente.

A la Dra. Verónica Brasesco, intensa investigadora que transmite con claridad y precisión, sus conocimientos de forma amena. Gracias por su soporte continuo.

A la Dra. Graciela Pérez, por su amabilidad y buena disposición.

A todos y cada uno de los docentes que acompañaron en el Doctorado, desde sus seminarios.

A la Dra. Kohan Cortada por el aporte de datos.

A mi Directora de Tesis, la Profesora y Dra. Azucena Borelle. Maestra, optimista, incansable trabajadora, de un nivel teórico y humano inmensos. Gracias

por el compromiso cotidiano y por ser una nueva Luz en mi camino teórico y personal.

Al Profesor y Dr. Moty Benyakar. GRACIAS mayúsculas por presentarme “Disruptivamente” nuevos conceptos que transforman mi modo de hacer y entender la clínica.

Uno de ellos es la palabra “Mentor”. Nuevo término que comencé a utilizar al tiempo de conocerlo. Su origen se remonta a la Grecia Antigua. Su efecto y afecto llegan a la Argentina de su mano. Mentor, significa “Guía”, “Maestro”. Hoy le agrego algunas acepciones personales: “Amigo”, y “Compañero” en la “Práctica”, presente en momentos personales más allá de la “Teoría”. Gracias por caminar juntos estos cinco años, haciendo teoría y práctica en equipo. La noción de lo Disruptivo en su arista más vital y productiva, ya es verdad introyectada en mí.

GRACIAS a la Vida, que me ha dado tanto.

PRÓLOGO

La necesidad de delimitar, definir, diferenciar, discriminar es un efecto directo de la supremacía del significante sobre el significado. El lenguaje es equívoco y por ello debemos esclarecer en cada momento lo que queremos decir. Nuestro interlocutor puede dar distintas significaciones a nuestras alocuciones y nos vemos obligados a conducirlo, en ocasiones trabajosamente, a la significación que nos proponemos transmitir.

En el ámbito científico, las definiciones construyen el objeto teórico y a partir de tales definiciones se edifican las premisas básicas que serán el andamiaje de los desarrollos que culminan en formulaciones explicativas.

En el caso particular de la tesis que se presenta a continuación, el intento de rigORIZAR los términos a partir de los cuales se han construido diversas teorías explicativas de lo traumático, constituye un trabajo deconstrutivo que apunta a devolverle al trauma el sentido original que Freud le otorgó y que M. Benyakar supo distinguir claramente del concepto de lo disruptivo.

Tal emprendimiento solo es posible a partir de un recorrido minucioso por el discurso que circula en el ámbito profesional y su entrecruzamiento con el discurso popular, epocal que le da contexto o en el que vierte su saber.

La posibilidad de utilizar un film que, como pretexto, sirviera para poner en evidencia los sentidos diversos con los que se maneja nuestra comunidad científica a la hora de utilizar terminología técnica, constituyen una estrategia metodológica cuya riqueza queda plasmada en los resultados que el doctorando logra sistematizar con especial pericia dejando al descubierto las contradicciones con que sostenemos nuestra praxis muy a nuestro pesar.

El trabajo de compartir, en calidad de Director una producción de tesis constituye una experiencia paradójica por la cual el “Director” es “dirigido” a tomar contacto con una temática, sumergirse en ella y aprender aquello de lo cual el verdadero experto es el tesista. Agradezco por ello la oportunidad que se me ha conferido y a través de la cual un nuevo interrogante germina en mi horizonte profesional, quizá como una primera transferencia de conocimiento de la que puede hacer gala este trabajo. A esto se suma el privilegio de haber recibido en todo

momento la mirada atenta de quien fuera el principal referente de los desarrollos relativos a “Lo Disruptivo”, el Dr. Moty Benyakar, que con espíritu docente aportó las sugerencias y matices que permitieron realzar los planteos que el doctorando ha plasmado en las páginas que siguen.

Azucena Borelle

INTRODUCCIÓN

*“Yo escribo para continuar mi formación analítica:
para cercar mejor y profundizar mis interrogantes,
para conocer aquello que pensaron otros
acerca de interrogantes parecidos a los míos y, tal vez,
para aportar lo todavía no pensado”.*

Luis Hornstein, Las encrucijadas actuales del Psicoanálisis.

Postulado

El presente trabajo de tesis, postula que:

“La expresión Situación Traumática, presenta una confusión conceptual entre Trauma y Disrupción, que contraría el Principio de Singularidad, inherente a la concepción psicodinámica de abordaje terapéutico.”

Parte del supuesto que la vulgarización de términos técnicos como el de “Trauma”, extendido por el papel hegemónico de los diagnósticos descriptivos, (de los cuales el DSM es paradigmático), no se lleva a cabo sin consecuencias y que tras la indiscriminación de la expresión “Situación Traumática” o similares (acontecimiento, suceso o evento traumático), subyace una diferencia epistemológica, que surge de la confusión entre: “Traumático” y “Disruptivo”. Ésta se constituye como tema central de modelos psicológicos bien diferenciados.

Dicha confusión, da lugar a la pregunta problema que motiva la presente Investigación:

¿Qué efectos tiene en la praxis de la clínica psicoanalítica, la confusión entre los planos fáctico y psíquico, puesta de manifiesto en la utilización de la expresión “Situación Traumática”?

La contradicción al Principio de Singularidad pretendido en los abordajes psicodinámicos, se constituye uno de los ejes centrales de este trabajo, a partir de la inclusión del concepto “Disruptivo” (Benyakar, 2006), con el objeto de restituir “Lo Traumático”, al plano psíquico, subjetivo.

Creemos que la utilización de la expresión “Situación Traumática”, estimula la distorsión perceptual de lo singular junto con la producción de subjetividad, a partir de la expropiación de un concepto cualitativamente psíquico (Lo Traumático), adjudicado a los fenómenos fácticos.

Tanto profesionales de la salud mental, como pacientes, utilizan repetidamente dicha expresión, ratificando que los eventos, poseen cualidades psíquicas (como “Lo traumático”) en sí mismos.

Esta convicción, provocada por efecto mecánico y repetitivo de asociación de palabras, se consolida como un “error sordo¹”, ej: *“La muerte del perro, fue una situación muy Traumática, murió ahogado en la piscina que la familia terminaba de construir...”*, alterando la singularidad de los sujetos al punto de considerar que tales “situaciones (equivocadamente) traumáticas”, deben hacer surgir conductas y sentimientos acordes. De aquí también se infieren modalidades de abordajes, según la magnitud que causa el impacto del evento. Se origina así la clínica de lo previsible, por encima de la clínica del devenir.

El modelo psicodinámico de abordaje terapéutico, se caracteriza por privilegiar el modo singular en que los sujetos despliegan la subjetividad. La noción de “sujeto” del, y en el inconsciente se complementa con el abordaje de lo singular, diferenciándose de las terapias que hacen foco en el “sujeto” de la conciencia, sus conductas y sistemas de pensamientos y creencias.

El enfoque epistemológico de este trabajo contempla la Teoría de la Complejidad (E. Morín) y asume que la “Singularidad” es el núcleo determinante de las configuraciones subjetivas y se constituye como “punto de partida” fundante de la praxis clínica psicoanalítica en Salud Mental. “Principio” implícito en la epistemología de los abordajes psicodinámicos y que esta tesis, pretende inaugurar como problemática que subyace a la praxis, para ser desarrollada en futuras investigaciones. Este trabajo, plantea la inespecificidad conceptual del concepto “Singularidad” en relación al uso y a su lugar central en la teoría psicoanalítica y pretende jerarquizarlo como “Principio de Singularidad”.

¹ Concepto propuesto por esta tesis para denominar a las expresiones conceptuales, que dentro de un lenguaje técnico portan un sentido erróneo, que por repetición masiva se torna implícito y consensuado. Ej: “Situación Traumática”.

El presente trabajo de investigación, transcurre por dos carriles que se orientan en un mismo sentido:

-La constatación a través de un trabajo de campo, de un error conceptual reconocido teóricamente, que sin embargo carece de rectificación en la práctica. Nos referimos aquí a la utilización del concepto "Trauma", asignado como cualidad de lo "Fáctico", de los eventos. Su exclusión, del registro subjetivo, psíquico como una de los posibles destinos de los impactos disruptivos, es la marca esencial de la confusión.

-La propuesta de asignar la categoría de "Principio", al concepto "Singularidad", como punto de partida de los abordajes psicodinámicos, otorgándole una connotación específica.

El hacer con y desde la subjetividad (dinámicamente cambiante), ese minúsculo punto en el entramado subjetivo que determina un modo, distinto en cada sujeto, es el que esta tesis propone como "Singularidad".

Un breve recorrido autobiográfico y Singular

Nací en 1969, en la localidad de Morón, provincia de Buenos Aires, Argentina, en el seno de una familia de clase media trabajadora, con ancestros italianos y dos hermanos mayores: Marisa y Héctor.

El valor asignado a "la palabra", como garantía de las acciones prometidas, fue eje en la educación que recibí, junto con el valor por el orden, el respeto y la expectativa de excelencia. Tanto Héctor como Helda, mis padres, mi "principio", mantenían constante a través de los años la idea que los hijos, debían superar a los padres.

Ese paradigma o mandato, guió mi vida con cierto plus de auto-exigencia, que operó como motor y obstáculo al mismo tiempo.

Sin notarlo, fui desarrollando la capacidad de perseverar en mis objetivos, que junto con el soporte de más de veinte años de análisis personal, se fueron transformando de un síntoma posible, a una virtud tangible, algunas veces difícil de compatibilizar con los otros.

La palabra se fue convirtiendo en una fuente de transmisión de emociones inagotables, que me permitía recorrer los caminos más oscuros e inquietantes del alma, como también de agradecer inacabadamente, por estar vivo.

Ser consecuente con la deuda de la vida, respecto de aquellos que no lo logran en sus intentos más esforzados, me orientó hacia el interés por la psicología.

En cuarto año del colegio secundario, Bachillerato con Orientación Docente, re-descubrí mi vocación por entender cómo las palabras, modificaban estados de ánimo y cambios profundos en el modo de pensar el hecho de estar vivos y relacionarnos.

El interés por comprender algo tan complejo como el deseo humano, ha encontrado un camino posible en el estudio de la psique, y su complemento en la realización de un trabajo de investigación con las cualidades que brinda la pertenencia a un grupo de investigación sobre "Lo Disruptivo". Desde un enfoque psicoanalítico, en una articulación novedosa y prometedora la Asociación Psicoanalítica Argentina (A.P.A.) y la Universidad del Salvador U.S.A.L., con el impulso del Dr. Benyakar, lograron conformar el Grupo de Investigación en Psicoanálisis y/o lo Disruptivo, del Doctorado en Psicología de la USAL.

Estudí psicología, en la Universidad de Buenos Aires, allí leí numerosa cantidad de textos que abordaban con precisión las cuestiones del lenguaje - semiología y análisis del discurso-, con fuerte raigambre psicoanalítica.

Al concluir la formación de grado, realicé la especialidad como Sexólogo Clínico estudiando la "Sexualidad humana", guiado por Autores como Masters y Johnson, Kaplan H.S., en el Centro de Terapia e Investigación en Sexualidad Humana C.E.T.I.S., dirigido por el Dr. Gindín, R.

Para ese entonces (1998), ya hacía dos años que realizaba mi concurrencia como psicólogo clínico, en dos Hospitales del conurbano bonaerense; el Interzonal Gral. de Agudos Prof.Dr. Luis Güemes de Haedo, provincial y el Municipal Ciudad de Boulogne, en el que actualmente (desde hace ya veinte años) me desempeño como psicólogo clínico, y casi diez como Jefe de Servicio de Salud Mental y Director de las Pasantías Teórico - Practicas en Psicoanálisis, en convenio con el Centro Racker (A.P.A.)

Dos Servicios de Salud Mental con diferencias significativas; el primero dirigido por un Psiquiatra, psicoanalista formado en A.P.De.B.A. El segundo, por una psicóloga, con formación psicoanalítica.

El atravesamiento político-ideológico, en las instituciones, es un factor clave para el desarrollo de las áreas de trabajo, que define un rasgo idiosincrásico de nuestro país.

Las reuniones de equipo, en el Hospital de Haedo, permitían ver estas diferencias aparentemente inconciliables, entre psicólogos y psiquiatras.

En el plantel de Salud Mental de Boulogne, no había psiquiatras. La hegemonía de psicólogos, en un Hospital médico general de agudos, no resultaba sin fricciones a la hora de actuar.

En el Hospital de Boulogne (1996), se observaba un grupo altamente cohesionado, dirigido por una Psicóloga psicoanalista, y conformado por psicólogos y psicopedagogos. En su mayoría, exceptuando la jefatura, todos desempeñaban la clínica, de forma ad-honorem, con esperanzas de lograr una renta.

El plantel de psiquiatría, actuaba desde otro hospital cabecera del municipio de San Isidro, sin relación directa con la Jefatura de psicología.

Otra realidad que se presentaba con diferencias sustanciales; la división entre un sistema de salud en la Provincia de Buenos Aires con otro perteneciente a un municipio de la misma.

En el contexto de hospitales, junto con el soporte de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), transcurre mi formación hasta la actualidad.

El primer obstáculo que encontré a nivel de formación, fue el de estar interesado en dos líneas con marcos teóricos bien diferentes.

Un abordaje fenomenológico de un aspecto humano, propuesto por la sexología, centrado en lo disfuncional de los aparatos genitales de ambos géneros. Su meta; el éxito terapéutico basado en la supresión del síntoma y el aprendizaje de modelos cognitivos para re-acondicionar la respuesta sexual.

Por otra parte, la formación psicoanalítica, cuya meta era la "no meta", el modelo de escucha basado en la atención flotante para el analista, y la asociación libre para el paciente. La regla de abstinencia y neutralidad, fundadas en no ceder a la demanda del sujeto, para posibilitar su despliegue en él. Corrido del centro; el síntoma y su resolución, la cura estaba centrada en la "rectificación de la posición subjetiva".

Una formación en tensión, que me conducía a la toma de posición...¿pero debía ser entre una u otra? o ¿existiría modo alguno de conciliar? ¿Todo consultante demanda análisis?, ¿Sólo desde la concepción positivista de la sexología se pueden abordar eficazmente, las disfunciones sexuales? ¿Sólo desde el modelo psicoanalítico es válido entender la sexualidad de las personas?

Años de análisis ayudaron a que pudiera integrar el camino que mi padre me había transmitido; “escuchar con la paciencia que requiere la diferencia”, para así conciliar y poder avanzar, manteniendo como eje la “Singularidad”.

Las instancias psíquicas entran en conflicto y en el mejor de los casos, se producen síntomas que, con el auxilio de un co-metabolizador, (alguien que escuche la demanda oculta en el pedido, el deseo implícito en el anhelo), pueda contribuir a que un sujeto, logre transformar en parte de sí aquello que lo esclaviza.

En mi práctica clínica (tanto pública como privada), advierto la escisión entre lo físico y lo psíquico, lo médico y lo psicológico, como un hecho que no contribuye al trabajo transdisciplinario, sino más bien a una especie de “interdisciplina” en la cual, la parte más productiva del encuentro entre los profesionales, es la que está ausente. Ante éste problema, entiendo que los reduccionismos conceptuales, no acercan posiciones ni producen sentidos nuevos, sino que aplanan las diferencias a fin de que lo complejo parezca simple, en oposición al estereotipo construido por algunos psicoanalistas, que tornan complejo lo simple.

El presente trabajo de investigación aborda conceptos, precisándolos, con el fin de recuperar la “excelencia” que el profesional de la salud mental, le debe al sujeto padeciente.

Las fronteras que separan las áreas de especificidad profesional, comienzan su recorrido que va desde; la formación académica de psicólogos y médicos, y se extiende hasta los actos en la praxis misma. La dificultad de los profesionales de la salud para generar un campo de debate y creación de conceptos comunes, provenientes de distintas áreas es un obstáculo cada vez mayor.

En esa brecha de desencuentros y confusión parecen surgir categorías globales de diagnósticos que interfieren con la singularidad del sujeto, a fin de establecer un lenguaje de códigos que los albergue en un paraguas categorial, antecediendo a la torre de Babel; una sola lengua, un solo significado.

Desarrollo de capítulos y ejemplos

El capítulo I, “**Estado actual del conocimiento**”, remite al proceso de búsqueda realizado, durante la investigación, en calidad de libros, revistas científicas, ponencias en Congresos e Investigaciones Científicas, relacionados directa o indirectamente con la temática aquí investigada. Se pretende detectar si la hipótesis y el campo de desarrollo que ésta supone, ya han sido desarrollados e investigados empíricamente, alcanzando el estatuto científico requerido.

La búsqueda se realiza en torno a trabajos que parten de modelos epistemológicos diferentes, y también dentro del campo psicoanalítico, desde el año 1992 a la fecha.

Los resultados de ésta fueron agrupados bajo los siguientes ejes:

A) Los que consideran a los eventos como traumáticos, siguiendo el modelo que plantea el DSM.

B) Los que realizan cierto cuestionamiento al DSM por contrariar el principio de singularidad en el diagnóstico Trastorno por Estrés PostTraumático - TEPT -, pero sin embargo continúan utilizando expresiones tales como “Situación Traumática”.

C) Aquellos autores que postulan que las situaciones no son traumáticas, y hacen una distinción entre lo que es “Fáctico” y lo que es “Psíquico”.

D) Los que son relevantes en relación a “Confusiones conceptuales en Psicología”, por considerarse a esta temática como columna vertebral de la presente investigación.

Abundan temáticas que presentan concordancia con algunos de los planteos centrales de la presente tesis, aunque en ninguna de ellas se han encontrado trabajos científicos que se refieran de manera directa a la problemática aquí planteada refutándola o validándola.

En el capítulo II “**Antecedentes**”, se ha incluido a los autores más relevantes para esta tesis tomando como eje de la selección a, aquellos que han teorizado sobre los conceptos aquí desarrollados.

Se incluyen también, autores contemporáneos, como Benyakar, M. y López Ibor, por considerarlos antecedentes dinámicamente contemporáneos, en tanto continúan ampliando sus desarrollos.

Se realiza una reseña histórica de las clasificaciones en salud mental, a los fines de enmarcar la problemática planteada en este trabajo llegando hasta el manual de referencia diagnóstica DSM.

Se cita a los autores del campo psicoanalítico, relevantes para ésta temática específica (léase: relación entre la expresión “*situación traumática*” y su contrariedad al “*Principio de singularidad*”, en el campo de la Salud Mental).

Los escritos de Benyakar, figuran como textos claves para la investigación. Sólo se enuncian en este apartado, para luego desarrollarlos con profundidad, en el capítulo “Marco Teórico” y hacer referencia a una Investigación que se torna representativa sobre “Confusión conceptual en Psicología”.

El capítulo III “**Marco Teórico**”, presenta y desarrolla los conceptos pertenecientes al corpus teórico de Moty Benyakar, y a los autores en los que éste se basa, para desplegar el modelo conceptual sobre “Lo Disruptivo y Lo Traumático”.

Contempla el enfoque epistemológico, desde la teoría de la complejidad (Edgard Morín), definiendo allí el significado del concepto “complexus”, partiendo de la premisa que lo complejo no puede ser resuelto desde lo simple.

La revisión que Benyakar hace de la obra freudiana, permite extender sus márgenes proponiendo la inclusión de un nuevo concepto: “Lo Disruptivo”, el cual restituye a “Lo traumático” su cualidad propia, en tanto producto psíquico.

En sus escritos, el autor destaca el histórico error conceptual asignado a lo traumático, desde Freud y sus contemporáneos hasta el DSM.

En este capítulo, se propone y fundamenta el “Principio de Singularidad” (inherente a los abordajes psicodinámicos) implícito, que se explicita a partir de esta tesis.

En el apartado titulado “*Un Principio posible desde la complejidad*”, se aborda la cuestión de la subjetividad y su producción, en relación con el concepto de Singularidad.

Luego se propone una definición del mismo concepto, y su categorización en tanto: “Principio de Singularidad”.

El recorrido por definiciones conceptuales tales como: evento, suceso, acontecimiento y situación, es utilizado para aportar al lector, la riqueza del lenguaje, con sus ambigüedades y el margen para construir nuevos conceptos.

Se toma en cuenta a autores como: Luis Hornstein, Silvia Bleichmar, Ignacio Barreira y González Rey, entre otros.

La confusión del concepto de Trauma, realza la problemática en torno a la singularidad que se hace presente en la expresión "Situación Traumática", y revisita las distintas definiciones de "Trauma", poniendo el foco en los desarrollos de Benyakar.

A partir del Film "Babel", elegido como recurso clínico para la confección de la encuesta, se presentan Cuatro destinos psíquicos posibles, para un fenómeno "Disruptivo", que ocurre en la película.

El capítulo IV "**Método**", se divide en los subsiguientes sub-ítems:

-Diseño: parte de la pregunta problema de la Investigación, plantea el postulado central, y luego enmarca al trabajo de tesis desde el modelo de matriz epistemo-cognitiva propuesto por el Dr. López Alonso, correspondiente a las situaciones "2, Hipótesis de trabajo" y "3, Situación Abierta de Hipótesis Ad-Hoc".

-Hipótesis y Objetivos: tal cual lo especifica su nombre, enuncia que "El principio de singularidad inherente a la concepción psicodinámica de abordaje terapéutico, es contrariado por la confusión conceptual entre "Trauma y Disrupción", que presenta la expresión "Situación Traumática".

El Objetivo general y los específicos, investigan, exploran, indagan y analizan distintos tópicos relativos a la investigación, tales como:

Confusión entre fáctico y psíquico, los modos en los que utilizan la expresión "situación traumática", las teorías implícitas acerca del concepto "trauma", las expresiones que homologan trauma a evento y las concepciones respecto al principio de singularidad, en los profesionales de la salud mental.

-Instrumento de Medición: describe el tipo de encuesta utilizada: autoadministrable, con preguntas polimodales y univariadas, más un cuadro de selección obligatoria. Describe el pre-testeo que se realizó, a modo de cine-debate,

en el Hospital Municipal Ciudad de Boulogne, y los cambios que se hicieron en la encuesta luego de éste.

Detalla también, los ejes de análisis y su relación con los bloques en los que se avalan las preguntas.

-Fundamentos Metodológicos de la implementación de un film: presenta la película elegida: “Babel”. Argumenta desde autores como Aldo Merlino, J.J.M Fariña y otros, por qué un film se torna relevante como herramienta en una investigación cualitativa.

-La muestra: treinta encuestados, conformados por profesionales de la salud mental; psicólogos, psicopedagogos y psiquiatras, con diferentes marcos teóricos, ejerciendo su praxis en distintos continentes, en ámbito público y privado.

-Alcances y limitaciones: explica la disparidad de profesionales, y el sesgo que representa para la investigación, como punto vulnerable de ésta tesis. A partir de ella, se proyecta la continuación de la investigación, hasta parificar el número de profesionales, en futuros trabajos.

-En el capítulo V, se muestran los **Resultados, análisis e interpretación:** reúne los datos cuantitativos arrojados por el análisis del programa SPSS, junto con el análisis cualitativo de cada ítem.

-Discusión: este ítem, pone de relieve las contradicciones y nuevos problemas a partir del entrecruzamiento de preguntas y encuestas. Separa las categorías de la discusión, según:

- a) Filiación profesional, citando ejemplos de respuestas.
- b) Acerca de lo traumático y lo disruptivo, con sus especificidades
- c) Acerca de la singularidad
- d) Acerca de lo fáctico y lo psíquico.

-Conclusiones: en este apartado, se ratifica la Hipótesis planteada en la investigación, y se re-afirma la necesidad de plantear el “Principio de Singularidad”, con la definición precisa de ambos conceptos; Singularidad y Principio.

-Transferibilidad y Propuestas: esgrime la pretensión de la tesis, respecto de crear conciencia en los profesionales de la salud mental acerca de las incongruencias que sostienen tácitamente, en torno a los conceptos de “Situación Traumática”, “Fáctico y Psíquico”.

Advierte sobre los obstáculos actuales de la práctica psicoanalítica en la institución hospitalaria, y la necesidad de precisar conceptos. Propone la implementación del concepto “Principio de Singularidad”.

Destaca la posibilidad de transferencia de esta tesis, a campos tales como:

- a) Psicología Forense
- b) Docencia
- c) Salud Mental
- d) Medicina
- e) Enfermería
- f) Terapia ocupacional
- g) Terapia Intensiva
- h) Psicopedagogía
- i) Asistentes sociales
- j) Fuerzas de salvataje
- k) Agentes comunitarios

-Glosario: se han seleccionado sólo los términos que presentan cualidades técnicas específicas. Se sugiere su consulta, en la página 184 al momento de leer el capítulo “Marco Teórico”, ya que en éste se presentan conceptos desarrollados por autores clásicos, y otros, propuestos por el doctorando en el presente trabajo.

-Anexo: se incluyen en este apartado;

-Consentimiento informado

-Encuesta modelo

-Sinópsis del film, realizada por su Director.

Algunas consideraciones sobre la investigación

Un aspecto importante del trabajo del profesional de la salud mental, es que la palabra sirva para producir nuevos sentidos, ampliar el conocimiento del mundo, y por ende de sí.

Sin embargo, se observa en los tiempos actuales, un fenómeno de globalización conceptual presidido por palabras "patrones" con valor de código más que de significante, tendientes a anquilosar sentidos.

Asistimos con cierta pasividad y complicidad, a un tiempo de confusión conceptual y desvalorización diagnóstica, con una fe sedienta de etiquetas "bautismales" (Tamburini, 2015)

La referencia a lo bautismal, implica no sólo la capacidad de los diagnósticos actuales de asignar un nombre basado en comportamientos, sino también de dar una nueva pertenencia a la cultura de la indiferenciación, en la cual cada vez más personas portan el mismo diagnóstico que, además encuentra su ratificación en la red virtual y en los medios audiovisuales actuales; cine y televisión.

La correspondencia entre los diagnósticos categoriales y las drogas genéricas aliviadoras de éstos, junto con la tendencia a la viralización de terminología técnica (conceptos) vaciados de contenido, arquetipos de conductas y reacciones exacerbadas (ej.: bipolar para cambios del estado de ánimo, depresión para estados de tristeza, pánico para sensaciones de temor y traumático para cualificar eventos) constituyen junto con el desfase entre teoría y práctica clínica, uno de los temas adyacentes de esta tesis.

Entre el lenguaje popular y el lenguaje técnico de las diferentes disciplinas existen discontinuidades producidas por la investigación y el conocimiento específico de las áreas de interés. Éste fenómeno, provoca que quienes se especializan en temáticas específicas de conocimiento, utilicen palabras como conceptos a diferencia de las palabras como representaciones sociales, inmersas en el lenguaje de los legos.

Es conocido que el concepto de "Sexualidad" (a modo de ejemplo), adquiere distintas significaciones, si se trata del lenguaje popular o si se trata del lenguaje técnico del psicoanálisis, o podría ser algo diferente si se tratara de estudios realizados por la sexología.

En el caso de la expresión "Situación Traumática", hay un consenso tanto del lenguaje técnico como popular, en asignar una cualidad psíquica "Lo

Traumático”, a un evento fáctico, despojando al sujeto de uno de los componentes de su subjetividad.

En la clínica hospitalaria, es común recibir solicitudes de Interconsulta en papeles que expresan diagnósticos codificados en base al DSM.

Esos códigos, refieren a clasificaciones, que incluyen expresiones como; “Situación Traumática” por A.S.I (Abuso sexual infantil).

La tendencia, es que en el caso del diagnóstico; Trastorno de Estrés Pos Traumático -T.E.P.T.-, el profesional de la salud, observa y escucha al damnificado, confundiendo lo impactante de un evento “X”, con las vivencias del sujeto.

La magnitud asignada al evento, con la cualidad de “traumático”, despoja al psicoanalista, de la oportunidad de develar conjuntamente con su paciente, el enigma único del procesamiento psíquico, el cual podría dar cuenta de un destino, no necesariamente “traumático”.

Lo traumático, como un destino posible del procesamiento psíquico alterado, desarticulado, se atribuye erróneamente en esta expresión al evento fáctico, confundiéndolo con la vivencia del sujeto.

Según la definición de la Real Academia Española, “situar”: es el accionar y las consecuencias de situar o situarse (colocar a una persona o a una cosa en un cierto lugar). También se utiliza para nombrar la forma en la que se dispone algo en un determinado espacio.

El método psicoanalítico, como los demás abordajes psicodinámicos, se caracterizan, entre otras cosas por contribuir a apuntalar la subjetividad de las personas, lo singular que la configura.

A pesar de ser claras las diferencias con la psiquiatría clásica y las corrientes psicológicas positivistas, el psicoanálisis en interacción con la cultura que nos habita, está condicionado. En los ámbitos institucionales (Salud pública y Justicia) se expresan los diagnósticos en base al Manual DSM. Un decreto implícito, promueve el a priori de “ser” requisito consensuado, sin hallarse escrito alguno que lo atestigüe.

Este hecho, provoca controversias que son motivo de debate en Congresos Internacionales. Sin embargo, respecto de algunas cuestiones, este manual ha logrado reforzar el uso de expresiones que se han expandido de modo viral en el discurso social, y que han sido utilizadas incluso con anterioridad por Freud, quien comenzó utilizándolas para designar como “Situación Traumática” a

aquello que desde lo externo, impactaba en el psiquismo desestabilizándolo (Benyakar & Lezica, 2005).

Si bien el DSMV, se refiere a “Sucesos Traumáticos”, el uso popular en nuestro país, utiliza la expresión: “Situación” como sinónimo de “Suceso”, “acontecimiento” o “evento”, entre otros.

Esta confusión, conlleva obstáculos implícitos en su formulación a los cuales este trabajo denomina “Errores Sordos”.

Este trabajo, propone la utilización del concepto: “Lo Disruptivo” como una cualidad potencial de algunos eventos, atribuida por la relación entre el impacto y el procesamiento singular de cada sujeto.

Ubicar uno de los modos tendientes a la expropiación de la singularidad en la utilización de la expresión Situación Traumática (ST), resulta de gran utilidad. Ofrece, un viraje en el enfoque conceptual actual, revalorizando la riqueza y la precisión lingüística. Le restituye al sujeto, un aspecto de su subjetividad distorsionada, y al profesional (que utiliza un abordaje psicodinámico), la claridad necesaria para disolver un conflicto implícito que empaña su camino sin que éste lo note.

CAPÍTULO I

Estado actual del conocimiento

Si bien la temática de la investigación fue adquiriendo distintos puntos de interés, siempre mantuvo un hilo conductor centrado en la confusión conceptual que porta la expresión “Situación Traumática”, lo cual permitió integrar búsquedas anteriores, con búsquedas actuales.

En ninguna de ellas se encuentran trabajos científicos que se refieran de manera directa a la problemática planteada en esta tesis.

Todo el material expuesto, desarrolla otras líneas de problemas de investigación, en tal sentido, el presente trabajo resultaría relevante para el campo científico.

En el entrecruzamiento de dos niveles del discurso social (médico y lego), pertinentes a esta investigación, no se halla material que investigue la expresión “Situación Traumática” (ST) con especificidad, como tampoco la implicancia que adquiere esta combinación de significantes en tanto contrarían implícitamente el “Principio de singularidad” (propuesto por esta tesis), inherente a la concepción psicodinámica de abordaje terapéutico.

A pesar de la escasa cantidad de artículos vinculados a nuestra temática específica, abundan aquellos que se relacionan con algunos de los planteos centrales de la presente tesis, por lo que se ha decidido incluirlos en este apartado dividiéndolos en cuatro categorías, para facilitar su acceso:

A) Los que consideran a los eventos como traumáticos, siguiendo el modelo que plantea el DSM.

B) Los que realizan cierto cuestionamiento al DSM por contrariar el principio de singularidad en el diagnóstico Trastorno por Estrés PosTraumático - TEPT -, pero sin embargo siguen utilizando expresiones tales como “Situación Traumática”.

C) Aquellos autores que postulan que las situaciones no son traumáticas, y hacen una distinción entre lo que es “Fáctico” y lo que es “Psíquico”.

D) Los que son relevantes en relación a “Confusiones conceptuales en Psicología”, por considerarse a esta temática como columna vertebral de la presente investigación.

La búsqueda se realiza a partir de los siguientes ejes temáticos:

- Críticas a la categoría de TEPT
- Cuestionamiento a la utilización de la categoría de TEPT
- Investigaciones que cuestionen el uso de la categoría TEPT
- Situación Traumática
- Situación Traumática / Subjetividad
- Trauma
- Fáctico y Psíquico
- “Fáctico y Psíquico” en Salud Mental
- Principio de singularidad en Salud Mental
- T.E.P.T. / Principio de Singularidad
- Confusiones conceptuales en Psicología

A partir de éstos, son numerosos los resultados encontrados que a continuación se enuncian. El criterio para la selección, está caracterizado por la “saturación”, como resultante de una minuciosa búsqueda, en la que comienzan a repetirse resultados, conclusiones, y lo nuevo se desvanece.

Los buscadores de Internet utilizados son:

-Google Académico, Scielo y Opera.

Ejes temáticos en cuestión

- **“Críticas a la categoría de TEPT”**, se encuentran **716 resultados**, dentro del cual, se especifica el siguiente: **“Cuestionamiento a la utilización de la categoría de TEPT”**, **329** fueron los **resultados**. La mayoría de los artículos encontrados critican o al menos cuestionan a los DSM, sobre todo con respecto a su validez empírica, mayoritariamente lo hacen, en relación al diagnóstico: **Trastorno por Estrés PosTraumático - TEPT** -. Los artículos hallados, toman como referencia a esta categoría y resaltan el rol de distintos **“Eventos Traumáticos”**: guerras, catástrofes, abusos sexuales, víctimas de violencia, distintos tipos de enfermedades y sus consecuencias en los sujetos, avalando la **calidad “Traumática”** del **evento**. Si bien cuestionan su uso, también ratifican al **Evento como Traumático** a partir de los atributos asignados por las personas, sumado a su potencialidad de impacto.

- **“Investigaciones que cuestionan el uso de la categoría TEPT”**; en donde aparecen **589** resultados (se incluye la variable: “investigaciones”), sin embargo no se hallan escritos que cuestionen la utilización del **TEPT**, como así tampoco que la relacionen con el **“Principio de Singularidad”**. Los resultados que arroja esta búsqueda, son en su mayoría investigaciones realizadas sobre personas que han vivido distintos eventos a los que denominan **“Situaciones o eventos Traumáticos”** con el consecuente diagnóstico de **TEPT** y los distintos tipos de tratamientos propuestos. En menor cantidad aparecen resultados relacionados con otras especialidades, como la medicina, el estrés laboral, y la psicología forense.

- **“Situación Traumática”** como motor de la búsqueda, aparecen **17.300 resultados**. En su mayoría son textos relacionados al **TEPT**, sobre todo en situaciones de guerra o desastres naturales (lo cual ratifica la exacerbación el **Trauma como evento**). Luego de llegar a la saturación en los resultados de la búsqueda de un número representativo, se observa que los mismos describen las posibles intervenciones de psicólogos y otros profesionales de la salud mental, en dichos momentos, o bien se extienden en cuanto a lo que son las características descriptivas del mismo. No se encuentra ninguno de ellos, en los que se cuestione dicha expresión, relacionándola con una confusión conceptual, que integra los registros **“fáctico y psíquico”**.

- Al agregar la palabra **“Subjetividad a Situación Traumática”**, se encuentran **16.800 resultados**. En este caso se obtienen, sobre todo, resultados que tratan el tema de forma cuantitativa (resultados de investigaciones con Adultos **“victimas”** de **Situaciones Traumáticas** graves, y posibles diagnósticos de **TEPT** en relación al cumplimiento de criterios del mismo). Estos, son artículos publicados en revistas, textos escritos dentro del área de investigación de diversas Universidades, Ponencias en Congresos, y publicaciones varias.

- **“Trauma”**, aparecen **2.920.000** resultados. Este amplio número de trabajos, obedece a que el concepto es utilizado en numerosas disciplinas y sub-disciplinas. Por este motivo, el filtro se hace menos complejo, en tanto se eligen las disciplinas que guardan relación con el campo de la salud, y luego con el de la salud mental. La gran mayoría de los resultados que pueden ser revisados, se enfocan en **traumas médicos**: trauma en cefalorraquídeo, trauma ocular, traumatismo de cráneo, trauma provocado de hemorragias graves, etc. En salud mental, la psicoterapia arroja también resultados de **“Trauma”**, aplicando este concepto a pacientes rotulados como **“Víctimas”** de algún suceso: violación, desastre natural, violencia, maltrato, abandono, abuso; entre otras situaciones especificadas, incluso en las que el sujeto no pierde su vida, sino que es tomado de modo “pasivo”. Aquí se puede observar el deslizamiento del concepto de **“Damnificado”**, al de **“Víctima”**, pudiéndolo asociar no ingenuamente al que se produce en la expresión “Situación Traumática”, lo que desde nuestro enfoque constituiría un error conceptual. En ésta, al otorgarle a la situación la cualidad de “traumática”, se pasiviza al sujeto dejándolo sin recursos de afrontamiento singulares. Si un evento, pudiera ser “traumático” per-se, estaría siendo anticipada su cualidad amenazante y sorpresiva. De esta forma, no cabría discusión alguna sobre los resultados que debería causar en los sujetos, ni tampoco sobre su abordaje. No resultaría necesario un profesional, capaz de escuchar lo singular del sujeto, ya que lo común de las “situaciones”, indicarían el rumbo a seguir.

- **“Fáctico y Psíquico”**, los resultados arrojan **8.120** trabajos. En general estos escritos toman los conceptos de “Realidad Psíquica, Encuadre y Psicoanálisis”, como también de otras especialidades; Derecho Penal y Medicina Legal. Continuando y extendiendo la búsqueda respecto a;

- **“Fáctico y Psíquico” en Salud Mental, aparecen 5.440 artículos**. Los resultados están basados en la aplicación de distintos tipos de tratamientos, en diferentes corrientes teóricas como la psicología positiva, o nuevamente

relacionados con otras especialidades: el derecho, la medicina y la salud mental en lo laboral, entre otras. Numerosos trabajos, desde revistas científicas, libros e investigaciones utilizan de modo extendido la expresión “**Acontecimiento, Suceso, Situación o Evento Traumático**” como la causa necesaria e imprescindible, para el surgimiento del Estrés Post-Traumático **TEPT**.

- “**Confusiones conceptuales en Psicología**”. Sobre la temática en cuestión, se han hallado 4200 trabajos. De estos, ninguno mostró abordar la temática en cuestión del presente trabajo. Se ha destacado entre los mencionados, el interés común a esta investigación, por precisar conceptos bajo la premisa de optimizar la praxis.

Haremos referencia a las investigaciones y artículos más significativos, reagrupando los hallazgos según:

A) Aquellos que concuerdan con el modelo causal del DSM y consideran a los Eventos como Traumáticos

En la Investigación titulada “**Trastorno Por Estrés Postraumático en víctimas de Situaciones Traumáticas**”, en el apartado **Resultados**, Ayala y Ochotorena (2004) afirman:

(...) Los resultados también indican que el hecho de ser víctima de situaciones traumáticas concretas, tales como violación, agresión sexual o abuso sexual infantil pone a la víctima en situación de riesgo para padecer los criterios de diagnóstico del **TEPT** (pág. 48).

Más adelante refieren “Los resultados también muestran que, además de las anteriormente citadas, el ser víctima de maltrato físico infantil es una **situación traumática** que puede provocar el padecimiento del **TEPT** en una elevada frecuencia” (pág. 48)

José Carlos Mingote Adán (2011), de la Comunidad Autónoma de Madrid España en su trabajo “**Diagnóstico diferencial del Trastorno de Estrés post-Traumático**”, cita entre sus **conclusiones**, los siguientes párrafos:

El TEPT es el único trastorno mental que se define por su etiología específica, la exposición al estresor traumático, por unos mecanismos fisiopatológicos cada vez mejor conocidos, además de por sus síntomas característicos.

No obstante, sólo alrededor de un 20-25 % de personas expuestas a **experiencias traumáticas** desarrollan un **TEPT**, lo que se explica por la existencia de otros factores de riesgo y/o de protección, dentro de un modelo multifactorial complejo, interactivo genético-ambiental. (pág. 132)

De forma característica, con estos pacientes se produce una reacción contratransferencial frecuente entre los profesionales sanitarios debido al impacto del contagio emocional que les produce el relato de los síntomas y de la experiencia traumática: dudan de la veracidad del relato traumático, de que su intensidad haya podido desencadenar el cuadro clínico, de la exageración de los síntomas (sobreestimulación), de imputación falsa e incluso de la simulación de una enfermedad que en realidad no se padece. De una u otra manera culpan a la víctima de lo que padece. (pág. 132)

Se puede observar la alusión y posición epistemológica del autor, al remarcar:

- a- Estresor traumático
- b- Experiencias traumáticas

En relación con lo que “**estos pacientes**” provocan como reacción contratransferencial en los profesionales de la salud, su lenguaje es muy claro “(...) de una u otra manera culpan a la víctima, de lo que padece” (pág. 133)

En el mismo texto del autor aparecen conjugados los conceptos de **experiencia** y **suceso traumático**, como sinónimos de **situación**, y la denominación de **víctima** para los que esta investigación denomina “**damnificados**”, en tanto el sujeto mantenga una posición caracterizada por el deseo de superación del daño sufrido.

Así también, ratifica lo postulado por el presente trabajo respecto de los obstáculos clínicos que se producen, tendientes a la victimización por medio de la distorsión de la singularidad, a partir de la expresión “**Situación Traumática**”².

“Pero es, sin duda, el carácter reciente del trauma, cualquiera que éste sea, la variable más relevante y la que hace más probable la presencia, y en su caso, la gravedad del trastorno de estrés postraumático. No deja de ser llamativo, que a pesar de ello, casi dos tercios de las víctimas no recientes, que han estado expuestas al trauma (aquí vemos como vuelve a aparecer el uso del concepto, como fenómeno externo ligado a un hecho con temporalidad), hace ya muchos meses e incluso años, padezcan el trastorno, o al menos el sub-síndrome (...). (Echeburúa, Del Corral & Amor, 2002, pág. 145).

La investigación titulada “**Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?**” (Echeburúa & De Corral, 2007), tiene como objetivo analizar los indicadores de intervención psicológica en víctimas de sucesos traumáticos y cuáles serían sus abordajes y tratamientos. Toma al **suceso como traumático en sí mismo**. Utiliza el significante “**víctima**”, para referirse a todo aquel que ha sufrido un daño, y se basa en una técnica terapéutica conocida como “debriefing”.

La intervención en crisis tiene por objetivo crear un entorno seguro a la víctima y ofrecerle apoyo, así como evaluar las estrategias de afrontamiento y las redes de apoyo familiar y social de la víctima. La intervención inmediata con las víctimas (el “debriefing” psicológico) tiene como objetivo ayudarles a ventilar las emociones y a detectar personas que pueden requerir una intervención clínica posterior. (pág.373)

En otra de las investigaciones publicadas por la Universidad de Alcalá (Poseck, Baquero, & Jiménez, 2006), en su apartado **-Conclusiones-** afirma respecto de la tarea del psicólogo:

² El destacado en negrita no pertenece al autor en ninguno de los casos, solo se ha utilizado para esta investigación

La labor del psicólogo vista desde la Psicología Positiva debe servir para reorientar a las personas a encontrar la manera de aprender de la experiencia traumática y progresar a partir de ella, teniendo en cuenta la fuerza, la virtud y la capacidad de crecimiento de las personas. (pág. 47)

En este texto, además de reforzar la exterioridad del **trauma como evento**, se avanza un paso más respecto de lo postulado en la hipótesis de la presente investigación, respecto de la posición del profesional de la salud mental: "...reorienta, para que el sujeto pueda aprender de la **experiencia traumática**". (Poseck, Baquero, & Jiménez, 2006, pág. 47)

En "**Trauma y estrés postraumático: algunas reflexiones**" (Carvajal, 2011) y en "**Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos**" (Carvajal, 2002), se encuentra, que los textos utilizan "Experiencia traumática, hechos traumáticos, y situaciones traumáticas", atribuyendo la cualidad de traumático al evento.

En el trabajo "**Desastres y trauma psicológico**" (Gaborit, 2006), toma dos terremotos ocurridos en El Salvador en 2001, y analizan desde diferentes perspectivas que impacto han tenido estos acontecimientos en las personas y comunidades.

Postula que comprender cómo y a quiénes afecta psicológicamente un desastre socio-natural posibilita la intervención psicosocial de manera efectiva.

Sin embargo toma a los acontecimientos como "**traumáticos**" en sí mismos, utilizando el concepto de **Evento Traumático**.

No aparece en este trabajo, ni en los anteriores, ningún cuestionamiento sobre dicha expresión, sino por el contrario, su reforzamiento.

Khamis, Vivian (2005), en su trabajo "**Post-traumatic stress disorder among school age Palestinian children**", evalúa la prevalencia de **TEPT** en chicos palestinos en edad escolar, de 12 a 16 años.

Los resultados indican que: el **54.7%** de chicos palestinos habían experimentado por lo menos una vez en su vida un **Evento Traumático** de gran

magnitud, mostrando que de los chicos de la muestra que habían sido expuestos a **eventos traumáticos**, el 62.3% fueron diagnosticados con **TEPT**.

La prevalencia de **TEPT** era mayor en los varones que en las mujeres. También había más prevalencia con respecto a la edad, los más grandes solían mostrar **TEPT** en comparación con los más pequeños.

Solían presentar mayor prevalencia de **TEPT** aquellos chicos que fueron maltratados psicológicamente y criados con disciplina rígida.

TEPT está fuertemente asociado con trabajo infantil, edad, lugar de residencia y ambiente familiar.

El estudio, continúa avalando y promoviendo la noción de los **eventos como traumáticos**, además de continuar privilegiando lo que "muestran" sus conductas, es decir; lo visible por encima de lo procesal. Es exagerada la cantidad en la que aumenta en todos estos trabajos, el concepto de "estrés" con posterioridad al "trauma", y por ende la idea que el "trauma" es inherente a cierto tipo de eventos.

La singularidad de los modos de procesamiento psíquico, no es tenida en cuenta en ninguno de los trabajos hasta ahora mencionados, hecho que resulta comprensible, por tratarse de un marco teórico, basado en los comportamientos.

Se cita aquí, a modo de ejemplo, el trabajo "**Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review of 25 Years of Research**" (Tolin & Foa, 2006). Este artículo tiene como objetivo investigar las diferencias acerca de la vulnerabilidad para desarrollar **TEPT** de acuerdo a los sexos e investigar los factores que contribuyen a esta diferencia.

En estudios anteriores se sugiere que las mujeres tienen un riesgo mayor, ya que están más expuestas a experimentar potenciales **eventos traumáticos**.

Otros artículos no encontraron diferencias entre hombres y mujeres.

A partir del DSM IV pueden diagnosticar un **evento como traumático**, a partir de los criterios A1 y A2.

En este mismo texto, como en los otros encontrados, se consolida la expresión "**Situación Traumática**", sin cuestionamientos ni planteos que revisen su contradicción conceptual, tendiente a la des-subjetivización.

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (2011), publica su trabajo titulado: "**Rol De La Psicoterapia Integrada Individual/Grupal A Un Programa De Rehabilitacion Para Niños Damnificados Por Desastres**", aquí

proponen un modelo de psicoterapia (terapia cognitivo conductual) de 8-10 sesiones grupales, para grupos de damnificados con afecciones típicas del **TEPT**, por las consecuencias psicosociales de desastres.

También se observa, la fuerte pregnancia del diagnóstico categorial, atribuyendo al evento una cualidad psíquica, sin embargo cabe destacar que los autores optaron por el término "**damnificado**" en lugar de "**víctima**".

En "**La exposición al trauma y TEPT en la población**" (Frans, Rimmo, Aberg, & Fredrikson, 2005) se ha encontrado también un trabajo científico que avala los criterios diagnósticos del DSM, utilizando las expresiones: "**acontecimiento traumático, experiencias traumáticas, eventos traumáticos y sucesos traumáticos**". Es un trabajo cuantitativo, basado en la comparación entre géneros, para determinar la probabilidad de adquirir **T.E.P.T.**

Los autores sugieren que lo factores relacionados con el género, en particular aquellos relacionados con un alto nivel de sufrimiento subjetivo, son uno de los mecanismos a través de los cuales el **TEPT** puede surgir.

Se ha podido observar, que la característica de exterioridad de los términos: eventos, suceso, situación y acontecimiento, no genera disonancia con lo traumático, como concepto subjetivo, intrapsíquico. Desde las concepciones esbozadas en los trabajos mencionados hasta aquí, se puede notar que la conceptualización del "Trauma", asociado a evento, es sintónico a las postulaciones teóricas.

En el texto "**Estrés Post Traumático en el ámbito laboral**", (Cazabat, s.f.) se toma el concepto de **hechos traumáticos** en paralelismo con **hechos potencialmente traumatogénicos**.

El autor mencionado, subraya como diferencia entre los sujetos, los mecanismos naturales de curación o resiliencia respecto de la exposición a los hechos.

Se refiere a algunas cuestiones de la neurología y hace un recorrido por los estadios en los cuales se procesa y se archiva la información.

Utiliza el concepto de **situación traumática**, aclarando que se equipara con **situación potencialmente traumática** pero utiliza siempre, durante el texto, el término **situación traumática**.

Durante su exposición el Lic. Cabazat (s.f.) le otorga cualidades a la **ST**, como ser: "intensa" y "fuerte".

Siempre con base en la neurología, explica que cuando el sujeto se expone al recuerdo o algo le recuerda la **ST**, esta es revivida desde la actividad neuronal. Aclara que la **ST** está "guardada en el hemisferio derecho" y que realiza todo un trabajo de fuerzas para pasar al hemisferio izquierdo. Cuando este hemisferio logra detener esa información, se produce el **síntoma de evitación o disociación**.

También desarrolla los conceptos "**memoria traumática**" y "**amnesia peri- traumática**".

Denomina como **memoria traumática**: a aquello que describe la forma del recuerdo.

En "**Consecuencias de la Guerra en ex combatientes, una revisión bibliográfica**" (Leguizamón, Correché, & Gómez, 2012) se estudia el evento traumático; guerra, que impacta a los combatientes pero también a la sociedad toda.

Durante el texto se utiliza la dupla **evento traumático como sinónimo de ST**.

Se describen los síntomas o malestares que pueden desarrollar las personas que han participado de eventos bélicos.

Los autores aseguran que "se tiene en cuenta la intensidad y duración de un estresor para evaluar el impacto psicológico", por lo cual "existe correlación entre la intensidad del estresor y la gravedad del trastorno de estrés postraumático".

B) Aquellos que cuestionan al DSM por no dar lugar a la singularidad del sujeto pero que aún hacen referencia a la "Situación Traumática".

En el trabajo publicado "**Emociones positivas, trauma y resiliencia**" los autores plantean "...un nuevo marco para re-conceptualizar el trauma y el estrés postraumático, desde el ámbito de las emociones positivas..." (Vázquez & Pérez-Sales, 2003, pág. 233) En el mismo, hacen foco en la relación entre lo "positivo", como contrapuesto a la "vulnerabilidad" y los déficits. Sin embargo, a lo largo del presente estudio, remarcan: "(...) Ante un **hecho traumático**, la mayoría de los afectados, es capaz de desarrollar una respuesta adaptativa." (pág.241)

Más adelante se refieren a que “Desde los años 80’ se admite que la respuesta traumática está mediada por una serie de factores que hay que analizar aunque siempre con la precaución de **no culpabilizar a la víctima**”³ (pág.245)

Se observa que a lo largo del trabajo, detectan la importancia de la subjetividad del damnificado, pero no dejan de nominar a los eventos **disruptivos**, como **acontecimientos, sucesos, y/o eventos traumáticos**, y a aquellos que en este trabajo son designados en esta investigación como “**damnificados**”, como “**víctimas**”.

El concepto “Traumático” es utilizado elásticamente tanto para eventos, como para procesamiento psíquico.

El artículo de revisión “**Controversias respecto de la conceptualización del Trastorno de estrés postraumático**” (Cova S., Rincón G., Grandón F., & Vicente P., 2011) cuestiona la consistencia diagnóstica del T.E.P.T. y destacan la **importancia de la subjetividad en la respuesta**, pero en relación al “**evento traumático**”.

También se observó la atribución del sustantivo “**víctimas**”, para los damnificados.

“**El trauma y sus secuelas**” (Martínez Mora, Pérez Pérez, & Gómez Botero, 2005), es una investigación de Tesis que indaga en los documentos psicoanalíticos de óptica Freudiana y Lacaniana, los elementos que permiten comprender el trauma en las guerras y lo que a partir de él se desencadena en el psiquismo de los sujetos que la viven y las secuelas psíquicas que dejan fenómenos tales como la guerra.

Utilizan el término “**Trauma**” para definir al **elemento que causa** o desencadena los fenómenos psíquicos que presentan las personas afectadas.

Si bien realizan un recorrido por los desarrollos de Freud y Lacan sobre “**Trauma**”, continúan utilizando la expresión “**Acontecimiento Traumático (la guerra)**”.

La crítica que realizan es al concepto de **TEPT**, en tanto que proponen no encasillar en una sola nosología a los fenómenos que según la estructura desde la cual se manifiestan; tendrán su particularidad en el cuadro de cada sujeto.

³ El subrayado, no corresponde al texto original, solo se ha utilizado para esta investigación.

Proponen también una intervención más focalizada y personalizada en la estructura, que en los fenómenos.

En síntesis; critican al TEPT y proponen intervenciones que apunten a la singularidad de cada sujeto, teniendo en cuenta su estructura, sin embargo, utilizan los términos: “**Trauma y acontecimiento traumático**” para los **eventos fácticos**, en este caso la guerra.

El artículo “**Catástrofe, víctimas y trastornos: Hacia una definición en psicología**” (Sigales Ruiz, 2006) tiene como objetivo una revisión de las nociones y conceptos que permitan definir desde la psicología a una catástrofe como un agente agresor causante de psicotraumatismo.

Definen **Catástrofe** como: “**Acontecimiento** de excepción que agrede la estabilidad emocional, psicológica y material del individuo”. (pág.11) “**Situación** extrema que deja al individuo en circunstancia de potencial emocional intenso que le exige respuesta de adaptación”. (pág.12) “**Evento** de fuerte potencial **traumático**, en la medida en que una persona disponga o no de los recursos necesarios para enfrentar la catástrofe, esta confrontación podrá ser la causa de un traumatismo psíquico” (respuesta del psiquismo ante el agente agresor) (pág.12). Define al **Estrés** como: “Interacción entre una demanda (Evaluación personal de la situación) y la capacidad de enfrentarla”. (pág.14)

No utiliza el término acontecimiento traumático. Definen al **trauma como psíquico**, pero en las **conclusiones** usan una vez “**Evento Traumático**”.

Para evaluar los trastornos psicológicos derivados de una catástrofe toman al DSM y definen al TEPT como lo que identifica a los estados psíquicos consecutivos a un **traumatismo psíquico**. El conjunto de trastornos existenciales consecutivos a un accidente que traumatiza, susceptible de causar malestar psicológico.

Para referirse a las personas afectadas por una catástrofe utilizan el término “**Víctima**”, la definen como un individuo que sufrió un daño.

En las conclusiones resaltan que no se cuenta con los medios para identificar y definir con precisión los trastornos psicológicos que pueden derivarse de estos agentes agresores (catástrofes).

Si bien propone resaltar la capacidad psíquica de procesamiento ante la situación catastrófica, una vez más, **aparece el contraste al utilizar como instrumento de evaluación, el DSM.**

El Lic. Eduardo Cabizat (2006), (figura también en esta categoría, en tanto que), en su texto “**Trauma y Resiliencia**” propone una guía de cómo actuar ante personas que padecen Estrés Postraumático.

Si bien aquí, no toma en cuenta la dupla **ST**, utiliza **Hechos traumáticos** o **Situaciones Críticas** como posibles causas de stress.

Por otro lado distingue que no todos los que sufren la exposición a un **hecho potencialmente traumatogénico** sufren secuelas con posterioridad. Luego detalla una serie de sintomatologías que se pueden observar en personas que han atravesado situaciones críticas.

Tanto en los escritos de Cabizat (2006), como en otros referidos en este apartado, se observa el interés por el desarrollo profundo de los conceptos, junto a propuestas de abordajes terapéuticos, que buscan aliviar la sintomatología.

El enfoque presentado en nuestro trabajo de investigación, incluye la necesidad de especificar la distinción conceptual entre: Fático y Psíquico. Este hecho, torna relevante que en el presente estudio, se desplieguen las diferencias y especificidades entre los registros mencionados, aportando cierto valor significativo al campo de la Salud Mental, por ser una temática escasamente desarrollada.

En “**Problemas en torno a la categoría nosográfica del TEPT y su aplicación para el análisis en la encuesta de salud mental de la OMS en Irak**” (Jozami, 2010) se realiza una revisión de las principales críticas a la definición del **TEPT** y a sus aplicaciones en situaciones de catástrofe.

El autor dice que según el DSM IV: “(...) el elemento determinante para que un individuo sufra **TEPT** estaría dado por las características del **Evento Traumático** en sí, y no tanto por el significado que pueda atribuírsele a este **evento traumático**.” (pág.58). Por lo tanto no se estarían teniendo en cuenta el contexto social en el que dichos eventos ocurren: “(...) es ‘esperable’ que Irak presente una alta prevalencia de casos de **TEPT**, ya que es esperable que la gran mayoría de la población se haya visto afectada por **eventos estresores traumáticos**. Sin embargo, la definición de “**evento estresor traumático**” genera grandes problemas, pues las características “**traumáticas**” no existen per se, sino en determinado marco cultural, social e histórico.” (pág.59)

En otro párrafo enuncia:

A modo de ejemplo: la lista de **experiencias traumáticas** utilizada en la encuesta incluye “presenciar el acto de dar muerte a una persona” (“witness to killing”). Pero se trata de una apreciación unilateral: en Irak, las ejecuciones públicas han sido parte integral del régimen político desde el surgimiento mismo del estado y continuaron siéndolo después de la caída de Saddam Hussein (August, 2009). Es decir que, independientemente de los planteos morales que puedan hacerse en torno a la pena de muerte, mucha gente vive las ejecuciones como un espectáculo o al menos, como un acto público de justicia y no como un trauma. (pág. 60)

Se puede observar nuevamente, como se cuestiona la universalidad del DSM IV pero sin tener en cuenta que lo traumático solo puede abordarse en el campo de la salud mental, como una cualidad de procesamiento psíquico (siempre considerando esta apreciación, desde el modelo de “Lo disruptivo”, que preside nuestro trabajo).

El autor, (siguiendo la línea de nuestros encuestados), asigna cualidades psíquicas al evento, argumentadas en el resarcimiento que significa para los espectadores en base a su idiosincracia.

Estos autores, critican la “universalidad” de los criterios del DSM, intentando reforzar la noción de singularidad, toman lo idiosincrásico de un grupo de personas como si se tratara de la suma de singularidades enmarcadas dentro de “lo cultural”. Al hacer hincapié en “evento estresor traumático”, continúan reforzando la idea que: tanto “estrés como trauma”, se incluyan dentro del registro “Fáctico”. Este hecho, podría obedecer a que dicha categoría, no se encuentre dentro de su objeto de estudio.

En “**Actualización del concepto de trauma en la clínica analítica**” (Marucco, 2015) el autor escribe su publicación basándose en el estudio acerca de la intensidad del trauma.

Toma como referencia la teoría de Freud, en la cual el “Trauma” es conceptualizado como exceso, como plus, como incapacidad del psiquismo para

tramitar una cantidad. Explica, que para pensar en la intensidad de un **acontecimiento traumático** hay que saber las características del receptor. Si bien toma en cuenta al sujeto en cuestión, continúa designando a los “**acontecimientos como traumáticos**”.

Asimismo en “**El concepto de trauma y de respuesta al trauma en psicoterapia**” (Pérez Sales, 2004) la autora toma el concepto de **experiencia traumática**, y le adjudica carácter de inenarrable, incontable e incompatible, debido al carácter confuso de la experiencia.

Realiza la diferenciación respecto de los **hechos traumáticos**:

“no todos los hechos traumáticos tienen el mismo impacto. Esto se debe a que dichos hechos impactan cuestionando los esquemas de las personas respecto de sí mismas y de sí mismas respecto al mundo. Razón por la cual, si bien se producen muchos hechos traumáticos, y pocas personas quedan afectadas por el mismo; esto se explica respecto del impacto que el mismo produce en cada sujeto”. (pág.33)

Nuevamente esta autora, si bien hace referencia a lo **singular** del sujeto persiste en la asociación mecánica que postula la existencia de **hechos** que pueden ser **traumáticos**.

Siguiendo la línea conceptual de este artículo, notamos que aporta herramientas para poder mitigar el impacto que produce el **TEPT**.

La autora, sostiene como concepción de lo traumático, que la cualidad del evento, y el modo en que este impacta en el sujeto, son cualidades de su singularidad.

En “**Efectos de lo traumático en la subjetivación**” (Schkolnik, 2011) se realiza una diferenciación entre “**Trauma**” y “**Situación Traumática**”. El primero, de carácter patógeno y el segundo, con cualidades estructurantes.

El trauma, propiamente dicho, constituye (para este autor) el destino patógeno de lo que no pudo procesarse, tampoco en el a posteriori, con manifestaciones clínicas que denuncian fallas de simbolización.

La **ST** es caracterizada por el impacto en el sujeto de lo que resultó desestabilizante e inelaborable, pero que si fuera posible de procesar, podría tener un efecto estructurante para el psiquismo.

La autora, además menciona que los destinos de lo traumático están determinados por la estructuración psíquica previa y las características de la **ST**.

Una vez más, se observan en este texto, el intento por producir una vinculación entre el evento y las cualidades de cada psiquismo. Es notoria la indistinción entre trauma como cualidad psíquica y trauma como cualidad del evento.

Esta dificultad es pasible de quedar saldada si se incluye la conceptualización sobre **“Lo disruptivo”**.

C) Aquellos autores que postulan que las situaciones no son traumáticas, y hacen una distinción entre lo “Fáctico y Psíquico”

Un trabajo que toma como concepto central **“Lo disruptivo”** (Bravo Díaz, Pons Puiggrós, & Domenéch Mas, 2006), aplicado tanto para eventos como para entornos, es el relacionado al área de proyectos de ingeniería, que se utilizan para abordar los cambios, las rupturas.

Su objetivo es describir y proponer un marco de encuentro entre lo **“Lo Disruptivo”** y los conocimientos de la **“Teoría de los Proyectos”**.

Se apoya en el modelo teórico desarrollado por el **Dr. Benyakar** (2006), cuyos desarrollos conceptuales, dan origen al presente tema de investigación, tomando como referencia la definición de **“Entorno Disruptivo”**.

En su desarrollo, realiza una diferenciación conceptual entre “Desastres y Catástrofes”. Sin embargo, cuando aborda el concepto; “Entornos Disruptivos” y “Lo Disruptivo”, le asigna un sentido al concepto; como aquello que irrumpe en el psiquismo “(...) produciendo reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración, es decir, las situaciones disruptivas son aquellas situaciones fácticas que irrumpen en el psiquismo provocando vivencias de estrés o vivencias traumáticas (...)” (pág.42)

La lectura que el autor hace sobre “Lo Disruptivo”, se acerca a lo propuesto por esta investigación, pero se aparte en tanto que la definición esgrimida por Benyakar (2015), puntualiza que:

“Lo disruptivo es el impacto de situaciones o fenómenos fácticos en el psiquismo, provocando desestabilización, desregulación y/o desarticulación del funcionamiento psíquico. Estas

transformaciones psíquicas pueden devenir patológicas o pueden ser elaboradas y metabolizadas, transformándose en productivas y beneficiosas para el psiquismo” (pág. 4).

Como puede leerse, no siempre el destino de lo disruptivo implica el procesamiento traumático. Además este trabajo no toma el aspecto de relación entre la expresión “Situación Traumática” y la “Singularidad”.

El libro, de la **Dra. Levy Yeyati (2014)**, toma aspectos de los desarrollos conceptuales del Dr. Benyakar y realiza un minucioso recorrido histórico desde la etapa previa al nacimiento del DSM, sin adentrarse en las implicancias de la confusión entre los registros “Fáctico y Psíquico” y su contrariedad con el “Principio de Singularidad”.

En el texto “**Relatos de experiencias Whitenses sobre estrategias comunitarias ante eventos disruptivos**” la Lic. Anabela Danei (s.f.) analiza ciertos “**Eventos Disruptivos**”, así los llama, sucedidos en la localidad de Ingeniero White.

Mediante este estudio se busca optimizar el sistema de salud y observar las variables sociales de la comunidad de dicha localidad al momento de enfrentar dichos eventos.

Siguiendo la línea propuesta por Moty Benyakar, la colega no utiliza el concepto de **Situación Traumática**, sino que propone estudiar los “**Eventos Disruptivos**” o catástrofes sociales en las que intervienen factores económicos, políticos y sociales, que producidas por las mismas personas del pueblo.

Danei (s.f.), incluye lo enunciado por S. Bleichmar, quien da cuenta que el impacto de una catástrofe social pone en riesgo ciertos aspectos de la organización del Yo y su función: la auto preservación y la auto conservación.

La propuesta de la Lic. Danei es: “(...) estudiar las estrategias empleadas por la comunidad para “**elaborar Experiencias Traumáticas**, logrando el equilibrio entre la auto preservación y la auto conservación”. (pág.42)

De esta forma y analizando los dos sucesos (explosión del elevador 5 de la ex Junta Nacional de Granos en el año 1985 y escape de cloro y amoníaco en el año 2000), que utiliza para fundamentar el trabajo presentado, concluye que la participación ciudadana frente a **Eventos Disruptivos**, ha generado cierto cambio positivo.

En el texto "**La re-calibración de los conceptos para un nuevo paradigma**" (Cohen Bello, 2011), el autor propone un paradigma nuevo que pueda expresar la subjetividad de las personas, debido a la falta de atención que la misma encuentra en las diversas versiones del DSM (manual utilizado por la gran mayoría de los profesionales de la salud mental).

Cohen Bello expresa que lo que sucede con el **estrés post traumático** es que: "(...) a priori otorga al evento externo, según su intensidad, cualidades propias del psiquismo". (pág.29)

Acuerda con el término "**Disruptivo**" acuñado por Benyakar y durante su escrito, utiliza el término "**Evento Disruptivo**", a cambio de "**Situación Traumática**".

Expresa su desacuerdo respecto del abuso de la utilización del concepto **Estrés Post Traumático**, y se pregunta; cuál es la tarea del profesional de la salud respecto de la utilización de términos que no dan posibilidad de subjetivación.

Cabe destacar que nombra varias veces la necesidad de investigación en nuevos conceptos y términos como "**Lo Disruptivo**", hecho por el cual nombra al grupo de doctorandos que forman parte del equipo de investigación de la Universidad del Salvador, sobre "El Psicoanálisis y/o Lo Disruptivo". En congruencia con la inquietud esgrimida por Cohen Bello, respecto de la carencia de investigaciones que aborden "Lo disruptivo", esta tesis se presenta como un material oportuno y relevante.

En el texto "**Psicoanálisis y DSM IV, incidencias en la subjetividad**" (Harraca, 2013) se propone un análisis crítico y reflexivo de las relaciones entre el psicoanálisis y DSM IV.

Expone que el uso de este último ha sido cada vez más generalizado; "(...) se utiliza en escuelas, gabinetes psicopedagógicos, juzgados, lo cual puede conllevar a una **clínica masificadora del sujeto**". (pág. 291)

No utiliza la dupla ST, y por el contrario no nombra diagnósticos puntuales, sino que su texto explora el problema que se genera cuando el DSM IV "etiqueta" a los consultantes, llamándolos por nombres que no les son propios.

En este grupo, hemos encontrado textos, que bordean el tema de la presente investigación, pero que no lo desarrollan con el foco específico en la articulación de lo "Fáctico", lo "Psíquico" y el "Principio de Singularidad".

Irene Cambra Badii (2013) en su texto “**La narrativa cinematográfica y la comprensión Logopática**”, presenta un ejemplo metodológico en relación a lo Disruptivo y lo Traumático”.

Para éste, utiliza dos films que dan cuenta de la teoría propuesta por Moty Benyakar acerca de lo **Disruptivo y lo Traumático**.

La autora toma como punto de partida de su exposición la teoría de Gracia y Muñoz, quienes dan cuenta que:

(...) la fuente más importante de conocimiento de la vida, de la cultura y de la moral son las tradiciones narrativas, éstas son dobles de la realidad, con una masividad de alcance”. (...) A través de un film se produce la articulación entre los argumentos conceptuales, analíticos y analógicos (Logos), con las emociones, pasiones y sentimientos (Pathos) para lograr una sensibilidad, confiabilidad y empatía con el interlocutor (Ethos). (pág.24)

Las películas que utiliza para desarrollar su texto son “Lars and the real girl” y “Kynodontas” (Lars y la chica real y Colmillo). Mediante las mismas ejemplifica los conceptos de Evento disruptivo y Entorno Disruptivo. Toma como ejemplo en “Lars y la chica real”, de **evento disruptivo** para la comunidad, el hecho de que el joven pasee con Bianca, una muñeca de plástico, por la ciudad, presentándola como si fuera su novia.

Para ejemplificar el concepto de Entorno Disruptivo utiliza la película “Colmillo”, donde una pareja genera una farsa para educar a sus tres hijos.

Mediante los largometrajes da cuenta de la distinción entre **lo Disruptivo y lo Traumático**, entre lo externo y lo interno, entre lo fáctico y lo psíquico.

Esta bibliografía, también ha sido tomada como aval para la utilización del Film “**Babel**”, en el presente trabajo de investigación.

Todos los textos del Dr. Benyakar, plantean la **diferencia** esencial entre: **Fáctico y Psíquico, Víctima y damnificado, Situación Disruptiva y Situación Traumática**.

Entre ellos se han encontrado relevantes para la presente investigación los siguientes:

- **“Lo Disruptivo, amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales”** (Benyakar, 2006), en el cual realiza un desarrollo conceptual sobre el término “Disruptivo”, atribuyéndole una significativa importancia a la articulación entre: el entorno, las cualidades de los eventos y la capacidad de procesamiento psíquico singular de cada sujeto. En este texto, aborda directamente el dilema sobre si **“¿puede una situación ser traumática?”**.

Esclarece de modo preciso, las conceptualizaciones sobre **“Lo psíquico”**, **“Lo Fáctico”** y los distintos tipos de abordaje psicoterapéutico, a partir de lo que denomina **“Patologías por disrupción”**. El mencionado libro, se constituye como el referente de base, de este trabajo de investigación.

- **Lo Traumático, clínica y paradoja** (Benyakar & Lezica, 2005) (Benyakar & Lezica, 2006), en sus **dos tomos**, hacen el soporte indispensable, para el trípode teórico que conforma el capítulo “Marco Teórico” del presente trabajo.

Este modelo conceptual da origen a la presente investigación, en tanto que sus desarrollos teóricos sobre el tema, no han sido sometidos hasta aquí, a una investigación de tenor científico.

La ausencia de constatación empírica respecto de lo enunciado en el presente trabajo, torna relevante el tema de esta investigación, no solo por ratificar lo planteado en el postulado, sino también por la propuesta de inclusión de un concepto que se menciona a lo largo de la presente investigación, ya que no se ha encontrado en la bibliografía consultada ni en las conversaciones sostenidas con colegas psicoanalistas (de reconocimiento internacional), un concepto que de cuenta del **“Principio de Singularidad”**.

D) Trabajos en los que se abordan “Confusiones conceptuales en Psicología”

Como en los otros casos, la revisión alcanza su saturación y depuración, en tanto en gran cantidad de ellos, sólo aparecen referencias a palabras como “confusión”, “conceptual” o “psicología”.

Para esta tesis, se seleccionaron los textos que resultaron emparentados con la idea de realizar un abordaje acerca de conceptos confusos, que atañen a la praxis.

El estudio sobre **“Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales” (Schwartzmann, 2003)**, aborda la temática de la calidad de vida y hace un recorrido sobre el bienestar y el impacto de la enfermedad en el paciente.

Plantea la confusión entre estado de salud y calidad de vida, términos que se han utilizado en muchos casos como sinónimos, fomentando dilemas éticos y técnicos.

El trabajo “Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología” (Piña López, 2015) toma el concepto de resiliencia, como eje, y rastrea su origen.

En éste, pretende mostrar cómo un término (ajeno a la psicología), es posteriormente mal definido como concepto, debido a una confusión lógica primaria en torno a su origen acarreado una serie de confusiones metodológicas y de interpretación de los hallazgos que se obtienen al momento conducir una investigación.

Este es un factor común con el concepto “Situación Traumática”.

CAPITULO II

Antecedentes

En este ítem se incluye:

a) Un recorrido histórico, de Las clasificaciones en salud mental, a los fines de enmarcar la problemática planteada en este trabajo, llegando hasta el manual de referencia diagnóstica DSM.

b) Autores del campo psicoanalítico, relevantes para esta temática específica (léase: relación entre la expresión “Situación Traumática” y su contrariedad al “Principio de singularidad”, en el campo de la Salud Mental).

c) Escritos de Benyakar, como textos claves para la investigación. Sólo se enuncian en este apartado, para luego desarrollarlos con profundidad en el capítulo; “Marco Teórico”.

d) Una Investigación que se torna representativa sobre; “Confusión conceptual en Psicología”. La misma lleva como título: “La epistemología “interna” de la investigación y su significado formativo para los psicólogos” (Castorina, 2014).

a) El DSM y la historia de las clasificaciones en salud mental:

Teniendo en cuenta la fuerte pregnancia de los diagnósticos categoriales en nuestra cultura, se destacan aquí algunos antecedentes históricos del **T.E.P.T.**, a los fines de contextualizar el interés de este trabajo, por la expresión “**Situación Traumática (ST)**” y los usos que resultan de ésta, realizando una breve reseña histórica (Barrio, 2009) de los sistemas clasificatorios en Salud Mental.

La primera clasificación de los “**Trastornos Psicológicos**” proviene de Grecia. Hipócrates (IV a.C.) establece la diferencia entre **manía y melancolía**, mantenida hasta el Renacimiento con Galeno (I d.C.).

En el siglo XVI (1583), Barrough introdujo una tercera categoría: la **Demencia**.

Más tarde, Kant (s. XVIII) en antropología y Pinel en nosología filosófica, contribuyeron a la ampliación y diversificación de la clasificación.

Sin embargo, el **Manual de psiquiatría de Kraepelin** (1899), es el predecesor del sistema de Clasificación de los Trastornos Mentales tal como se utiliza en la actualidad.

Sus criterios se fundaban en las causas orgánicas hereditarias, metabólicas, endócrinas y de alteraciones cerebrales.

Por este motivo, es que las clasificaciones actuales comenzaron sólo por las enfermedades mentales con causa orgánica.

La Organización Mundial de la Salud, promocionó el IDC (International Classification of Diseases), en el cual sólo incluyó en sus cuatro primeras ediciones (1900-1938) este tipo de alteraciones.

Europa se convirtió de este modo en la pionera de la clasificación de las alteraciones mentales.

En el año **1917**, liderada por el Dr. Solmon, en la **Asociación Americana de Psicología Médica** tuvo lugar el primer intento clasificatorio de trastornos mentales.

Otro hecho de peso, para las clasificaciones, lo tuvo la Conferencia sobre Nomenclatura de Enfermedades (1928) en la cual la Asociación Médica Americana (A.M.A) confeccionó un listado de enfermedades mentales.

Los neokraepelianos impulsaron, lo que sería el tercer salto clasificatorio, representado por la Standard Classified Nomenclature of Diseases (SCND 1932), que luego fue publicado por la Asociación Americana de Medicina, con el objetivo de promocionar algo paralelo al IDC.

El ejército y la marina de los Estados Unidos, fueron los promotores, de los actualmente usados **DSM** (American Psychiatric Association). Luego de la segunda Guerra Mundial, las afecciones de los soldados marcaron la necesidad de poseer un lenguaje común de tipo clasificatorio (1944-1945).

El nacimiento de los DSM, tenía muy en cuenta el IDC y llegó a sustituirlo en cuanto a la extensión de uso en América, no así en Europa.

Las primeras ediciones del DSM, tienen como modelo las clasificaciones del IDC europeo, con enfermedades mentales propiamente. Una de las diferencias básicas entre DSM e IDC, es que mientras el primero se basa en síntomas y estadísticas, el segundo (IDC) toma en cuenta procesos psíquicos y también síntomas.

A partir de **1980**, el **DSM III**, incorpora novedades como: "La explicación de los criterios con los que construyeron las categorías y la ampliación que

supusieron los cinco ejes diagnósticos...” A partir de esta edición, se demarcó la diferencia entre la clasificación europea y la americana.

Con la aparición del **DSM IV**, **América se impuso por encima de Europa**, ya que el IDC-10 sale publicado dos años después. En el año **2014**, con la aparición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - **DSM V** -, se continúa con la categoría del Trastorno de Estrés post- Traumático, y con el énfasis puesto en la sintomatología, a partir de los ahora denominados “**Sucesos Traumáticos**”, en lugar de “**Acontecimientos Traumáticos**” como en el anterior; DSM IV. En todos los manuales, se ubica al “**Suceso**”, como **causa**, y a los **síntomas** como **efectos**.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Salud Mental (American Psychiatric Association) (DSM en sus distintas ediciones), es antecedente relevante para esta investigación, por: “el crecimiento exponencial de lo que se considera; acontecimiento traumático” (Levy Yeyati, 2014, pág. 19), y por la indiferenciación conceptual entre: evento, suceso y acontecimiento como sinónimos de “situación” (según la traducción y edición).

Además, se erige como el documento de consenso internacional, que se ubica como la antítesis de lo expuesto en esta investigación.

La multiplicación de la expresión “Traumatic event”, se sextuplicó del DSM III, en el cual aparecía trece veces, al DSM V en el cual se cuenta; ochenta y cuatro veces.

b) Sigmund Freud, es el núcleo central de esta tesis, en relación a la teoría del trauma.

A fines del siglo XIX, dentro del paradigma de las enfermedades mentales, ya descrito en el ítem anterior, nacen las “neurosis traumáticas”, en relación con la creación del Seguro Social en Alemania durante 1884.

Sus orígenes se remontan a los primeros accidentes de ferrocarril.

El “síndrome espinal del ferrocarril”, que se manifestaba por intensos dolores de espalda después de un accidente ferroviario, con ausencia constatable de lesión, era uno de los temas de debate de la época en Inglaterra. (Erichsen, 1867, pág 25, citado en Levy Yeyati, 2011, pag.78).

Charcot (en Levy Yeyati, 2011), en Francia, incluía la neurosis traumática dentro de la histeria. Si bien sostenía que su etiología hereditaria afectaba tanto a

hombres como a mujeres, consideraba que un “trauma”, también podía desencadenarla.

Ya en aquel entonces, Charcot ubicaba como traumas posibles a los accidentes de ferrocarriles, entre otros.

Al equiparar trauma = accidente ferroviario, se puede observar el origen del presente error conceptual, señalado en esta tesis.

Oppenheim (primo de K. Abraham), en Alemania durante 1889, designaba por primera vez como “neurosis traumática” a los síntomas “postraumáticos”, pero estableciendo una diferencia con los síntomas de la histeria y la neurastenia.

El disenso de Oppenheim con otros colegas, estaba determinado porque el primero, consideraba a la guerra como la causa de todas las enfermedades mentales severas (Congreso de Neurología de Munich, de 1916, en Levy Yeyati, 2011).

Otros psiquiatras y neurólogos contemporáneos atribuían en cambio, la huida de los soldados hacia la neurosis, a partir de su falta de valor y cobardía. En esta lectura del caso, se puede vislumbrar lo que luego tomaría en Freud, el nombre de “beneficio primario del síntoma o enfermedad”.

La pérdida económica durante las guerras por desertión de los soldados, ya sea por neurosis o por otros motivos, es un elemento que sigue aún hoy, siendo importante dentro de las economías, en relación a la especulación y al fraude.

Las aseguradoras y el personal médico y de enfermería, se veían también afectados por las neurosis traumáticas devenidas con posterioridad, en “neurosis de renta⁴”.

“La idea charcotiana de histeria acentuaba mucho el factor subjetivo - ideas, representaciones, emociones- y desestimaba el efecto perturbador del acontecimiento traumático” (Levy Yeyati, 2014)

Si bien para Charcot, lo subjetivo tenía un valor tal vez prioritario respecto del entorno, no cesa la noción del “acontecimiento traumático”.

El año 1897, marcó un viraje dentro de la teoría freudiana respecto del concepto “Trauma” en cuanto a su etiología.

Hasta aquí, desde su “teoría de la seducción” (época pre-psicoanalítica), el devenir neurótico y en particular histérico, obedecía a un episodio de seducción por parte de un adulto.

⁴ En Levy Yeyati, se define como: un trastorno en el que los síntomas somáticos compatibles con un trastorno, enfermedad o incapacidad física, confirmados y originalmente debidos a uno de ellos, son exagerados o prolongados debido al estado psicológico del enfermo...”

La pasividad del niño/a respecto de ese evento, predisponía el camino hacia la histeria, mientras que la actividad, es decir si el niño/a era quien lo ejercía, hacia la neurosis obsesiva.

A partir del análisis de "sus histéricas", caso Dora entre otras, hay un cambio de rumbo en el cual el núcleo patógeno ya no requiere de la veracidad de los hechos, de la presencia real del evento de seducción, sino que el papel que juega la "fantasía", es clave en la teoría freudiana.

Por aquellos tiempos, el pasaje que Freud hacía de la carga puesta en el evento, a la importancia de la fantasía, no era bien tolerado por algunos sectores.

En tanto, para los padres de los/as menores en tratamiento, miembros de la sociedad vienesa, (época victoriana), el cambio de teoría se transformaba en un alivio moral significativo.

La teoría del Trauma freudiano del siglo XIX (seducción del adulto a un niño), de alguna manera es afín al planteo del DSM (desde 1980 hasta nuestros días), en los que el trauma en tanto cualidad está asociado a un evento; social y moralmente "repudiable" o amenazante para un sujeto. El trauma es, el evento, con la destitución consecuente del atributo psíquico.

En su escrito titulado "Presentación autobiográfica", Freud (1925) realiza una revisión histórica acerca de sus teorizaciones relativas a la etiología del trauma, incluyendo su cambio de enfoque y algunas autocríticas, que denotan la humildad de los grandes.

Sus ensayos como neurólogo en busca de ser psicoanalista, lo conducían por el camino de la sugestión, la hipnosis y la presión sobre la frente, en pos de hacer consciente lo inconsciente.

Coherente con su método de investigar las profundidades del alma, Freud admite:

(...)Bajo el esfuerzo a que los sometía mi procedimiento técnico de aquella época, la mayoría de mis pacientes reproducían escenas de su infancia cuyo contenido era la seducción sexual de un adulto (...). (Freud, 1925, págs.32-33).

En esta etapa del desarrollo previo al psicoanálisis de Freud, se puede observar la relevancia adjudicada al evento.

Éste, de alguna manera lo orientaba a Freud por la fuerza de la impronta diagnóstica de manera implícita, (ya que no debe olvidarse que por aquellos tiempos) se encontraba buscando la etiología de la Histeria e intentando su trascendencia, a partir de la creación de un método novedoso y diferente.

En este párrafo, se puede leer en relación a un tema de peso (el diagnóstico), sobre el que Benyakar (2006) advierte a los terapeutas contemporáneos, a partir de la experiencia freudiana y la propia:

(...)Diagnosticar de manera infundada y apriorística, en función del tipo de situación vivida o de la sumatoria de síntomas y no de cómo fue procesada es, lisa y llanamente, renunciar a nuestro propio saber. Más grave aún es abdicar a nuestra responsabilidad profesional. (pág.41).

Con el viraje teórico de Freud de su psicopatología del trauma, se pasa a sostener que; en el núcleo de toda neurosis hay una neurosis traumática desarrollada a partir de la fantasía, surgida de acontecimientos causales de la infancia.

En ese momento, no estaba claro para Freud, si la causa era externa (evento) o interna (fantasía).

En “La etiología de la histeria”, Freud (1896) desarrolla a pleno la teoría de la seducción. En esta obra, el mecanismo de defensa ante el recuerdo de la vivencia infantil, predispone las bases para la contracción de la enfermedad neurótica.

Este es el momento del “trauma en dos tiempos”:

- Cuando el acontecimiento y la vivencia ocurren durante la infancia, antes de la pubertad, y el menor no tiene conciencia de la cualidad sexual del acto en cuestión.

- Después de la pubertad, cuando el adolescente ya le asigna cualidad sexual al evento pasado.

Aquí Freud intentaba encontrar una etiología común a todas las neurosis, y explicar que según la posición del sujeto ante el trauma, sería la resultante sintomática.

Como se mencionó antes, respecto de la pasividad o actividad sexual, devendría histeria u obsesión respectivamente.

Cuando Freud postula la posición del sujeto ante el trauma, ¿no queda una vez más, de modo tácito, que el trauma era en ese caso el abuso en sí?.

La teoría freudiana del trauma hasta aquí era causal, y con el advenimiento del recuerdo de la “representación intolerable”, (los llamados “traumas sexuales”), la neurosis quedaba resuelta y el tratamiento; finalizado.

La fórmula estaba regida por: hacer consciente lo inconsciente.

El enfoque epistemológico de este trabajo de investigación psicoanalítico, considera a este período de la teoría freudiana del trauma y su práctica clínica, conducentes hacia la victimización del paciente, a partir del rótulo asignado por el evento, que la moral cultural le imprime. Existe una tendencia a despojar a las personas, de sus cualidades subjetivas máspreciadas, en función de asignarle a los fenómenos, cualidades morales.

En los tiempos actuales asistimos a una diversidad de rótulos estigmatizantes, que pretenden devenir en “nuevos diagnósticos”, utilizados tanto en el lenguaje de legos, como el lenguaje técnico.

Un ejemplo de éstos son:

- Violencia de género
- Víctima de una Situación traumática
- Situaciones de estrés

Bajo este modo sintáctico, se reciben solicitudes de interconsulta (escritas en recetarios), en el ámbito hospitalario. Proviene de la guardia, o de los consultorios externos, y pretenden de un modo conciso, dar cuenta de la vivencia del consultante a partir del evento acontecido.

En éstos se ve cómo, la incidencia del “daño” está puesta en el evento o agente externo. Esto implica la categorización subjetiva del profesional que hace el pedido, según su propia valoración.

La violencia se infiere como cualidad perteneciente a la diferencia de géneros, el trauma como cualidad de la situación amenazante, y el estrés no como una respuesta a determinadas situaciones, sino como cualidad de las situaciones en sí.

A partir de 1897, Freud cuestiona la verosimilitud del mundo “fáctico”, que surge de la inexactitud entre los relatos de “sus neuróticas” y los hechos en sí.

En “Conferencias de Introducción al psicoanálisis” (Freud, 1916-1917), “Introducción al Simposio sobre las neurosis de Guerra” (Freud, 1919) y “Más allá del principio del placer” (Freud, 1929), la cuestión de lo subjetivo en las neurosis, accede al podio.

La clínica freudiana del trauma, desplaza su foco de interés, desde el entorno hacia la subjetividad.

De todos modos, el “accidente traumático” denominado por Freud (1916-1917) para referirse a la fijación de los enfermos a determinado momento, se vincula con la expresión por él utilizada (motivo de esta tesis), “Situación traumática” cuando refiere:

(...)Estos enfermos repiten regularmente en sus sueños la situación traumática; cuando se presentan ataques histeriformes, que admiten un análisis, se averigua que el ataque responde a un traslado total a esa situación. (pág. 252).

El uso del vocablo “Situación”⁵ aquí, remite a algo de cualidades fácticas, tal como lo denomina la palabra: algo situable, ubicable, que transcurre en un tiempo y un espacio.

Por no “creer a sus neuróticas”, Freud fue y es duramente criticado por algunos sectores.

Las corrientes psicológicas y psiquiátricas de corte positivista, son uno de sus jueces más severos. Sin embargo Freud, no creía que sus pacientes mintieran o simularan deliberadamente, sino que de alguna manera parecían simular a causa del mismo cuadro que los llevaba a identificarse con una realidad afín a su entramado pulsional.

En la actualidad, es sabido que el ámbito legal y económico interactúan permanentemente algunas veces con la complicidad, otras no, de los profesionales de la salud mental.

De los diagnósticos en salud mental, dependen resoluciones judiciales que derivan en el cobro de cantidades de dinero muy significativas. Esto lleva a profesionales y pacientes a asociarse en pos de beneficios, en contra de la ética profesional y la moral cultural.

⁵ Diccionario de la Real Academia Española. *Acción y efecto de situar o situarse. Disposición de una cosa respecto del lugar que ocupa.*

El concepto antes mencionado como; “neurosis de renta”, es una expresión que posee vigencia, aunque no se la nombre así en ámbitos hospitalarios en los días que corren.

La Dra. Levy Yeyati (2011), señala tres indicadores, ejes de la fenomenología freudiana:

1- Factores precipitantes: acontecimientos amenazantes, sorpresivos y catástrofes.

2- Síntomas: sueños repetitivos, fijación al momento del trauma, ataques histeriformes y gran padecimiento subjetivo.

3- Diagnósticos diferenciales: requeribles para; histeria, hipocondría, y melancolía.

Es importante destacar la diferencia conceptual entre: “neurosis traumática” y “neurosis de terror”.

La primera no presenta ninguna conexión con los conflictos yoicos, mientras que en la segunda, existe una preparación a modo de aviso o señal que prepara para y previene del terror, he ahí la función de la angustia señal.

Se infiere, en este trabajo que cuando Freud habla de “fijación al momento del trauma”, hay una alineación con la idea que expresa que el momento del “evento”, es el de lo “traumático”.

De no ser así, es muy difícil comprender cuál sería el “momento” del trauma.

¿Es posible ubicar el momento del trauma, de la fijación al trauma, o se está considerando trauma=evento?

La similitud entre la neurosis traumática e histeria, se encuentra en la pluralidad de síntomas motores. El punto diferencial señalado por Freud, entre ambas, es el sufrimiento subjetivo intenso de la primera y el debilitamiento yoico y/o la destrucción de “operaciones anímicas” en la segunda.

Pese al hecho de haber abandonado la idea del trauma en dos tiempos, Freud continuó postulándola a lo largo de toda su obra.

La “situación traumática” designaba para Freud la aparición de la “angustia automática” a la que también se llamó “angustia traumática”.

En “Inhibición, Síntoma y Angustia, (Freud, 1926) caracteriza a las vivencias de desvalimiento, desamparo e indefensión, como cualidades de la angustia traumática.

Las vivencias de desamparo y desvalimiento, serán retomadas por Benyakar (Benyakar & Lezica, 2005), para conformarse junto a otras, dentro de lo que el autor ha denominado; “Los Emergentes Clínicos del Complejo Traumático”.

En función de la propuesta que hace Laplanche al señalar la necesidad formular el par: angustia-terror, en continuidad, para indicar este vínculo, surge la explicación de la fórmula freudiana que dice que: “La angustia protege del horror”. (en Tkach, 2009, pág. 5)

De este modo, la angustia que emerge en la “situación de peligro” se vincula con la “situación traumática” en tanto es anticipación de esta última.

La noción de “Trauma” en Winnicott (Tkach, 2009), presenta algunas diferencias respecto de las freudianas.

El Dr. Tkach, rescata de manera precisa algunas definiciones que se aproximan a la concepción de Winnicotiana del trauma, citadas a continuación:

(...) al principio, en la etapa de dependencia absoluta, el trauma implica un ‘derrumbe’ en el ámbito de confiabilidad del ambiente previsible promedio; dicho ‘derrumbe’ se manifiesta en una falla o falta relativa, en la instauración de la organización yoica; el término ‘trauma’ en su acepción popular implica el ‘derrumbe’ de la fe; el niño ha construido la capacidad de ‘creer en algo’ y la provisión ambiental que primero la sostiene luego falla; el ambiente lo persigue y penetra sus defensas; el trauma⁶ es así, una intrusión del ambiente; el trauma es la destrucción de la pureza de la experiencia individual a raíz de un hecho demasiado súbito e impredecible; las fallas en la confiabilidad del ambiente en las etapas tempranas producen en el bebé fracturas de la continuidad personal; un quehacer materno suficientemente bueno es aquel que permite al bebé no verse obligado a enfrentar lo impredecible hasta ser capaz de dar cabida a las fallas ambientales; tal como quedó registrada en su computadora personal. (pág. 6)

⁶ El subrayado, corresponde a la presente investigación.

En las ideas esbozadas arriba, se puede observar el carácter imprevisto que conlleva el “trauma” desde la concepción de Winnicott, quien al igual que Freud, le asigna un valor crucial a la cualidad característica de provenir del entorno.

La pasividad e incapacidad de anticipación por parte del niño, también se hallan en congruencia con las ideas de Freud en relación a “hechos” que ocurren en momentos tempranos de la constitución psíquica del niño.

La caída de la idealización de un mundo que cuando no lo satisface plenamente se torna persecutorio e invasivo, pone de manifiesto cómo el entorno (externo) interactúa en una relación directa con lo interno (lo psíquico).

La diferencia se marca (en la ingenuidad del niño/a) ya que el primer momento de la psicopatología del trauma en Freud, es el adulto quien intrusa el psiquismo del niño, y recién después de la pubertad, con la re-significación de la sexualidad adviene la sintomatología.

El niño descrito por Winnicott, en ese sentido, es pasivo en cuanto a lo imprevisible del derrumbe de la confianza, y activo en cuanto a su modo de defenderse, ya que ese derrumbe y sus defensas, parecen comenzar antes de la etapa puberal.

La figura de la madre “suficientemente buena”, aporta las bases para co-metabolizar, las fantasías de derrumbe en cuanto a la confianza del mundo externo, que Tkach (2009) refiere de Winnicott.

En los antecedentes, se ubica la raíz de los lúcidos desarrollos conceptuales de Benyakar, que impulsan el presente trabajo de investigación en psicoanálisis, en torno a su propuesta del concepto “Lo Disruptivo”. Es partir de su teorización, que además de incluirse “Lo Disruptivo” como concepto, adviene un desarrollo sobre lo fáctico y lo psíquico, en pos de lograr un entramado relacional que busca re-subjetivizar a un sujeto inmerso en un entorno.

En el trabajo del Dr. Tkach (2009), en el que aborda la definición de “trauma” de Freud a Winnicott hasta nuestros tiempos, se destaca la escasa dedicación al concepto, en la obra de Melanie Klein, así como la preponderancia de esta temática en el “pre-Lacan” y “el último Lacan”. Línea teórica, que se dejará pendiente para un próximo trabajo, y que aquí se esboza de modo periférico.

En relación a las conceptualizaciones de Lacan, Miller (2002, en Tkach, 2009) refiere que:

(...) el acontecimiento traumático, es el fundador de la huella de afecto que mantiene en el cuerpo y en la psique un exceso de excitación que no se deja absorber. El afecto esencial es el trazante de la lengua sobre el cuerpo por lo que lo traumático no es la seducción, no es la amenaza de castración ni la pérdida de amor, ni la observación del coito parental no es el Edipo, sino que es la relación con la lengua. El accidente contingente que se siempre se produce necesariamente queda perdido en este último. Llevado al extremo es resumido en la repetida fórmula lógica: el significante es causa de goce. (págs. 1, 2)

De la conceptualización de Miller, entendemos que mantiene la idea de “acontecimiento traumático” y de “accidente”. El viraje lo hace con respecto a quitarlo de lo situacional, para ubicarlo como inherente al sujeto en su relación con la lengua.

En un artículo el Dr. Abdala (2012) realiza un escueto e interesante resumen del concepto “Trauma”, abordándolo desde las definiciones de la psiquiatría, P. Janet y el del psicoanalista paquistaní británico: Masud Khan.

El artículo, dirigido a los legos en la materia psi, refuerza el problema planteado en la presente investigación acerca de la confusión entre “Lo Fáctico” y “Lo Psíquico” en los profesionales de la salud mental, y sus implicancias respecto de la singularidad.

Las definiciones elegidas por Abdala, para dirigirse a la comunidad refuerzan la idea planteada por el DSM, en tanto pone la carga del trauma en relación directa con el/los eventos culturalmente preestablecidos como “traumáticos”.

Abdala (2012), dice en la primera definición citada respecto de trauma:

La psiquiatría también la tomó (la palabra trauma⁷) para explicar el trauma psicológico al hacer referencia a toda situación en la cual una persona queda expuesta, tanto en forma directa como indirecta (por ejemplo, como testigo), a un hecho que implique un riesgo real o potencial de muerte o de daño grave. Supone un evento imprevisto, brusco y muy severo que ocasiona un miedo intenso y una vivencia de descontrol. (párr. 2)

⁷ El paréntesis y los subrayados, son un agregado de la presente investigación.

Tres palabras claves en la definición citada que acentúan la cualidad (erróneamente asignada), fáctica, al trauma: situación, hecho y evento.

En la segunda, toma lo conceptualizado por P. Janet (psicólogo y neurólogo francés, nacido en 1859) (Levy Yeyati, 2011):

(...) en 1894, al trauma psicológico lo define como “El resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. (pág. 132)

La definición de Janet, en tanto carece del concepto “Disruptivo”, rosa la idea que puede indicar lo traumático como cualidad del evento.

Marca también el factor causal que acarrea la noción de Trauma, desde antes de Freud. Nótese el énfasis puesto a la palabra “resultado de...”, como ratificación de la idea causa/efecto, y el termino acontecimiento. También aquí aparece el concepto “estresante”, al cual se lo vincula al “Trauma”.

Luego, Abdala (2012) refiere: “En resumen, este concepto clásico de trauma psíquico implica que ocurre un hecho puntual desencadenante de tal magnitud que el individuo no es capaz de responder en forma adecuada al estar desbordado por la intensidad de las emociones vividas”. (párr. 4)

No resulta del todo claro, si la posición del autor es vincular al trauma con el hecho, o con la reacción inadecuada del sujeto en su desborde. La ausencia del concepto “Disruptivo”, en todas las definiciones hasta ahora esgrimidas, provoca que se extiendan los bordes conceptuales del “Trauma” como cualidad de procesamiento del psiquismo, a la cualidad de todo tipo de eventos consensuados como tales.

Finalmente tomando la definición del psicoanalista paquistaní-británico Masud Khan (1980 en Abdala 2012) lo cita:

(...) este autor afirmó que la repetición de eventos, a veces silenciosos e imperceptibles, pero que se acumulan o se suman en el tiempo ocasiona también traumas psicológicos, con iguales consecuencias a las mencionadas.

Su idea original de trauma acumulativo se refería a lo acontecido en niños con situaciones difíciles y sin figuras protectoras. (párr. 5 & 6)

Casi imperceptible para el lector no especializado en la temática, en este escrito los eventos aparecen conectados a la repetición y a la acumulación, en tanto sumatoria que parecería ocupar una parte especial en el disco rígido de una computadora.

Khan (1980 en Abdala 2012) destaca aquí la unión sintáctica; “situaciones difíciles” y “traumas psicológicos”. Definir al trauma, si bien no contempla la cualidad de disruptividad del evento, tampoco expropia del campo psi a lo traumático para ubicarlo como cualidad del evento.

A partir de los desarrollos de Winnicott, surgen las ideas de Masud Khan, en torno al concepto: “Traumas acumulativos”.

c) Los desarrollos teóricos de Benyakar, se destacan por su interés articulador e integrador del psicoanálisis freudiano, con las otras escuelas; francesa e inglesa.

Su pretensión de dialogar con todas las disciplinas de la salud mental y las ajenas a estas la constituye en una obra amena, actual y antigua a la vez, en tanto renueva la vigencia de los principios psicoanalíticos.

Sin embargo sus desarrollos teóricos en lo que al uso de la expresión “Situación Traumática” refiere, no han sido llevados al campo de la investigación, motivo por el cual son el punto de partida de este trabajo de investigación conceptual, con constatación de campo.

Las obras del mencionado autor, que se erigen como pilares de sostén teórico son sus libros:

- Lo disruptivo, amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales. (Benyakar, 2006)
- Lo traumático, clínica y paradoja T.1; El proceso Traumático. (Benyakar & Lezica, 2005)

Las conceptualizaciones pertinentes para esta investigación, surgen de “Lo Disruptivo”, en tanto se propone utilizarlo para la restitución del concepto “Traumático”, para aquellos procesamientos psíquicos caracterizados por la desarticulación entre vivencia y representación, que marcan la discontinuidad procesal, caracterizada por la vivencia de vacío.

Además de considerarse pertinente la utilización del concepto “Disruptivo”, para los eventos, se considera que la restitución de la cualidad “traumática” para los procesos psíquicos es altamente relevante.

El contexto actual promueve la distorsión de la singularidad, en tanto desconocimiento de la misma por efecto (entre otros), de categorías universales, de validez consensuada y de diagnósticos etiquetantes que rigidizan a profesionales y pacientes.

En el tomo 1 de “Lo traumático”, (Benyakar & Lezica, 2005) abordan desde su origen, las definiciones de vivencia, vivenciar, fáctico (interno y externo), psíquico y experiencia, entre otros conceptos.

Además realiza un recorrido por la obra freudiana respecto del trauma, tomando en cuenta los desarrollos de Fenichel O., Ferenczi S., y también las clasificaciones del DSM.

El tomo 2 de la misma serie (Benyakar, Lezica, 2006), se encuentra abocado al desarrollo más profundo de nuevas conceptualizaciones y a las modalidades de abordaje de lo traumático.

d) El trabajo del Dr. José A. Castorina (2014), se considera relevante como antecedente, en tanto pone de relieve la importancia del análisis conceptual en pos de eliminar la imprecisión en las nociones psicológicas.

Toma en cuenta los aspectos y condiciones sociales del conocimiento y la relación entre estas y la pretendida “objetividad”.

Destaca también una actividad “metateórica” en el momento mismo de la producción del conocimiento y cómo eso impacta en la formación de los psicólogos.

En línea con el trabajo de la presente tesis, abordar las confusiones conceptuales se considera de fundamental importancia, para advertir de los posibles efectos, negativos, que se producen al equiparar términos que presentan diferencias sustantivas.

En el trabajo de Castorina, un aspecto de interés en consonancia con la presente investigación, es el que se refiere a que:

Una actividad meta teórica prioritaria es, por tanto, regular el uso de los conceptos extraídos del lenguaje cotidiano y luego transferidos a la psicología, lo que aquel autor denominaba su gramática convencional. Se trata de eliminar las ambigüedades y desplazar los significados intuitivos del sentido común o de un campo de conocimiento a otro sin recaudos, favoreciendo la abstracción y el rigor progresivo de los conceptos. (pág. 22)

Tal es la propuesta de esta investigación, en tanto detecta que la expresión “Situación Traumática se utiliza de forma indistinta en el lenguaje técnico, como en el lego.

CAPITULO III

Marco teórico

Esta tesis se apoya en el modelo epistemológico desde el cual Benyakar, en su recorrido por la obra de Freud, despliega y amplía la teoría del trauma. La revisión que hace de ésta, permite extender sus márgenes proponiendo la inclusión de un nuevo concepto: “Lo Disruptivo”, el cual restituye a “Lo traumático” su cualidad propia, en tanto producto psíquico.

En sus escritos, destaca el histórico error conceptual asignado a lo traumático, desde Freud y sus contemporáneos hasta el DSM V.

Durante el curso de los seminarios del Doctorado en Psicología de la USAL, como miembro del Equipo de Investigación en Psicoanálisis y/o Lo Disruptivo, he podido observar la vigencia de un deslizamiento conceptual erróneo, que hace marca en la práctica clínica de los profesionales de la salud mental, contrariando el “Principio de Singularidad” (inherente a los abordajes psicodinámicos) que esta tesis propone, por considerar necesaria su presentación y definición.

La utilización y repetición de la expresión “Situación Traumática”, por los profesionales de la Salud Mental, es el punto de partida de este trabajo.

Por su asociación mecánica y reproducción viral, tanto en el lenguaje técnico (salud mental), como en el lenguaje popular, pasa inadvertido no solo el error que conlleva, sino también la secuela de su impronta pasivizante para el sujeto que la enuncia.

Al modo en que el “yo”, en tanto pronombre personal, designa al sujeto que lo nombra con independencia de su “nombre”, “Situación Traumática” se adapta elásticamente a cualquier sujeto que la enuncie, distorsionando su singularidad, por el hecho de asignarle la cualidad de “traumática” (propia del sujeto), a un evento fáctico, despojando al primero (sujeto), de su modo de producir subjetividad.

Para comenzar a precisar el tema de este capítulo teórico, se agrupan en sub-capítulos temáticos los conceptos con sus definiciones y su enfoque epistemológico a los fines de facilitar la lectura.

La búsqueda de significados aportados por diversos autores, desde distintas disciplinas, conforma el enfoque epistemológico del presente trabajo.

El mismo, es abordado desde la teoría de la complejidad, desarrollada por Morín (El paradigma de la complejidad de Edgar Morin, 2012).

El pensamiento de Morín, se expresa a través de un modo de construcción que toma al conocimiento como un proceso simultáneo que incluye: lo cerebral, lo biológico, lo espiritual, lo lógico, lo lingüístico, lo cultural, lo social e histórico, diferenciándose de la epistemología clásica, que concibe al conocimiento solamente desde el punto de vista cognitivo.

El conocimiento desde la complejidad, comporta valores que la Bioética promueve en consonancia con la Dignidad y los Derechos Humanos (autonomía y responsabilidad individual, respeto de la diversidad cultural y del pluralismo a partir de la aceptación de las diferencias). Este principio surge desde el reconocimiento de lo “propio y lo ajeno”.

El término **Complexus**, significa aquello que está tejido en conjunto, un entorno que abarca. (Corominas & Pascual, 1996)

“Unión, enlace, encadenamiento, acción de rodear, de estrechar”. (Corominas & Pascual, 1996)

“Abrazo, enlace, encadenamiento” (Corominas & Pascual, 1996) .

Es complejo todo aquello que no puede resumirse o reducirse a una palabra “maestra”, es lo que se opone a lo simple, es el problema por encima de la solución. Problema que se despliega a partir de la integración de otros problemas.

PARADIGMA DE LA COMPLEJIDAD

La complejidad es la incertidumbre en el seno de los sistemas ricamente organizados. Morín E. 2008



Un "Principio" posible desde la complejidad

Cuando desde el Psicoanálisis y otros abordajes psicodinámicos, se habla de "Subjetividad", ¿es como sinónimo de "Singularidad"?

La utilización del concepto "Subjetividad", estuvo presente durante los años de investigación que llevó la realización de este trabajo. El mismo, (en sus primeras versiones), plantea (a modo de hipótesis) que la expresión "Situación Traumática" presenta una confusión conceptual entre trauma y disrupción, que altera la subjetividad. En las incontables revisiones del postulado, los Dres. Benyakar y Borelle, señalaban las dificultades de constatar semejante afirmación, a partir de un trabajo de campo. El concepto "Singularidad", se presenta más adecuado para esta tesis, por ser inherente a los abordajes psicodinámicos (en tanto los caracteriza), y por su reciprocidad con el de "Subjetividad". ¿Qué es la Singularidad? ¿Por qué plantearlo como "Principio"?

Ante la necesidad de precisar el concepto (buscando la diferencia con "Subjetividad"), esta tesis presenta el concepto "Principio de Singularidad". El mismo, surge en consonancia con los lineamientos de la teoría de la complejidad, problematizando la temática, a los fines de esclarecerla. Bajo ningún aspecto, esta tesis pretende resolver la conflictiva de la indistinción entre "Subjetividad" y "Singularidad", sino por el contrario, aportar un elemento conceptual que permita su desarrollo posterior.

La expresión es clara y entendible por todos los colegas del campo de la salud mental, sin embargo cada uno de ellos esgrime distintas concepciones acerca de ésta.

Casi por accidente, esta tesis encuentra que "Singularidad" es otro concepto que requiere precisión, ya que se lo halla (en la bibliografía consultada), como sinónimo de "Subjetividad".

En distintos ámbitos académicos, se pueden escuchar referencias y desarrollos muy interesantes, en relación a "Lo Subjetivo", "La subjetividad", "El Sujeto" y con menor frecuencia: "La Singularidad".

En la búsqueda de elementos que den cuenta de lo planteado en la pregunta problema de la investigación, se advierte que los conceptos "Subjetividad y Singularidad", se utilizan como sinónimos.

Un trabajo de la Dra. Silvia Bleichmar (2004), refiere lo siguiente:

(...) A la pregunta: ¿qué quiere decir producción de subjetividad?, es decir, de qué manera se constituye la singularidad⁸ humana en el entrecruzamiento de universales necesarios y relaciones particulares que no sólo la transforman y la modifican sino que la instauran, debemos articular una respuesta que tenga en cuenta los universales que hacen a la constitución psíquica así como los modos históricos que generan las condiciones del sujeto social. (pág. 10)

En este lúcido párrafo, se observa que “Subjetividad y Singularidad”, están utilizadas como sinónimos.

Basado en éste y numerosos autores psicoanalíticos (que las mencionan indistintamente), en la encuesta utilizada en esta investigación, se decide plantearlas en la misma línea. El objetivo tácito (auxiliar) entre otros, es el de indagar si los profesionales de la salud mental advierten alguna diferencia.

Se parte de la base, que aunque es sutil, existe una diferencia conceptual que amerita un uso preciso y diferenciado, para referirnos a la “Singularidad”, como un Principio inherente a los abordajes psicodinámicos.

Este hecho, orienta a la presente investigación a indagar las especificidades entre los conceptos “Subjetividad” y “Singularidad”, encontrando trabajos que hacen alusión a éstos pero sin presentar una especial atención a sus diferencias.

Para adentrarnos en la definición de los conceptos esgrimidos en nuestra Hipótesis y Postulado, creemos necesario despejar algunas dudas surgidas en el recorrido, para luego plantear la necesidad de asignarle a “Singularidad”, el estatuto de “Principio”.

Para ello, se define el concepto “Sujeto”.

⁸ El subrayado no corresponde al texto original

Etimología:

Del latín *subiectus*, part. pas. de *subiacĕre* (*sub*='debajo', '*iacere*=arrojar, poner. Por lo tanto *subiacĕre* en latín significaba: *someter*').” (Diccionario de la Real Academia Española, 2016)

A continuación, se citan definiciones según la ubicación sintáctica dentro de la oración de enunciación y la disciplina en que se la utiliza.

1. adj. Que está sujetado. La carga iba bien sujeta.
2. adj. Expuesto o propenso a algo.
- * 3. m. Persona cuyo nombre se ignora o no se quiere decir.
4. m. cult. Asunto o materia sobre la que se habla o escribe.
- * 5. m. Fil. Soporte de las vivencias, sensaciones y representaciones del ser individual.
- * 6. m. Fil. Ser del cual se predica o enuncia algo.
7. m. Gram. Función sintáctica desempeñada por un sintagma nominal que concuerda en número y persona con el verbo, o por una oración subordinada sustantiva que requiere un verbo en tercera persona.
8. m. Gram. Expresión nominal que designa la entidad de la que se predica algo.
- * 9. m. R. Dom. Persona despreciable, gente de poca monta.

Se han marcado con asteriscos, las que aluden al sujeto como persona o ser.

La primera de ellas, lo vincula a un objeto “sujetado”, caracterizado por la pasividad inherente a los objetos, a raíz de la cual se emparenta con la número dos, por el denominador común señalado. Aquí se puede ver la impronta de su origen en latín: sometido.

En las definiciones tres, cinco, seis y nueve, comienza a aparecer la noción de “persona”, “ser”, soporte de vivencias, emociones y representaciones, ligado a lo “individual”.

En línea con la noción de persona, se suma la cualidad de “despreciable”, para referirse como “sujeto”, a alguien sobre quien no se quiere pronunciar su nombre.

En la plurisemia de nuestra lengua, debe notarse también, que la definición número cuatro proporciona una relación con su acepción en la lengua inglesa; “subject” = “sujeto”, que se utiliza para nombrar al asunto o tema a tratar.

En los encabezamientos de los mails, debajo del destinatario “to”, se encuentra “subject”, que le asigna una temática y un nivel tácito de prioridad.

“Sujeto”, como otras palabras de nuestra lengua, no está exento de generar confusión.

La definición, del término, desde el psicoanálisis francés, según R. Chemama (1996), es esclarecedora. En este trabajo, la definición que sigue a continuación, se presenta como la utilizada para avanzar sobre el concepto “Singularidad”.

El autor advierte sobre la necesidad de diferenciar al sujeto que Freud descubrió en el inconsciente (sujeto del deseo), del individuo biológico como el sujeto de la comprensión. A este último se refieren las definiciones cinco y seis del diccionario de la Real Academia Española, arriba citado.

“Este sujeto del deseo, es un efecto de la inmersión del pequeño hombre en el lenguaje” (pág.424).

Psicoanalíticamente definido, “sujeto”, es quien no sabe lo que dice, ni que él lo dice. Es el que se expresa en los sueños, actos fallidos, lapsus, olvidos y en su forma más lograda a través del chiste. Según Lacan: no soy, allí donde soy el juguete de mi pensamiento: pienso en lo que soy, allí donde no pienso pensar.” (Lacan, 1957)

Aquí, la noción de sujeto se entrama con la de deseo. Deseo sabido (inconsciente) a la vez que desconocido (por la conciencia).

El **sujeto**, según la definición de Lacan (en Chemama, 1996) es:

“Lo que un significante representa para otro significante”. (pág. 426)

Desde nuestro enfoque teórico, resulta importante destacar la presencia del significante “representación”, y citar a Benyakar & Lezica (2006), con la definición que aporta, en tanto:

En cambio la representación implica un segundo momento porque se trata de la elaboración de una representación por medio de un proceso transformador que le adjudica su configuración psíquica y su cualidad de articulación. Al representarse lo presentado desde lo fáctico, este último irá haciéndose psíquico, o sea, adquiriendo cualidades procesables por el psiquismo y perdiendo su condición perceptual. (pág. 35)

Ahora bien, esta tesis asume la condición de sujeto, como sujeto del y en el inconsciente, distinto del individuo o sujeto consciente, que enuncia desde el Yo todos sus discursos posibles.

El sujeto en el inconsciente sujetado por éste, se constituye a partir del vínculo con su madre.

Del sujeto a la subjetividad, y de la subjetividad al sujeto, se despliega un camino no lineal, simultáneo, que nos acerca a la noción de singularidad.

El diccionario de la lengua española, (2007), define “Lo Subjetivo”, como lo considerado en oposición al mundo externo o relativo a él.

Aquello que hace al modo de pensar o sentir del sujeto, y no del objeto en sí mismo. Esta concepción, plantea una oposición entre: externo/interno, sujeto/objeto.

Parafraseando a Enrique Guinsberg” (2004), investigador del Depto. de psicología de la Universidad autónoma metropolitana de México:

Como tantos términos de uso muy frecuente, el de subjetividad tiene tal amplitud como escasa precisión tal como lo demuestra una somera revisión a diccionarios en general y especializados de distintas disciplinas en particular. (párr.1)

En psiquiatría, se reserva el término “Subjetivo”, para síntomas imaginarios, alucinatorios o carentes de fundamento lógico (Psicología moderna de la A a la Z: comprender, saber, actuar, 1978, p.418).

Resulta notorio para este trabajo, que siendo “Subjetividad”, un concepto al que se le han dedicado numerosos escritos, no figure en dos diccionarios

psicoanalíticos de peso como son: Laplanche y Pontalis (1996) y Roland Chemama (1996).

Desde la concepción filosófica, se entiende por “Subjetivo” y “Subjetividad”, todo lo que pertenece al ámbito de lo psíquico y lo psicológico, a diferencia por ejemplo de la sociología o la política.

Para Freud, las series complementarias, es decir la vinculación entre los aspectos hereditarios, constitucionales, infantiles y actuales del entorno, dan cuenta de la subjetividad como producto de. La concepción freudiana, es tenida en cuenta en esta tesis, por la presencia de “lo hereditario”, como elemento para incluir en la definición de “Singularidad”.

¿Existiría “subjetividad” sin “cultura” o ambas se encuentran interrelacionadas?

Desde esta tesis, se asume la vincularidad entre ambas, en una relación de necesaria dependencia.

Yo pienso que nuestra historia, nuestro padre, nuestra madre, nuestra forma de ver la política, realmente no son una suma de lo que nosotros aprendemos, son una producción sobre las experiencias en las que estamos inmersos. Y esto hace del **concepto de Subjetividad** un concepto bastante subversivo, en el sentido que no es un concepto susceptible de ser modelado externamente, sino, apenas facilitado, porque inclusive, cuando pensamos que estamos facilitando algo para el otro, inclusive para el otro cercano, nuestro hijo, nuestra esposa; resulta que esa experiencia se está viviendo en una emocionalidad y en unos desdoblamientos simbólicos totalmente ajenos a nuestra intención como personas. (Gonzalez Rey, 2013)

En este párrafo se detecta lo que tal vez podría dar cuenta del obstáculo para definir con precisión tajante, el concepto de “Subjetividad”.

“Concepto subversivo”, “no susceptible de ser modelado”.

Aquí agregaríamos que el concepto en sí, en tanto refiere a un proceso, designa la capacidad de la autosubjetivación, producto de la intersubjetivación, integrándose como lo “transubjetivo”.

Desde una subjetividad que le es propia e inconsciente, la madre (entiéndase en los tiempos actuales, a aquella persona capaz de accionar como co-metabolizador psíquico del recién nacido, independientemente de su género biológico y de su vínculo de sangre), aporta los nutrientes tanto biológicos como psicológicos para que el psiquismo precario, no permanezca en la indefensión. En tanto realiza esta tarea desde la cultura que la alojó, la misma la lleva a re-subjetivarse, transformando su cosmovisión. Sus miedos, sus ansiedades, sus anhelos ya no serán los mismos que antes de la función maternante. Ni mejores ni peores, serán otros.

El bebé, por su parte, asimila lo propio de la madre desde la ajenidad que lo constituye en tanto otro no reconocido por sí mismo (por ausencia de diferenciación yo-no yo), en un intento heroico por hacerlo propio.

Ese acto, ya transforma la subjetividad materna, marcando la huella de un “modo singular de subjetivación”.

Lo transubjetivo, será el resultado de la interacción entre ambos (madre/bebé), en tanto hecho histórico y cultural, marcando su impronta en la dimensión temporo-espacial, junto a lo producido con todos los otros significativos al momento del nacimiento.

Continúa diciendo González Rey (2013), en su conferencia:

(...) Durante muchos años lo social fue visto como aquel sistema externo, objetivado que actuaba y definía lo psicológico (...) y yo creo que lo social es también una producción subjetiva, y cuando digo subjetiva no estoy contraponiendo a objetivo, estoy caracterizando un tipo de proceso de los fenómenos humanos que es tan objetivo como una piedra y es que nosotros los humanos vivimos los procesos en su carácter simbólico emocional y está claro que todo lo que se exprese en nuestra existencia toma forma y se integra en configuraciones subjetivas, pero altamente complejas, donde no hay procesos lineales.

Precisamente, si se rescata el lenguaje claro y contundente de González Rey, comienza a esbozarse en la conceptualización de la subjetividad, la noción de “Singularidad” propuesta en este trabajo.

Las configuraciones subjetivas complejas poseen un núcleo único y relativo a cada sujeto, a modo de una huella digital, irreplicable, a la cual denominaremos "Singularidad", conformada no solo por lo psíquico en tanto espacios, sino también por el soma con sus peculiaridades.

Antes de fijar este concepto, proponemos revisar un poco más la noción de "Subjetividad".

Para ello, la última frase que citaremos de la Conferencia de González Rey (2013), contribuirá junto con las reflexiones de Hornstein, a preformar una definición de la "Singularidad" pretendida en este trabajo. "(...) Aquí sale la materia prima de cómo se vive el sentido subjetivo⁹ de la experiencia, no está dado por el carácter objetivo del evento, está dado por lo que se produce viviendo el evento".

Este claro concepto del autor, reafirma la posición de Benyakar, respecto del atributo relacional que le asigna a "Lo Disruptivo" (evento) y la vivencia del sujeto, que desarrollaremos en este mismo capítulo, más adelante.

Luis Hornstein (2010), en referencia al ser, cita unas letras de Bataille (1957):

Cada ser es distinto a todos los demás. Su nacimiento, su muerte y los acontecimientos de su vida pueden tener interés para los otros, pero nace y muere solo. Entre un ser y otro hay un abismo, una discontinuidad y toda la puesta en marcha erótica tiene como tendencia la disolución del estado de existencia discontinua. (pág. 6)

La referida "puesta en marcha erótica" tiene como tendencia señalada por Bataille, la de dar continuidad donde no la hay, ese modo de hacer con lo discontinuo, ocurre en función de una trama subjetiva. Sin embargo, "ese modo de hacer", desde nuestra perspectiva, no es la subjetividad, sino un singular modo de producir "La Subjetividad".

Ese hacer con/desde la subjetividad (dinámicamente cambiante), ese minúsculo punto dinámico en el entramado subjetivo, que determina el modo singular, es el que esta tesis propone como "Singularidad", en un intento por precisar su diferencia con "Subjetividad".

La constitución de lo psíquico (en tanto espacios), se produce indefectiblemente en un soma, en una combinación que supera la mera suma de

⁹ El subrayado no corresponde al texto original

soma+psique, dando como resultado lo "Singular", como "principio" del ser, que es forzosamente desatado de su punto de partida: el cuerpo materno.

Sin esta operación de corte, nada es posible. Corte (literalmente dicho), que da origen a la innumerable sucesión de separaciones venideras, cada vez menos forzadas y más esforzadas desde su impronta singular.

Cuando escuchamos decir: desde su subjetividad, es casi redundante, en tanto no hay otra posibilidad (dentro del campo neurótico), que un sujeto no haga algo desde su "Subjetividad".

Dando un paso más, la "Subjetividad", en tanto huella de la "Singularidad", puede ser analizada (con las limitaciones que lo inconsciente impone), en su núcleo más profundo y fundante.

Define Ferrater Mora (1964):

(...) puede calificarse de singular todo ente, proceso, cualidad, etc. particulares, a diferencia del ser individual, que podría estar limitado a una entidad. (pág. 682)

A la manera en que el proceso secundario le posibilita al sujeto hablar y ser entendido con todas sus confusiones, puede (mediante un proceso analítico), inferirse algo del modo en que lo primario dejó su huella.

La subjetividad, en tanto estructuración del sujeto, permite oír los ecos de una singularidad, primaria y constante, que configura la trama subjetiva.

La Singularidad es punto de partida en simultáneo de la subjetividad, la contiene.

¿No es acaso allí donde el analista escucha con atención flotante? ¿No es la singularidad, el foco, el principio que los abordajes psicodinámicos proclaman?

González Rey (2013) refiere: "(...) la materia prima de cómo se vive el sentido subjetivo de la experiencia (...)".

Esta tesis considera que esa materia prima, ese modo de vivir el sentido subjetivo de la experiencia, remite al núcleo vivo de lo subjetivo, (al que denominamos "singular"), solo accesible parcialmente al sujeto cognoscente y a un observador externo, en tanto "Posición subjetiva", que dará lugar a inferir la "Singularidad del Sujeto".

La Subjetividad, los cauces por los cuales las corrientes erógenas buscan incesantemente transformar en "línea", los intersticios que nuestros puntos dejan vacantes, adquiere desde el momento inicial de la vida, un modo singular. Singularidad, punto de partida.

Es por lo antedicho, que este trabajo de investigación, propone al campo científico, una definición posible:

Singularidad¹⁰, como el modo (único e irrepetible) de producción de Subjetividad, inherente a cada sujeto. Incluye como elemento determinante al soma. Esta inclusión se considera esencial como componente diferencial con el concepto de "Subjetividad".

Si bien "**Subjetividad**", no es posible sin soma, esta tesis considera a lo subjetivo, dentro del campo psicológico, en tanto "posicionamiento" desde lo inconsciente en el Sujeto.

La "**Singularidad**", en tanto "modo" de producción de todas las configuraciones subjetivas dinámicamente posibles, estará condicionada por el soma constituyente y constitutivo. Cualidad cromosómica, anatomía y biología, receptoras de un sistema psíquico en progreso.

Bajo la pretensión de haber fundamentado y esclarecido la diferencia complementaria entre "Singularidad" y "Subjetividad", en función de los objetivos y limitaciones de esta tesis, abordaremos la noción de "**Principio**", para finalmente proponer de modo formal: "**El principio de Singularidad**", mencionado en nuestra hipótesis.

Principio de contradicción, principio de identidad, principio de individuación, principio de razón suficiente, principio de realidad, principio del placer, principio de nirvana...etc.

La vida está regida por principios, sin embargo, esta investigación no ha encontrado en la bibliografía revisada, referencia alguna al "Principio de Singularidad", motivo por el cual, este trabajo lo propone.

En conversaciones mantenidas con el Dr. Luis Hornstein, sobre la obra freudiana, el reconocido y prestigioso psicoanalista, señaló no haber detectado en la misma, alguna mención a éste.

En una comunicación virtual, el Prof. Dr. Ignacio Barreira -Epistemólogo, Docente USAL-, aportó como conceptualización de "Principio", que es aquello que

¹⁰ Definición propuesta por el presente trabajo de investigación.

no es causado o producido, sino que es punto de partida. En ciencia, "Principio" es un punto de partida para el Sistema teórico en cuestión.

Esta investigación, indaga el concepto de "Principio", en Ferrater Mora (1964), siguiendo las líneas sugeridas por los Dres. Hornstein y Barreira.

Principio;

Es la menor acción (...) elemento al cual se reducen todos los demás, aquello de lo cual derivan todas las demás cosas (...) el principio de todas las cosas. (pág. 480)

El diccionario, ofrece distintas versiones del término incluyendo otras áreas de incumbencia. Aquí citaremos las más relevantes para este trabajo.

Diferencia entre dos principios: el "principium essendi (del ser)", del "principium cognoscendi (del conocer)". (pág.480) Cada uno de éstos, puede tener dominio sobre el otro, dando lugar a dos tipos de pensamiento: realista (si predomina el del ser sobre el del conocer), e idealista (si predomina el del conocer sobre el ser).

El lenguaje, materia prima del trabajo en salud mental, da razón a la realidad, la re-crea, la construye, configurando lo que Freud denominó: Realidad psíquica. Estas categorías provienen de los escolásticos.

Esta tesis, asume como definición de "**Principio**", la citada a continuación.

Para **Aristóteles**, "**Principio**", es punto de partida del movimiento de una cosa, es el elemento primero o inmanente de una generación. Fuente de donde derivan: el ser, la generación, o el conocimiento.

Ferrater Mora (1964), señala que los principios de una determinada ciencia, aunque "puntos de partida", de esa ciencia, son a su vez dependientes de ciertos principios superiores y en último término, de los llamados "Axiomas".

Hasta aquí consideramos suficiente (a sabiendas de los límites del presente trabajo), las acepciones del término para explicar a qué nos referimos cuando formulamos hipotéticamente que:

“**El Principio de Singularidad** inherente a la concepción psicodinámica de abordaje terapéutico, es contrariado por la confusión conceptual entre “Trauma” y “Disrupción”, que presenta la expresión “**Situación Traumática**”.

El Principio de Singularidad, es inherente a la concepción psicodinámica de abordaje terapéutico, como la Subjetividad (objeto de dicho abordaje), es inherente a la singularidad y a su vez la conforma.

La concepción de abordaje psicodinámico, a diferencia de las concepciones positivistas, toman como centro del análisis al sujeto, sujeto del y al inconsciente, en todo su devenir pulsional posible.

Bernstein (1993) sostiene:

Cabe afirmar (con profunda exactitud), que cada personalidad es la ley de sí misma, en el sentido de que una sola vida, si se la comprendiera plenamente, habría de revelar su propio proceso de crecimiento necesario y sistemático. El curso de cada vida, es un hecho ordenado y sujeto a leyes, aun cuando difiera de todos los demás miembros de su clase. (pág. 53)

En este interesante texto, el autor realiza un minucioso recorrido por las dualidades históricamente conocidas entre dos psicologías: la experimental y la clínica, caracterizándolas de forma imparcial, con los rasgos típicos de cada una. También les atribuye dos tipos de psicólogos diferentes: el “científico” para la primera, y el “clínico”, para la segunda.

Describe al “científico”, con intereses puestos en leyes y principios generales resultantes de tratamientos objetivos. El psicólogo operando desde fuera de la situación.

En su extremo opuesto, aparece el clínico, centrado en el paciente “observador participante de complejas interrelaciones que escapan el análisis estadístico” (Bernstein, 1993, pág. 62). Este último, no busca la constatación empírica de sus conjeturas, sino que le es suficiente con la “dirección de la cura”, y las rectificaciones subjetivas que su paciente produzca a lo largo del tratamiento.

Nuestro trabajo de investigación conoce las dualidades presentes en la clínica de la salud mental. No es azaroso, que en nuestro país exista una mayoría de profesionales abocados a la clínica psicodinámica (con menor formación en el

área de investigación), a diferencia de Norteamérica, donde la mayor cantidad de profesionales realizan investigaciones (como parte de la formación de grado), basados en principios universales, que no priorizan la singularidad.

La propuesta de concebir “La Singularidad”, como “Principio” inherente de los abordajes psicodinámicos, halla su fundamento y base en la necesidad de enunciar una definición específica, que haga posible asignar a “Lo Singular”, una entidad diferenciada explícitamente de “La Subjetividad”.

Este trabajo, cree importante integrar al sujeto del inconsciente con el cuerpo, soma, fáctico, en una asociación en la cual las cualidades de la producción de la subjetividad sea tenida en cuenta y estudiada en profundidad.

Se propone aquí, delimitar el concepto “**Principio de Singularidad**”¹¹, como el punto de partida que conforma el corpus teórico de los abordajes psicodinámicos, asignándoles el rasgo que los distingue de las concepciones positivistas. Más allá de las diferentes escuelas teóricas, se considera que en tanto exista la categoría psicodinámica, ésta se encuentra regida por el Principio definido, tomando a la singularidad, como objeto de estudio.

Proponemos a partir de esta tesis, contribuir a la formación de profesionales de la salud mental, que puedan integrar “los dos psicólogos” descriptos por Bernstein (1993), en uno. La vocación científica y la clínica, no necesariamente deben ser separadas. Así como la vivencia, para transcurrir y devenir experiencia vivida y vivible requiere de articulación entre afecto y representación, articular la investigación con la clínica, es una de las metas de este trabajo desde una perspectiva psicoanalítica.

¹¹ Definición propuesta por el presente trabajo de investigación.

La Confusión en relación al Trauma

Una torre de definiciones y abordajes se ha levantado desde hace muchos años, en torno a “Lo Traumático” dentro del campo de la salud mental.

Sin embargo, tal como lo señala el relato bíblico en torno a la confusión de lenguas a la que el Hombre quedó sometido en castigo por su arrogancia (pretensión de llegar al cielo e incluso superar a Dios), el concepto “trauma” en salud mental, continúa confuso en cuanto a su origen (externo/interno al aparato psíquico) hasta, la inclusión de “Lo Disruptivo” (Benyakar, 2006).

La expresión “Situación Traumática”, es conocida popularmente y se aplica a numerosos eventos, con un amplio rango acorde a su nivel amenazante para la persona, yendo desde lo trágico de las catástrofes, guerras y atentados terroristas, hasta ser eliminado o bloqueado (por un amigo), en alguna red social como Facebook, Tinder, etc.

En el campo de la salud mental, (ST) ha sido utilizada por Freud (entre otros), y exponencialmente viralizada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).

Con expresiones similares a “situación”, dependiendo de la versión del manual y su traducción, entre las más destacadas están: evento, suceso y acontecimiento traumático.

El hecho común, es que tanto en el uso aplicado (Salud Mental), como en el lenguaje popular, el término “situación”, asigna su cualidad “Fáctica”, a un producto netamente psíquico: lo “Traumático”, expropiándole a éste su origen inherente a la subjetividad, en tanto uno de sus destinos posibles.

La escuela Americana, por su lado ha puesto un énfasis persistente y asertivo, para ubicar “Lo Traumático”, como una cualidad de ciertos eventos, destituyéndolo como cualidad del aparato psíquico, adjudicándole (a lo traumático eventual), su único correlato psíquico, caracterizado por el “Estrés”. De allí, la denominación: “Trastorno por Estrés Postraumático” - DSM IV.

En este manual, y en su versión más reciente (DSM V), los “acontecimientos” o sucesos traumáticos”, son caracterizados por su cualidad de ser amenazantes para el psiquismo y/u organismo de la persona.

Los ubican, en una escala que va desde; los menos traumáticos, medianamente traumáticos, hasta los elevadamente traumáticos.

La sextuplicación, del uso de “Traumatic event” (DSM III) al DSM V, resultó en la utilización de la mencionada expresión; en ochenta y cuatro oportunidades (DSM V) respecto del DSM III, que la utilizó trece veces.

En la clínica de la salud mental, en los tiempos actuales, gran número de profesionales, utilizan la expresión “situación traumática”, y también el diagnóstico de TEPT, de manera indiscriminada.

Por otra parte, cuando se les pregunta por la concepción teórica que tienen respecto de “Trauma”, resulta claro que lo ubican como producto psíquico, a la vez que lo señalan proviniendo del mundo externo, en base a la definición freudiana de trauma como:

(...) Llamamos así a una experiencia vivida que aporta, en poco tiempo, un aumento tan grande de excitación a la vida psíquica, que fracasa su liquidación o su elaboración por los medios normales y habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético. El aflujo de excitaciones es excesivo en relación a la tolerancia del aparato psíquico, tanto si se trata de un único acontecimiento muy violento (emoción intensa) como de una acumulación de excitaciones, cada una de las cuales, tomada aisladamente, sería tolerable; falla ante todo el principio de constancia, al ser incapaz el aparato de descargar la excitación. (Laplanche & Pontalis, 1996, pág. 448)

La formula “Situación Traumática” está grabada a fuego, y el deslizamiento conceptual persiste, no sólo por ser el Trauma un concepto psíquico, sino también por ubicarlo como proveniente del mundo externo, fáctico.

Ya hemos mencionado, que Tramatikós, significa herida (Corominas, 1987). Según refieren Benyakar & Lezica (2005) “es herida cuya deriva se enlaza a trayectos y travesías”. (pág. 66)

Esta idea, conlleva la imagen de desplazamiento, movimiento, con paso arrasador. La impronta de poder “lacerante”, según refiere el autor, es la que se transmite en su paso psíquico, lastimando.

Freud llamó “vivencia traumática”, a aquellas que tenían un poder etiológico, un factor cuantitativo, con la capacidad de producir un incremento del quantum energético del psiquismo, dando como resultado la imposibilidad de procesar la experiencia.

De esta forma, el psiquismo no elabora, produciendo afección en el sujeto, que aumenta con el correr del tiempo.

Freud no utilizó el término trauma para referirse exclusivamente a lo patológico, sino que desde su concepción, éste tenía un factor etiológico común a todas las psiconeurosis.

¿Qué es lo traumático? Si no es una cualidad de los eventos, tal como se propone en esta tesis, es justamente porque lo traumático debe asociarse a un tipo de “Vivencia”.

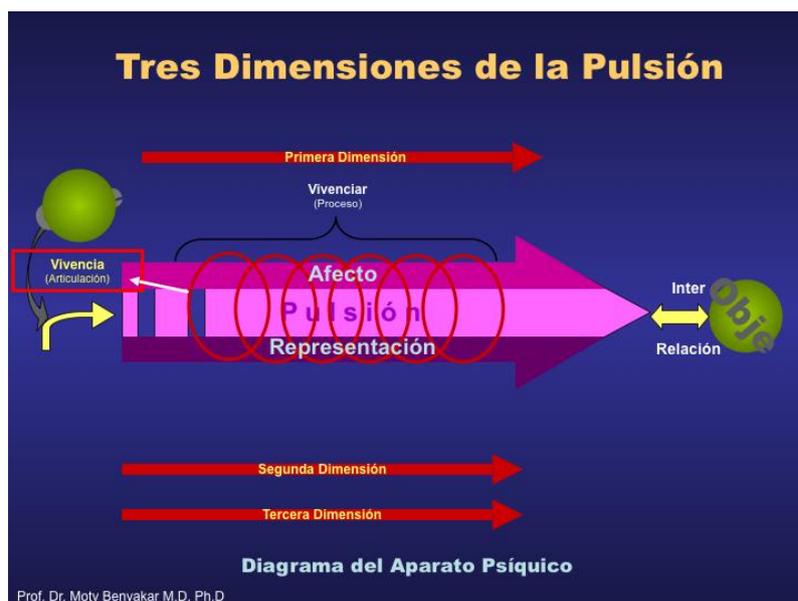
Para comprenderlo mejor, haremos foco en este concepto separando al trauma de lo situacional, eventual y lo restituiremos al campo del que fue sustraído; el de la subjetividad, asociándolo a la Vivencia.

Este concepto, desde su traducción en alemán, “Erlebnis”, alude a “vida”, mientras que el término “Experiencia”, se refiere al “llegar a saber” o anoticiarse de algo.

Así Benyakar & Lezica (2005) establece la diferencia entre: Vivencia y Vivencia Traumática. Define a la primera como “la articulación entre el afecto y la representación” (pág, 110).

Esa adecuada articulación, es la que permitirá la transformación elaboradora de la “Vivencia” a la “Experiencia”, en su devenir pulsional por el aparato psíquico.

La vivencia, está compuesta por dos elementos psíquicos que son: la representación y el afecto.



En el gráfico utilizado por Benyakar durante el curso de los seminarios del Drado. Puede verse la imagen de la articulación mencionada, en torno a las tres dimensiones de la pulsión, con sus componentes: el afecto, la representación y como tercera dimensión, la vivencia. Cada círculo (rojo), por separado alude a la vivencia (articulando afecto y representación), y la superposición de estos, entrelazados, al “Vivenciar”.

A la **Vivencia Traumática**, la define como “un colapso de las relaciones entre lo psíquico, lo social y lo temporoespacial que hace emerger un afecto desarticulado de su representación”. (Benyakar & Lezica, 2005, pág 110).

Al decir de Benyakar (2005), “la vivencia pasa a ser el modo en que la realidad existe para un sujeto determinado. Más aún, es lo que le permite a un sujeto experimentar el presente”. (pág. 38).

Dependiendo del tipo de angustia emergente (automática o señal), será la cualidad de la vivencia como traumática o no. Frente a la aparición de angustia señal, en base a experiencias vividas por el sujeto con anterioridad, la vivencia (gracias al efecto anticipador de la angustia señal), puede ser metabolizada de modo adecuado manteniendo su rasgo articulado.

En el caso de la irrupción de la angustia automática, un afecto desarticulado de su representación correspondiente, promoverá una vivencia

traumática, dificultando su transformación por los distintos espacios psíquicos, pudiendo devenir en un “Vivenciar Traumático”, (definición que este trabajo asume).

Si la vivencia es; “punto” en la vida de una persona, el vivenciar alude a la sucesión de puntos, es decir a una recta compuesta por vivencias y experiencias puntuales, entramadas como proceso dinámico, ligadas entre sí.

La capacidad del aparato en tanto articulador, entre afecto y representación, no es ajena a la interacción con el entorno, con el medio en el que transcurre la vida de una persona. La interrelación entre lo fáctico y lo psíquico, exige al aparato procesos de transformación y articulación constantes. Para llevar a cabo esta tarea, necesitará desde el comienzo la presencia y auxilio de co-metabolizadores (figura maternante y paternante) de forma dinámica y continua.

Ese modo singular de realizar la tarea, es lo que Benyakar denomina: Vivenciar. De este modo, Benyakar & Lezica (2005) proponen definir al “Vivenciar”, “como el proceso diacrónico de articulación que otorga su armado específico y relaciona vivencias entre sí”. (pág. 48)

Este proceso, así descrito solo es posible contemplando la idea de un psiquismo sano, caracterizado por una tendencia articuladora, dentro de un sistema complejo.

Como dijimos antes, esta disposición saludable y articuladora del aparato en cuestión, no puede ser posible sin considerar la presencia de la función maternante, mediatizadora y co-metabolizadora, efectivizada por una persona con la capacidad para.

Agente subjetivante desde la transmisión de la cultura singular que la constituye como tal. Madre subjetivada/subjetivante/re-subjetivada, madre en proceso metabólico y co-metabolizante sin escalas, “Portavoz” (termino de P. Aulagnier, 1977 en Benyakar & Lezica, 2005, pág. 49).

El término “portavoz”, alude a la función mediatizadora de la madre, entre el registro paterno y el del niño.

Una falla significativa en este vinculo aportará el/los elementos necesarios para la desregulación o no articulación, en el sujeto desvalido.

En el grafico aportado por Benyakar, debe notarse que la espiral roja, que envuelve a la pulsión, con sus componentes: afecto, representación y vivencia, alude a la relación entre las vivencias, es decir: al proceso dinámico el vivenciar.

La concepción psicodinámica, contempla un aparato psíquico en continuo movimiento, en cuanto a su capacidad procesadora y metabólica.

Soma/psique, externo/interno, cuerpo/mente, son dualidades que generan debates, polémicas y apasionadas discusiones en torno a origen y prevalencia.

Para despejar la confusión, es importante revisar los conceptos de **“Fáctico y Psíquico”**, recurriendo a nuestro referente teórico, el Dr. Benyakar (2015), en su recorrido teórico.

El autor, propone primero diferenciar entre; **“Fáctico” y “Realidad”**, para esclarecer el error presente en la expresión ST, utilizada en el campo de la salud mental.

Caracteriza al primero (**Fáctico**), como aquello que existe como tal, a diferencia de la **“Realidad”**, como aquella que se toma o percibe de ese fenómeno (fáctico), en cuestión.

La internalización del fenómeno fáctico da lugar a su constitución en tanto realidad, re-presentada, elaborada, de modo singular “absolutamente idiosincrásica”, formando parte de la subjetividad.

La realidad se concibe desde este trabajo, como un producto psíquico, incluido en el entramado subjetivo, distinto de los objetos o fenómenos fácticos, que existen con independencia de la subjetivación.

Este enfoque permite afirmar que, la percepción de los fenómenos nunca puede ser el fenómeno “en sí”, sino el fenómeno “para sí”. A pesar de esto, los fenómenos existen, ocurren y transcurren independientemente de la percepción humana. Erupciones volcánicas, terremotos, tsunamis etc. tienen lugar, independientemente que las personas lo sepan o no.

La cualidad perceptiva y singular, que distingue a los seres humanos sobre otros seres vivos y entre sí, es la que crea la pertinencia de la psicología como disciplina de investigación, abordaje y estudio.

Freud denominaba “situaciones traumáticas”, a aquellas que provenían del exterior impactando en el psiquismo (interno), desestabilizándolo. Asociaba lo traumático, en relación a la magnitud del evento.

Hoy, tanto analistas de distintas escuelas, como profesionales con orientación positivista, parecen coincidir en un punto: existen “Situaciones Traumáticas”, y utilizan esta expresión para aproximar un diagnóstico presuntivo. La utilizan para referirse a eventos personales que marcaron sus vidas.

En función de las diferencias esgrimidas en torno a lo “Fáctico” (hechos) y la “Realidad” (producto psíquico), ¿podría una situación ser traumática per se?

La respuesta es “No”, dentro del campo de la Salud Mental, y desde la concepción asumida en este trabajo, en la cual Benyakar marca la diferencia esencial entre ambos registros: Fáctico y Psíquico.

“Lo traumático”, nunca (desde nuestro enfoque) puede ser la cualidad de un evento, ya que en psicología, trauma pertenece al registro psíquico.

Fáctico y Psíquico, son conceptos esenciales en la obra de Benyakar, sobre los cuales apoya el resto de su andamiaje teórico.

Por este motivo en particular, se torna indispensable dilucidar cuáles son sus productos.

En la encuesta utilizada en este trabajo de investigación (pregunta 25), se utiliza un cuadro, que presenta dos alternativas para la ubicación de distintos conceptos, según su registro de origen: FÁCTICO/PSIQUICO.

Este ítem, es clave a los fines de indagar la posición teórico/práctica de los profesionales de salud mental, respecto a lo planteado en la pregunta problema de la investigación:

¿Qué efectos tiene en la praxis de la clínica psicoanalítica, la confusión entre los planos Fáctico y Psíquico, puesta de manifiesto en la utilización de la expresión “Situación Traumática”?

Este trabajo, parte del a priori; que los profesionales de la salud mental, confunden la correspondencia de ciertos conceptos teóricos en relación a sus registros de origen, según sea este; fáctico o psíquico, por el error implícito en la expresión “Situación Traumática”.

La dificultad para distinguir entre fáctico y psíquico, ya fue anteriormente señalada en el capítulo “Antecedentes”, al utilizar “trauma”, ubicándolo en ambos registros (Freud, en el pasaje del Trauma como evento al trauma en relación a la Fantasía).

Con la diferencia establecida entre “Fáctico” y “Realidad”, podemos avanzar un paso más sobre algunas especificidades del primero.

Cuando recurrimos al Diccionario de Filosofía de Ferrater Mora (1964), en la búsqueda de “Fáctico”, observamos que el autor nos re-direccionaba a: **“Eidético”**.

Se le debe a Husserl, haber opuesto lo “Eidético” a lo “Fáctico”, conforme a la diferencia entre las esencias formales o materiales y los hechos.

Lo “Eidético” toma dos sentidos: para Platón, el eidos de las cosas, la imagen que ofrecen cuando son contempladas en la visión, de lo que son verdaderamente. El carácter de las cosas, será propio de las esencias.

Lo eidético en psicología, es aplicado a una disposición, que designa la tendencia a convertir los procesos mentales en imágenes: en este sentido se dice que el pensamiento infantil y el de los pueblos primitivos, es “eidético”.

Queda claro en el pensamiento de Husserl, por oposición, que “lo fáctico” da cuenta de los hechos.

Desde la perspectiva psicológica, la que aquí nos incumbe, los hechos se diferencian de sus representaciones. Por tanto, hechos = fáctico y representaciones = psíquico.

Ciertas leyes naturales enuncian: el fuego quema, la piedra cae, el agua moja.

Las lesiones por quemaduras que presentan los pacientes internados en el Hospital del quemado, el granizo que rompe estructuras, techos y autos, y las inundaciones que le cuestan la vida y los bienes a muchas personas, son hechos. Muy diferente, serán sus representaciones o la eidética de esos hechos, según la posición subjetiva y el entramado singular, tal como cada sujeto lo modalizó.

Fáctico, no es lo mismo que ficticio. Fáctico, es aquello no representado, externo y que existe con autonomía e independencia del psiquismo, mas allá del origen de su creación.

Esta investigación, asume que algo es fáctico, aunque haya sido creado por el hombre. De lo contrario, ninguno de los objetos productos de la creación humana, entrarían en la categoría de “Fáctico”. ¿Podría decirse que si fue producto de la invención humana, ese objeto existe con independencia del psiquismo?.

Aquí dijimos que lo fáctico es independiente de su re-presentación, de ser pensado, y procesado psíquicamente, es decir que el atributo esencial de “lo fáctico”, no es el origen, de donde proviene, su creador, sino su condición de existencia, más allá de la posibilidad humana de conocerlo.

Una de las condiciones de lo fáctico, es la de ser externo. Externo al psiquismo, a su dinamismo, a sus leyes de regulación.

Benyakar (2005), propone una categoría aún más sutil; lo “fáctico interno”:

(...) esa externidad fáctica respecto del psiquismo, pero propia respecto del sujeto, refiere a procesos somato - fisiológicos,

cambios hormonales, mutaciones celulares, funcionamientos del sistema neurovegetativo y sus efectos. (pág. 28).

Lo fáctico interno, es motivo de numerosa cantidad de consultas en salud mental. Ante una patología diabética, se producen alteraciones también a nivel del carácter, dando lugar a toda una serie de interferencias en los vínculos.

En los casos de aparición de células cancerígenas, es el soma el que se altera, alterando el procesamiento psíquico, o viceversa. Lo cierto es que el cuerpo, fáctico, se altera en su funcionamiento por el motivo que sea, y el impacto del diagnóstico tiene alta potencialidad de desestabilizar al psiquismo, sin que por esto se infiera un “trauma” como único destino posible.

El concepto de externo e interno, complejiza la cuestión, como también la referencia espacial, topológica, de “externo al sujeto...”, en tanto, como ya fue explicado, hay también distintas acepciones para “sujeto”, según la disciplina desde la cual se lo defina.

Debe quedar claro que los límites de este trabajo, se circunscriben al campo de la salud mental.

Para realizar un trabajo de investigación, se torna necesario el anclaje conceptual a una de las numerosas definiciones de las palabras, ya que de lo contrario se corre el riesgo de perderse en las profundidades de la plurisemia, sin posibilidad de decir palabra alguna, de corte científico.

Tomamos en esta tesis, a los conceptos mencionados en los cuadros detallados a continuación, según su definición por la Real Academia Española, ya que si lo hiciéramos desde la filosofía o la psicología, podríamos atribuirles distintas significaciones.

Tanto desde el lenguaje popular, como del de los profesionales de la salud mental, en sentido ampliado, son utilizados como sinónimos.

Cuadro de definiciones según el diccionario de la Real Academia Española (2016):

situación.

(De *situar*).

1. f. Acción y efecto de situar o situarse.
2. f. Disposición de una cosa respecto del lugar que ocupa.
3. f. Posición social o económica.
4. f. Estado o constitución de las cosas y personas.
5. f. Conjunto de factores o circunstancias que afectan a alguien o algo en un determinado momento.
6. f. Estado sociopolítico de un grupo o partido gobernante. *Ser de LA situación.*

evento.

(Del lat. *eventus*).

1. m. acaecimiento.
2. m. Eventualidad, **hecho imprevisto**, o que puede acaecer.
3. m. *Cuba, El Salv., Méx., Perú, Ur. y Ven. Suceso importante y programado*, de indole social, académica, artística o deportiva.

acontecimiento.

(De *acontecer*).

1. m. **Hecho o suceso**, especialmente cuando reviste cierta importancia.

suceso.

(Del lat. *successus*).

1. m. Cosa que sucede, especialmente cuando es de alguna importancia.
2. m. Transcurso o discurso del tiempo.
3. m. Éxito, resultado, término de un negocio.
4. m. Hecho delictivo.
5. m. Accidente desgraciado.
6. m. *Mat.* En un experimento aleatorio, subconjunto del total de resultados posibles.

Lo Disruptivo, el retorno de lo “Traumático” a la Subjetividad

Debe notarse que en los cuatro conceptos, hay un denominador común: “Lo Fáctico”. Todos ellos, remiten a hechos, cosas.

Es interesante remarcar cómo en los cuadros, para definir el concepto señalado, se apela a ubicarlos como sinónimos.

Estos cuatro conceptos, difundidos por el DSM, son esenciales para alojar a **“Lo Disruptivo”**, como el vocablo pertinente para su asociación, cuando dentro del campo de la salud mental se quiere indicar que alguien ha sido impactado por un hecho, que exige un plus por encima de su actividad ordinaria al aparato psíquico.

Habiendo delimitado las diferencias entre: sujeto, subjetividad, singularidad, principio, fáctico interno y fáctico externo (en oposición a “eidético”), evento, suceso, situación y acontecimiento, es el momento oportuno de incluir el concepto acuñado por Benyakar (2015): **“Lo Disruptivo”**.

“Lo disruptivo es el impacto de situaciones o fenómenos fácticos en el psiquismo, provocando desestabilización, desregulación y/o desarticulación del funcionamiento psíquico. Estas transformaciones psíquicas pueden devenir patológicas o pueden ser elaboradas y metabolizadas, transformándose en productivas y beneficiosas para el psiquismo”. (pág. 4)

El concepto “Disruptivo”, es utilizado por Benyakar, a fin de dar cuenta de fenómenos originados en el mundo “fáctico”, que irán adquiriendo cualidades específicas, en relación al efecto “psíquico” que produce en un sujeto, esto es: a su procesamiento psíquico. Como puede verse, a partir de la inclusión del término, se torna imprescindible la alusión a: FÁCTICO Y PSÍQUICO.

De aquí en más, esta tesis asume la definición esgrimida por Benyakar, para la denominación de “Disruptivas”, para aquellas situaciones que posean determinadas características (mencionadas más adelante), en relación con el impacto psíquico que puedan provocar en cada sujeto.

Origen y aplicaciones del concepto: “Disruptivo”

Para la Real Academia Española (2016), “Disruptivo” es aquello que produce ruptura de manera abrupta, a modo de descarga.

Benyakar (2005), lo toma previo a su definición por la RAE, inexistente en la lengua española, para darle un uso específico dentro del campo de la Salud Mental, tal como se lo propone en este trabajo. Su objetivo, era (en ese entonces) “poder despegarse del concepto tan trillado, situación traumática” (pág. 72)

“Disruptivo”, deriva del latín “Dirumpo”: destrozar, hacer pedazos, romper, destruir, establecer “discontinuidad”. (Benyakar, 2006, pág.42).

El concepto en inglés es; “Disrupt”, cuya traducción al español es: “perturbar el desarrollo de”, o “crear problemas de”, “desbaratar”.

Con respecto a las relaciones humanas: “afectar (a)” o “deteriorar”. (Diccionario español- inglés de Oxford University Press, en Benyakar, 2005).

Adviértase aquí, la connotación negativa del concepto, distinta a la que Benyakar, le asigna en el campo de la salud mental. En éste, la cualidad “relacional” aportada por Benyakar, incluye la noción del “procesamiento psíquico” del sujeto impactado por lo “Disruptivo”, desde su subjetividad.

En el área médica, alude según la definición del Dorland's Illustrated Medical Dictionary (1974) a la idea de: “el acto de separar forzosamente, o de ser anormalmente separado”. Esta definición, se relaciona con la idea que motiva a nuestro autor de referencia, en tanto que el impacto disruptivo, puede entre otras cosas, ser causa de la “Vivencia Traumática”. Dicha “Vivencia”, se caracteriza por la desarticulación entre el afecto y la representación que la constituyen, es decir por su separación.

El término “Disruptivo”, es utilizado también en otros campos:

-Ciencias Sociales; alude a la interrupción de la armonía social, y al posterior cambio/s que sufre una sociedad, en distintas áreas; política, económica, etc. Los cambios pueden ser positivos o negativos para la sociedad. Al igual que con el sujeto individual, en las sociedades, estos resultados será analizados con posterioridad al evento.

-Publicidad; el concepto, se utiliza aquí a los fines de instaurar nuevas tendencias de consumo, rompiendo con las antiguas. El objetivo es, poder posicionar productos en su estado inicial, generando continuidad con el anterior.

Según su uso, en este campo, "Disruption" es una forma de encontrar ideas estratégicas que rompan y modifiquen convenciones del mercado, y que hagan posible establecer nuevas visiones. (Benyakar, pág.77).

-Negocios y Empresas; aquí, el concepto remite al modo en que las empresas deben manejar el factor disruptivo que sus políticas comerciales generan.

Lo disruptivo, es utilizado en éste campo, como el concepto que se refiere a las acciones que deben llevar a cabo para minimizar ciertos efectos de políticas laborales, o aumentar por ejemplo: la cohesión entre los miembros que componen un área de la empresa, que quedó disgregado por efecto de un despido de personal significativo.

En este caso, un viaje para el grupo de empleados del sector "ventas", puede ser una acción disruptiva, que contribuya a reparar el espíritu de grupo, en función de objetivos comerciales.

Benyakar (2005), señala otros campos de aplicación, que permiten entender que sus usos, están siempre referidos a "acciones" o "fenómenos".

En Psicoanálisis, el término ya ha sido utilizado desde una concepción bien distinta a la que Benyakar (2005) propone.

(...) Steven A. Frankel postula el concepto de Disruption en el psicoanálisis aplicado a la relación transferencial y contratransferencial que existe entre el terapeuta y el paciente. Lo utiliza para explicar que en esta relación pueden existir o surgir situaciones, diferencias y problemas que dificulten y deterioren (y hasta lleguen a romper) el vínculo profesional que los une. Esta ruptura perjudica de gran forma el tratamiento, ya que resquebraja la transferencia y contratransferencia, y por ende, produce distanciamiento, falta de compromiso, confianza y cooperación tanto del paciente con el terapeuta, como del terapeuta con el paciente. El autor postula componentes inconscientes que se ponen en juego en ese proceso disruptivo. (pág. 83).

La propuesta de Benyakar, respecto a la introducción del término, incluye dos cuestiones fundamentales:

-La relación entre la magnitud del fenómeno y el impacto específico en el sujeto.

-La idea que: un “fenómeno disruptivo”, puede adquirir distintos destinos en su devenir psíquico.

Junto con el grupo (que dirige) de Investigación en Psicoanálisis y/o lo Disruptivo (USAL), durante el año 2014, han propuesto diferenciar, respecto de los fenómenos fácticos: CARACTERÍSTICAS, de CUALIDADES.

Las características, atañen al fenómeno en si, tal como puede ser; la intensidad del estruendo de un estallido, o como se verá en “Babel”, el impacto de una bala en el cuello de una mujer.

Estas características pueden incluso constatarse por mediciones mecánicas. El sonido de la explosión de un arma de fuego, con un aparato que mida decibeles y el impacto de la bala en el cuello, con la medición de su orificio y el daño anatómico producido.

Las cualidades de los fenómenos, son las lecturas que quienes observan el fenómeno, hacen respecto de él.

De esta manera, a partir de las cualidades, un fenómeno adquiere una mayor o menor potencialidad de daño o de beneficio para un individuo o un conjunto de ellos.

Esta diferenciación es la que otorga cuerpo al concepto “RELACIONAL”, que indicamos a continuación, como rasgo distintivo de las “**Situaciones Disruptivas**”.

El concepto “RELACIONAL”, surge a partir de la “relación”, entre las características del fenómeno (fáctico), y el modo singular de procesamiento de un sujeto en cuestión (psíquico).

Situaciones, fenómenos fácticos que impactan en el psiquismo. El autor (Benyakar, 2015) es muy claro, cuando advierte:

(...) pueden ser elaboradas y metabolizadas, transformándose en productivas y beneficiosas para el psiquismo.

(pág. 4)

Este punto, deja muy en claro, que “Disruptivo”, no necesariamente implica trauma. Un evento puede tener características Disruptivas, y adquirir cualidades (otorgadas por el sujeto), beneficiosas y creadoras para este.

La producción de una Tesis doctoral, puede constituirse como una Situación Disruptiva, sin por ello ser “Traumatogénica”.

Aquí es preciso explicar el uso de “Traumatogénica” en lugar de “Traumática”. Traumatogénica, significa que genera trauma, mientras que Traumática es el adjetivo que cualifica a un proceso psíquico.

Para las situaciones o eventos Disruptivos, en función de lo explicado anteriormente, es apropiado decir, de acuerdo a las características del fenómeno que, conforme a su potencial de disruptividad (alto, por ejemplo) es “potencialmente” traumatogénico.

De esta manera el concepto “Traumático”, puede retornar al plano de la subjetividad, para ser una cualidad, que sólo durante el proceso analítico podrá ser inferido y tal vez constatado.

El concepto “Lo Disruptivo”, en tanto “Fenómeno Fáctico”, contribuye a que el analista, se abstenga de denominar a las situaciones, según su a priori. Así podrá considerar como Disruptivo a un evento significativo para su paciente, reservando la idea de “Traumático”, para uno de los destinos posibles en función de las capacidades procesales del paciente, a develar en la dirección del tratamiento.

Un tercer elemento a tener en cuenta el abordaje de los “Fenómenos Fácticos”, por cierto, son los que Benyakar (2015) denomina “ATRIBUTOS”.

A estos los define como:

“el potencial de disruptividad que tiene la taza regalada, no está relacionado a las características inherentes de la taza, sino que es una cualidad que le ha otorgado subjetivamente la persona en cuestión, y no un tercero”. (págs. 31 y 32)

Este concepto, se refiere al modo “singular” de catectización de los objetos, de un individuo particular. “ATRIBUTO”, se diferencia de las “CUALIDADES”, por el hecho que éstas, son asignadas por un tercero (observador). A modo de ejemplo, podemos decir que; ante un sujeto que es atacado por otro, el hecho tiene **características** agresivas per se, en tanto implica la agresión de uno sobre la propiedad privada del otro (su cuerpo).

El tercero (observador, analista por ej.), le asigna **cualidades** propias, subjetivas, al evento en cuestión. Los **atributos** del fenómeno, serán los que el sujeto (damnificado, por ej.) le asigna a la situación original desde su visión, desde su “eidos”.

Lo esencial del concepto “Disruptivo”, es que a diferencia de la “Situación Traumática”, el primero no se puede inferir hasta constatar sus efectos, en tanto plus de exigencia metabolizadora para el aparato psíquico, provocado por determinado fenómeno, mientras que en la S.T. existe un a priori cualitativo (negativo para el sujeto).

La tendencia a priorizar las características y cualidades de un fenómeno, fusionándolas confusionalmente, pueden llevar al profesional de la salud mental rápidamente a la concepción del TEPT (adecuada según el marco teórico positivista).

La disquisición acerca de lo “Fáctico”, no concluye con lo interno y lo externo. Benyakar, propone fuentes distintas para ambos.

Objetos Externos Diferenciados y Objetos Externos No Diferenciados. Los primeros son caracterizados por aquellos objetos catectizados y catectizantes que interactúan con el recién nacido, rescatándolo del desvalimiento inicial. Por ejemplo, la piel de la madre, su voz, la voz del padre, todo aquello que es investido y que inviste al bebé. Los segundos, son todos aquellos objetos que no llegan al nivel libidinal de investidura, que permitan hacerlos parte de lo propio. Ubica Benyakar, entre estos, a los sonidos que nos rodean, la intensidad de la luz, la temperatura del medio ambiente, etc.

Estos objetos descriptos de esta forma, permiten considerar la función del azar y la relación entre el evento y el sujeto. La idea del aspecto “relacional”, relativiza el preconcepto de algunos psicoanalistas acerca del determinismo inconsciente, como causa de todo lo que le ocurre a un sujeto.

Respecto de lo Fáctico interno, como ya se ha mencionado anteriormente, las alteraciones genéticas, o glandulares, son consideradas como lo fáctico interno que corresponde al soma.

Las disquisiciones desarrolladas, posibilitan al profesional de la salud mental, hacerse de herramientas sustanciales que le permiten ampliar su campo de escucha enriqueciendo su praxis y su desarrollo teórico.

En el capítulo sobre el film “Babel” que sigue a continuación, se puede apreciar el análisis de los fenómenos, en su aspecto relacional, en cuanto a las

vivencias de los personajes. Allí, lo “Fáctico”, se conjuga con lo “Ficticio”, para posibilitar la expresión de las emociones humanas en su esplendor.

Lo Disruptivo, cuatro destinos posibles en “Babel”

Cuando hablamos de la frontera, nos referimos a ella solamente como un lugar, en vez de hacerlo como una idea. Yo creo que las verdaderas fronteras son aquellas que llevamos dentro de nosotros mismos. (Iñárritu, 2006)

El cine nos invita a un espacio donde lo inconsciente encuentra una vía facilitada para su expresión, como en los sueños, en los cuales siguiendo la expresión de Jorge Luis Borges:

Somos el escenario, los actores y la fábula argumental. (Fariña & Solbakk, 2012)

Si de fronteras internas se trata, la transculturalidad que el cine nos propone, expande nuestra idiosincrasia, para ponernos a jugar con la de los personajes, y descubrir lo propio a partir de lo ajeno.

Sensaciones, emociones y sentimientos, emergen desde lo más singular de cada sujeto, sin previo aviso. Identificaciones y proyecciones, represión, desmentida, inhibición, valoraciones morales, deseo, excitación, repudio y todo otro posible producto psíquico, puede ocurrir cuando nos colocamos frente a una pantalla, y ésta ingresa a través de nuestros sentidos.

Para esta tesis, se ha tomado como film arquetípico; **“Babel”**, galardonada con el premio “Globo de Oro” como mejor película del 2006. Dirigida por el prestigioso Alejandro Iñárritu, mexicano, entre cuyos grandes éxitos se encuentran: “Birdman” -2014-, “Biutiful” en 2008/09-, “21 Gramos” -2004- “Amores Perros” -2001- Fue distinguido como “Mejor Director”, en el Festival de Cannes, en el año 2006.

Cuenta el relato bíblico, que las generaciones de los hijos de Noê, tuvieron la posibilidad de comenzar de nuevo, tal como Dios mandaba, “multiplicarse y llenar la tierra” (Gen. 1:28; 9:17).

Algunos cumplieron, mientras que otros se rebelaron ante el mandato Divino, e hicieron de las tierras su propiedad. Querían llegar al cielo. Querían exaltarse a sí mismos y hacerse de un nombre famoso.

Pasar del teocentrismo al antropocentrismo. Así fue que decidieron construir una torre que los pusiera a la par de Dios, aún más, por encima de Él. Hasta ese momento, todos hablaban la misma lengua y no existía el malentendido.

Este relato bíblico, cuenta que la ira de Dios hizo que descendiera de los cielos y los castigara condenándolos a hablar lenguas diferentes ante semejante acto de soberbia. De éste modo, ya no podrían entenderse entre si y forzosamente tendrían que esparcirse dejando inconclusa su obra como efecto del "mal entendido".

El nombre Babel, significa "**confusión**".

Esta tesis, asienta su estructura en una confusión conceptual, señalada por el Dr. Benyakar, que podría inducir a los profesionales de la salud mental a incurrir en una praxis clínica desviada de la "Singularidad" pretendida por los abordajes psicodinámicos postulando que:

La expresión Situación Traumática, presenta una confusión conceptual entre Trauma y Disrupción, que contraría el "Principio de Singularidad", inherente a la concepción psicodinámica de abordaje terapéutico.

Recuperar la capacidad de precisar conceptos, y utilizarlos de manera adecuada es un modo de articular los principios ideológicos de los profesionales, con la práctica clínica, en un marco eco-bioético. Aceptando la diferencia de culturas, los modos de concebir al sujeto y su sufrimiento.

Sinopsis y articulaciones teóricas:

Cuatro escenarios geográficamente distintos; Japón, Marruecos, San Diego (California EE.UU.) y México. Cuatro familias con vivencias similares; "desamparo y desvalimiento". Malos entendidos, diversidad de lenguas, etnias y un sentimiento en común: "El amor".

Un concepto permanente, "La humanidad" en su esplendor, plagada de miserias y virtudes. El evento clave -un disparo-, nacido de un elemento común a todos los protagonistas del film: "un rifle Winchester" comprado en Japón por el empresario "Yasijuro", (padre de una adolescente sordomuda llamada "Chieko"), cuya vida transcurre en los efectos de la desconexión entre la palabra y la emoción.

El rifle como símbolo que porta atributos opuestos: el goce para el cazador, y la tragedia para el ingenuo en pleno juego experimental. Una tragedia que se desencadena de un modo "inocente", marcando cuatro modos posibles de procesamiento psicológicos diferentes:

- a) Lo secreto y la supresión como defensa consciente -en Marruecos-
- b) Lo resiliente -en una pareja norteamericana-
- c) La angustia de separación - en una cuidadora mexicana y dos menores -
- d) El vivenciar traumático -en una joven japonesa- y

El componente relacional del evento con la modalidad singular de presentarlos, es algo que se ratifica en el presente escrito.

a) Lo secreto y La supresión como defensa:

El azar para algunos, el destino trágico para otros, lleva a un autobús que circula por un camino de montaña en Marruecos, a cruzarse con una bala.

Dos niños nativos de aproximadamente 13 y 11 años, hijos de un pastor de la zona, juegan con el rifle que su padre había comprado a un vecino, para cazar chacales, a: "quién tiene mejor puntería".

En una competencia característica de la edad, en plena irrupción de la sexualidad, la pulsión escópica se manifiesta en su esplendor. Mientras el hermano mayor atraviesa un aparente período de latencia caracterizado por la impronta superyoica, el menor contempla el cuerpo de su hermana desnudo a través de un orificio construido en una pared de rocas, producto de un pacto entre dos.

La sexualidad, en su plenitud, encuentra su deriva en un falo más poderoso que el propio pene de los niños, un falo que exalta el goce de superioridad del hombre respecto de la muerte del animal: **Un rifle Winchester**.

La actividad masturbatoria, surge en una escena de precariedad y rusticidad en medio de las montañas, también la sanción del hermano mayor, que asume el rol paterno sermoneando al menor por espiar. La alternativa que la prohibición ofrece, es la de consumir un acto de cacería que implica al otro en su cualidad de objeto.

El alcance de la bala, saber quién llega más lejos, cuál de los dos, donde pone el ojo pone la bala, la visión con toda su potencia libidinal, en éste film; mata.

El autobús que pasa por la carretera es el objetivo perfecto; despojado de afecto, a diferencia del chacal que amenaza las ovejas.

Siguiendo los desarrollos conceptuales del Dr. Benyakar, si los objetos del mundo externos se dividen en diferenciados y no diferenciados, según estén o no investidos por la catexis libidinal, el micro está dentro del grupo de los no diferenciados, en cuanto hasta ese momento no había sido libidinalmente investido, por estos niños. La investidura ocurre a posteriori, cuando luego de practicar puntería, se enteran que había ocurrido un “atentado terrorista” y habían matado a una turista norteamericana.

El impacto de ligar la información, con la acción del disparo los sumerge en un mar de incertidumbres angustiantes. Angustia señal, que les advierte un devenir trágicamente inesperado.

¿Cuáles son los distintos sentidos que adquiere el goce, en estos niños?. De lo erótico a lo tanático, en un momento la vida de los hermanos da un giro de ciento ochenta grados, que requiere la instrumentación de mecanismos defensivos.

Retomando el concepto freudiano, de “Supresión”, - 1892 -, se considera que dicho concepto es pertinente para enmarcar el silenciamiento que los menores hacen, cuando el micro con su detención, denuncia que la bala lo había alcanzado. Un pacto de silencio, un “como si no hubiese ocurrido”.

La supresión es una forma voluntaria de represión propuesta por Freud, es el proceso de mantener en forma voluntaria los pensamientos ansiógenos, memorias, fantasías y deseos fuera de la consciencia; contenido que una vez suprimido deviene pre-consciente. En la supresión desempeñan una función primordial las motivaciones morales.

(...) La supresión es más fácil de controlar en forma experimental que la represión que implica que el pensamiento, recuerdo o impulso cambia de un sistema (preconsciente-consciente) a otro (inconsciente). (Berlin & Koch, 2009, párr.3)

Lo acontecido no tiene marcha atrás, no puede olvidarse espontáneamente. Sólo a expensas de un alto costo puede ser silenciado.

El impacto de la noticia que llega a través de la policía local, comunicando la muerte de una turista americana por un atentado terrorista, los lleva automáticamente a consolidar un pacto de silencio, como pretendiendo que lo ocurrido, se disuelva mágicamente. Esconder el cuerpo del delito y callar para siempre. Sin embargo, "siempre" no es posible, "todo" tampoco.

Al pensar en la potencialidad disruptiva del evento, es importante tener en cuenta el mandato paterno, que indica para qué es el rifle: "caza de chacales", defensa del rebaño. Al igual que el mandato de Dios, en el relato bíblico, los hijos desobedecen al padre, en un acto de arrogancia y soberbia.

La tragedia, no tarda en ensombrecer sus vidas. Ahora, ese objeto "Micro", que no había sido investido, se transforma - junto con el significante: muerte de turista americana - en un des-borde libidinal, que los inunda hasta el silencio más profundo.

La tesis, se propone investigar, los efectos de una frase que uniendo dos conceptos pertenecientes a distintos registros (situación a lo fáctico, y traumático a lo psíquico), en el campo de la salud mental, inducen a pensar y a obrar, contrariando el principio de singularidad inherente a la concepción psicodinámica de abordaje terapéutico.

¿Cuál es la situación más significativa para estos niños? ¿Se puede afirmar que lo traumático está en el evento?

La cualidad relacional, inherente al concepto de "**Lo disruptivo**", habilita el camino cuando intentamos recorrer la escucha, por el andarivel de la singularidad.

(...) La cualidad de disruptividad de lo fáctico está determinada por el tipo de reacción de lo psíquico. Esto sería determinar las cualidades de un fenómeno solo después que haya acontecido. Por lo tanto, el acontecimiento producido por un fenómeno fáctico, será disruptivo solo en base a las reacciones que haya producido en un psiquismo determinado. La definición de sus cualidades es a posteriori de su impacto (...) (Benyakar, 2015, pág. 15)

Nos hemos acostumbrado de Freud en adelante, a escuchar y repetir “Situación Traumática”, para cada evento que amenaza o tan solo angustia a un sujeto.

Desde este formato, no dudaríamos en pensar que los niños marroquíes atraviesan más de una Situación Traumática.

Entendiendo al trauma como vivencia traumática, como un producto psíquico, como uno de los destinos procesales posibles ante una situación disruptiva, sería más preciso decir que los hermanos marroquíes deben soportar un cambio abrupto de vida, ante el cual uno de ellos se transformará en la víctima necesaria de una policía autoritaria y corrupta, para saciar la necesidad social de resolver un accidente, como una cuestión política.

El film, no nos permite ver en esta parte de la historia, alguna manifestación de lo traumático. Sí, en cambio la angustia y el desamparo extremos, en una cultura particular.

El evento ocurrido, puede ser analizado desde cinco dimensiones, caracterizadas por Benyakar (2015).

-La espacial: la bala recorrió un trayecto hasta la ventanilla de un omnibus, perforando el cuello de una pasajera, en el desierto de Marruecos.

-La Social: la reacción del marido de Blanchette (B.Pitt), y la dinámica grupal de aquellos que viajan junto a la pareja en el micro. Allí se puede ver como cada pasajero asume roles impensados. Se configura un aspecto social, activado a partir del evento.

-La Somática: la herida en el cuello de la protagonista, la ubica en un riesgo de vida concreto e indiscutible. Su cuerpo ya no es el mismo, sus funciones corporales, presión sanguínea, latidos cardíacos, se alteran transformando sus procesos psíquicos.

-La Temporal: el evento, altera la percepción del tiempo de los protagonistas y del entorno. El efecto de lo Disruptivo, puede provocar cambios en la percepción del tiempo.

-La Psíquica: el impacto de la bala, repentino y fugaz, produce alteraciones en las percepciones psicológicas de los pasajeros y de los damnificados directos. Si bien la bala y sus consecuencias son fácticas, su impacto es además psíquico, produciendo reacciones corporales nuevas y extrañas.

A este tipo de situaciones, Benyakar (2006) propone denominarlas “Situaciones Disruptivas” por evento, para diferenciarlas de lo “Disruptivo” por entorno.

Al medio humano y físico masivamente distorsionado por la ocurrencia de hechos disruptivos, que instalan un deformación ambiental, que puede devenir crónica. Los entornos disruptivos son aquellos contextos vitales en los que se dislocan las relaciones entre las personas y entre estas y el medio físico y social. (pág. 69)

A esta clase de fenómenos, Benyakar los denomina “sintónicos” en tanto que sus consecuencias no siempre son registradas como patológicas ya que perduran en el tiempo. La diferencia es la distonía que caracteriza a las situaciones disruptivas por evento, que impactan en la persona de manera extraña e imprevista, tal como es el caso de la bala en el cuello de Blanchette.

b) Lo resiliente

En plena crisis conyugal debida a la pérdida de su último hijo, el matrimonio norteamericano (Brad Pitt y Cate Blanchett), decide pasar sus vacaciones en Marruecos, con el fin de re-encontrarse.

Una cultura claramente opuesta a la occidental en un ámbito desprovisto de confort e higiene son el escenario que pondrá a estos sujetos desgarrados, a re-surgir o a morir en el intento.

Atravesando la fría indiferencia que surge del desentendimiento sostenido y el dolor por la pérdida, una bala desciende del cálido y desértico paisaje montañoso de Marruecos, penetrando el vidrio de la ventanilla e incrustándose en el cuello de la bella C. Blanchette.

González Iñárritu, nos propone (al igual que en “Amores Perros”), observar las situaciones como eventos, vivenciados desde la diferencia idiosincrásica de sus personajes.

Resalta la singularidad tanto de éstos, como de las personas espectadoras del film. Avala el postulado de esta tesis, en tanto nos advierte que no es el evento en sí mismo el que posee la cualidad traumática, sino que es en relación con la vivencia, que adquiere una significación subjetiva y una cualidad singular que podría dar cuenta o no de lo traumático, ya que lo traumático sólo lo es en tanto cualidad psíquica.

Similitud de actos en escenarios distintos... mientras los hermanos marroquíes advierten su acción y huyen para esconderse de la mirada de los pasajeros del micro, en California, otros hermanos (hijos del matrimonio), se esconden de su cuidadora jugando a las escondidas.

Se pueden ver dos modos de juegos cualitativamente diferentes: en Marruecos el juego con la vida, cazar o morir, mientras que en California se ve el juego en la vida de los niños, donde el “como sí” se diferencia del “en sí” marroquí.

La relatividad del tiempo es inherente a este estilo fílmico, donde lo ocurrido vuelve a ocurrir según la lógica emocional de los personajes, dejando a un costado la cronología, que adquiere sentido sobre el final.

Para la pareja, la sorpresa ocurre con la rajadura del cristal, el desconcierto de Pitt y su mujer al ver sangre y no entender de qué se trata.

Para los pasajeros, luego de escuchar los gritos y tomar contacto con la escena.

Para los niños, sin embargo, no es el disparo lo que causa estupor, sino en primera instancia la detención del micro, y en segunda la confirmación de la noticia de “atentado terrorista en Marruecos”.

Analizar el evento en sí, es creer ingenuamente que algo, es lo mismo para todos.

Como profesionales de la salud mental, heredamos con “Lo disruptivo” un concepto clave para trabajar desde la singularidad. ¿Quiénes y cómo son Susan (Blanchette) y Richard (Pitt)? Susan es escrupulosa, muestra un marcado enojo y resentimiento hacia Richard, por no haberla acompañado con la muerte de su hijo. La blancura de su piel coincide con la pulcritud casi obsesiva que la lleva a desinfectarse las manos, con el desprecio que emerge de la diferencia sociocultural.

Una herida de bala, en condiciones de extrema pobreza y rodeada de animales y seres de otro color, no es un dato menor en su vida. La subversión de los valores es relevante en este film: el dinero no resuelve la urgencia ni salda la deuda de la vida y el amor que su guía les profiere.

El perdón, del cual conversan antes del impacto es un elemento clave, no sólo en la pareja protagónica sino también en las que están fuera de la pantalla.

En la encuesta de investigación, una de las preguntas propone un ejercicio de imaginación, en el cual uno de los miembros de esta pareja concurre al consultorio del encuestado, y este debe pensar un diagnóstico posible (pregunta nro. 8).

La idea al formular la pregunta, es que luego de ver como resuelven las situaciones vividas, el concepto de resiliencia es pertinente para cualificar uno de los modos de procesamiento psíquico, al menos de Richard.

“La capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (Müller, 2012, pág. 14)

Señala Infante (2001), “un individuo ya no sólo carece y se enferma sino que es capaz de buscar sus propios recursos y salir fortalecido de la adversidad” (en Benyakar & Lezica, 2006, pág.117).

Benyakar (2006) refiere en su libro, Lo Disruptivo:

Una situación disruptiva puede ser dañina, y al mismo tiempo beneficiosa, enriquecedora. Con harta frecuencia sufrir un impacto emocional intenso, desorganizador, ayuda a organizarse... Es posible, tras salir vivo, revalorizar la vida propia y la ajena. (pág. 127 y 128).

Si bien las vivencias de desamparo y desvalimiento son centrales en los personajes del film, la capacidad de atravesar y superar la adversidad, en el caso del matrimonio, parece suturar la herida no curada del abandono anterior de Richard, con la presencia del Amor, en su plenitud.

c) La angustia de separación

Los dos hijos de la pareja, cuidados por una mujer mexicana inmigrante sin documentos (Adriana Barraza), juegan al modo occidental, en una casa confortable y bien equipada. El calor de hogar, el afecto de una mujer "lo suficientemente buena", capaz de alojar el vacío que la muerte de un Hijo/Hermano, dejan en una flia., nos muestran las diferencias entre oriente y occidente.

Mientras los hermanos marroquíes hacen de las montañas, su patio de juegos, los menores norteamericanos quedan a merced de una decisión clave: cruzar la frontera hacia México, o ser cuidados por un extraño en EE.UU.

La boda del hijo de la cuidadora, en México presenta una encrucijada más de las que aparecen en el film.

Una elección imprudente, sin el consenso de los padres, producto del conflicto entre el deseo y el deber hacer, ubican al espectador ante dos escenas casi paralelas en las cuales la madre de los niños recibe un tiro en su cuello, y los pequeños participan (ya en México) de la caza de gallinas, para después ser espectadores pasivos del estrangulamiento, en un ritual típico del lugar. Evento disruptivo para los menores americanos, en un entorno disruptivo para ellos (distónico), idiosincrásico para los mejicanos (sintónico).

El cruce de frontera, como metáfora del cruce de límites y sus consecuencias, se exalta en la mirada de los niños americanos; su asombro al ver la prostitutas en las esquinas, los gallos por las veredas, las imágenes religiosas y todo un entorno nuevo y tal vez amenazante al ver las cruces de los caídos, en su intento por abrazar América del Norte.

El encuentro de culturas y lenguas diferentes desarma la ilusión de lo idéntico, del otro igual a uno. Una vez más, la simultaneidad, rompe los esquemas cronológicos del espectador para conectarlos con un funcionamiento similar al del proceso onírico.

El impacto del cuello materno desangrando y el cuello del ave retorcido, es de un alto potencial disruptivo. Características de ambos eventos, definidas por la muerte, la sangre y el dolor. Atributos que los niños, al ver la gallina degollada y caminando, asignan al fenómeno. Condimento agregado por el director del film, que en cada filmación recrea un escenario "real" sin que los actores menores sepan el

devenir. Las cualidades del evento, son asignadas por el tercero (espectador), que categoriza la escena como horrorosa, dramática, etc.

Susan (Blanchett) y el ave degollada, continúan moviéndose luego del impacto en los cuellos.

El abandono del conductor que pasa por la carretera, instala la sensación de desamparo y vacío profundo. El pedido de auxilio de Pitt, es desoído por la interpretación que el conductor hace desde su subjetividad.

El espanto captura la escena, y lo que hace un instante transcurría en un clima de diferencias soportables, se transforma a la confusión y el vacío de no saber hacer (vivencia de desvalimiento).

Lo incierto (fáctico) desencadena la vivencia de incertidumbre provocada por lo disruptivo del evento, desoladora y desidentificante.

La niña atrapa a la gallina, para entregarla al sacrificio, sin saber lo que hace. Parecido es el caso de los niños marroquíes, que toman conciencia de su accionar a partir de la consecuencia del mismo.

El impacto de descubrir la muerte en las propias manos, sin siquiera premeditarla. El desenlace concluye en una tragedia, la policía marroquí, necesita un culpable, un muerto por otro. Una víctima que cargue con la expiación de una cultura. Habían encontrado al "terrorista", y ya estaba muerto.

Otra policía, no menos ingenua, la de la frontera norteamericana, necesita encontrar un inmigrante ilegal que al modo de un virus se mete en su cultura, rompiendo las reglas establecidas y al cual hay que expulsar.

María y su sobrino, son los chivos expiatorios indicados para fabricar otro delito por ingenuidad.

Aquí no es la muerte el desenlace, pero si lo es la deportación, la vuelta después de 16 años de vivir en la cultura americana, la aparición de la angustia de separación.

La pérdida de su fuente laboral, a la par de perder la dignidad siendo tratada por otros inmigrantes, como una delincuente. El perdón aparece una vez más cuando le dicen que los padres de los niños no levantarán cargos.

d) Lo traumático en el vivenciar

En simultáneo, como transcurre la vida real; en Japón, una adolescente sordomuda; "Chieko" intenta huir de su realidad rebelándose contra la persona más cercana, su padre (Kôji Yakusho -Yasujiro-).

Casi hasta el final, no sabremos del impacto disruptivo en la adolescente, producido por el suicidio de su madre. Sólo verá el espectador, algunos elementos descritos por Benyakar en lo que atañe al vivenciar traumático, a modo de inferencia, ya que sólo la ficción impide darle continuidad al momento vital.

Las capacidades articuladoras ante los estímulos que Chieko recibe, tanto externos como internos, los cuales se ven aumentados por ser sordomuda, sobrepasan sus posibilidades metabolizadoras.

Aquí también, la sexualidad desbordada aparece mostrando su vacío de afecto y su necesidad de contacto con el otro.

Se infiere que el suicidio materno, que permanece oculto durante el film, desbarata su psiquismo, llevándola a vivir en un borde real desde el cual el riesgo de caer es permanente.

El consumo de sustancias, la necesidad de pertenecer a una cultura que la expulsa y a la vez la integra; le ofrecen un lugar que ella re-presenta como el resto vivo que se desprende en caída libre, en una sociedad que no puede alojarla. Aquello que es dejado caer después de haberlo gozado. El vivenciar traumático, se infiere a partir de la continuidad de los efectos que la vivencia traumática del suicidio materno, dejan en ella como marca indeleble.

La dimensión somática de lo disruptivo, se expresa en su trastorno de la audición con consecuencias en el habla. El efecto de la singularidad, expresada en el modo que la subjetividad de Chieko se conforma, se observa en su pasaje vital.

Seduca con y desde el profundo vacío doloroso e insoportable, al modo de un grito mudo y desgarrador. Vivencia traumática, vivencia de vacío que no puede ser dicha pero puede ser mostrada desde sus agujeros más profundos. He allí lo traumático. El psiquismo lacerado, desgarrado haciendo los intentos por autocurarse, fallidamente.

Pero a pesar de tanto dolor sin palabra, literalmente, hay allí un padre que la sostiene desde su propia caída: el empresario, el que da origen a la tragedia

inicial, regalando su rifle a aquel hombre marroquí a modo de gratitud por haberlo guiado.

También la figura del odontólogo y el policía, como representantes de lo instituido/instituyente le aportarán un marco de contención posible que la rescate del profundo agujero en el que transita.

La gratitud, el pago, y la necesidad de ser guiados, parecen indicar que ante el profundo dolor del drama y la tragedia, solo puede rescatar al sujeto, el amor que surge indefectiblemente del vínculo con el otro.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

Diseño

El interrogante que dio origen al tema elegido en esta investigación, puede condensarse en la **pregunta problema** de la misma, formulada en los siguientes términos:

¿Qué efectos tiene en la praxis de la clínica psicoanalítica, la confusión entre los planos fáctico y psíquico, puesta de manifiesto en la utilización de la expresión “situación traumática”?

Esta tesis, asienta su estructura en una confusión conceptual, detectada por el Dr. Benyakar, que podría inducir a los profesionales de la salud mental, a incurrir en una praxis clínica desviada de la singularidad pretendida por los abordajes psicodinámicos postulando que:

“La expresión Situación Traumática, presenta una confusión conceptual entre Trauma y Disrupción, que contraría el principio de singularidad, inherente a la concepción psicodinámica de abordaje terapéutico”.

Para dar respuesta a la misma, se ha tomado el modelo de matriz epistemo-cognitiva propuesto por el Dr. López Alonso (2006), que ubica a nuestra hipótesis de trabajo, de acuerdo a la situación tipo “2 de Hipótesis de Trabajo” en tanto:

a) Se constató la presencia de modelos teóricos pre-existentes, que no habían sido sometidos a constatación empírica respecto del eje mencionado: “La expresión Situación Traumática contrariando al principio de singularidad”. Dicho modelo teórico conceptual es el desarrollado por el Dr. Moty Benyakar, acerca de “lo Disruptivo”.

b) Se ha llevado a cabo una estrategia de investigación que es de evaluación sistemática.

c) En relación a la estrategia, los resultados fueron analizados, también de manera sistemática, basándose éstos en tres ejes de análisis.

d) Se realizó una prueba de campo, previa a la implementación del instrumento - encuesta - que permitió ajustar las variables.

Desde el punto de vista metodológico, las variables de estudio resultan:

“Situación Traumática”, “Principio de singularidad” “Lo Disruptivo”, “Lo Fático” y “Lo Psíquico”.

Las variables asignadas, son:

Profesión, antigüedad profesional y ámbito de desempeño, que fueron claves para la delimitación de la muestra, seleccionada con la técnica de “bola de nieve”.

El diseño de la investigación, es descriptivo con alcance explicativo y experimental.

Sin embargo, en tanto este trabajo de investigación, pretende incluir un aporte de construcción teórica, al proponer el concepto de “**Principio de Singularidad**”, (concepto que no fue hallado en la bibliografía psicoanalítica revisada), permite ubicarlo dentro del problema epistemológico de tipo “3 Situación Abierta de Hipótesis Ad-Hoc”, ya que si bien ésta, no se caracteriza por ser una tesis de génesis de teoría, pretende ampliar el concepto de “Singularidad”, llevándolo a la categoría de “Principio inherente a las Concepciones de Abordaje Psicodinámico”.

Al decir del Dr. López Alonso, se produce aquí, una “situación donde la ciencia se abre y se expande más allá de sus fronteras estándares”.

Este tipo de diseño, permite poder comparar las respuestas, en dos planos diferentes:

-Intra: buscando coherencia o discordancias en las respuestas de un mismo sujeto.

-Inter: cotejando las respuestas asignadas por distintos sujetos, respecto del mismo ítem.

Dadas las precedentes explicaciones, se puede reconocer que la presente investigación, responde en un último sentido a un modelo de matriz epistemo-cognitiva del problema en estudio, que está entre las situaciones: **2** (Hipótesis de Trabajo) y **3** (Génesis de Teoría), de acuerdo con el planteamiento del Dr. López Alonso, presentado en párrafos antecedentes.

Hipótesis

“El Principio de Singularidad inherente a la concepción psicodinámica de abordaje terapéutico, es contrariado por la confusión conceptual entre “Trauma” y “Disrupción”, que presenta la expresión “Situación Traumática”.

Objetivos

Objetivo general

1-Investigar la confusión existente de los profesionales de la salud mental, entre los registros clínicos de aspectos FÁCTICOS Y PSÍQUICOS.

Objetivos Específicos

1-Explorar los distintos modos en los que los profesionales de la salud mental utilizan la expresión "Situación Traumática".

2- Indagar las teorías implícitas que operan en los profesionales de la salud mental acerca de “Trauma”.

3- Explorar las representaciones subjetivas en conflicto, que subyacen al uso de la expresión “Situación Traumática”.

4- Analizar, en el discurso de los profesionales de la salud mental; expresiones que homologuen Lo Traumático al evento.

5- Indagar las concepciones existentes en los Profesionales de la Salud Mental, acerca del “Principio de Singularidad y Los Modelos de Causalidad (DSM)”.

Instrumento de medición

Para la recolección de datos se diseña una encuesta compuesta por 26 preguntas con las siguientes características:

- 25 Polimodales y univariadas.
- 1 Cuadro de selección obligatoria.

Para la realización del estudio se incluye un consentimiento informado, que toma en cuenta los principios de la bioética.

El estudio de campo se realiza vía internet con encuestas autoadministradas a los fines de posibilitar que el encuestado tenga la privacidad y libertad de responder, incluso con bibliografía a su alcance si así lo dispusiera.

Se propone un tiempo de quince días como tope para la devolución, y transcurrido dicho período, se considera la situación como indicador de intención de NO respuesta.

En relación al alcance de este instrumento, las preguntas: 8-9-11-16-17-18-19-20-21-23-24-25 y 26, dan cuenta de lo planteado en los objetivos específicos nro. 1 y 3.

Las preguntas: 10-11-12-16-17-18-19-20-21-24 y 26, responden al objetivo específico nro. 2.

El objetivo específico nro.4, es respondido por medio de las preguntas nro.: 19-20-21-23-24 y 26.

Las nro.: 10-12-13-14 y 15, responden al objetivo específico, nro.5.

Este instrumento, fue construido y pre-testeado luego de un prolongado tiempo de revisión, que permitió mantener en el eje de la investigación el foco de la pregunta problema, sin perder por ello, la especificidad de cada encuestado.

Las variables utilizadas, fueron agrupadas en tres niveles de análisis posibles:

A- CONCEPTUAL:

La forma en la que los profesionales de la salud distinguen las atribuciones conceptuales entre, lo Disruptivo y lo Traumático. Las adecuaciones entre marco teórico y práctica clínica.

B- LÓGICO:

Las contradicciones en términos de procesos; dónde pone el foco el terapeuta: ¿en el impacto, en su procesamiento o en la articulación entre ambos?.

C- CLÍNICO:

La toma de decisiones ante las preguntas enunciadas, de la siguiente manera, por ej.: “¿qué haría Ud. si...?”

Las variables referidas, son articuladas con los tres ejes temáticos que se plantean a continuación:

1-**Autopercepción**; de la 1 a la 7. Este conjunto de preguntas, apunta a identificar la profesión de base habilitante para la praxis clínica, y el marco teórico desde el cual el profesional dice pensar al sujeto.

La antigüedad, y la coherencia entre teoría y práctica, lo introducen en una encuesta que se transforma en su devenir, en un ejercicio clínico articulador en sí mismo, además de su cualidad como instrumento metodológico.

En la pregunta nro. 6, con el fin de corroborar la concordancia entre teoría y práctica profesional, se incluyó la figura judicial representada por “Juez de la Nación”. Se podría haber apelado a otras instancias tales como; medicina prepaga, en tanto es sabido que algunas de estas, solicitan que el diagnóstico sea expresado bajo los ejes del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM. Fueron excluidas del presente trabajo, por el hecho de tratarse de Instituciones privadas.

Se ha decidido utilizar la figura del Juez de la Nación, por su pertenencia al ámbito público, que solicita informes al área de salud mental, sin especificar un marco teórico de referencia a la hora de enunciar resultados periciales.

Constatamos, que en el ámbito judicial requieren la presencia de determinadas baterías diagnósticas tales como: Test de Bender, persona bajo la lluvia, HTP, Rorschach y otros.

Todas las mencionadas, se encuentran dentro de la concepción psicodinámica de abordaje terapéutico, sin estar asimiladas en tanto instrumentos diagnósticos, al DSM.

Se constató también, que no se explicita (en el ámbito judicial) en ninguna parte, la necesidad de expresar el informe final bajo alguno de los DSM.

2- **Posicionamiento**: se refiere al discernimiento de los profesionales para la práctica clínica, en torno a escenas del film, planteadas como potenciales consultas profesionales.

Este bloque incluye las preguntas nro.:10-12-13-14-15-16-17-18 y 22.

Las preguntas 10 y 12, invitan al profesional, a manifestar su posición a la hora de tener que realizar un informe psicológico de un sujeto X (miembros de la pareja protagónica: B.Pitt y K.Blanchette), con una variable de cambio significativo, que es la presencia o ausencia de la figura "Juez", de nuestro sistema jurídico.

Existe la creencia, para los profesionales de la salud mental, que el sistema judicial, (como entidad), solicita la evaluación psi de un sujeto, requiriendo que los diagnósticos sean expresados bajo una nomenclatura consensuada como el DSM. Esta creencia, resulta significativa para la presente investigación.

Las preguntas 13-14 y 15 estuvieron centradas en las concepciones vigentes en el profesional, acerca del concepto "Singularidad y "Subjetividad".

Las restantes mencionadas, se basaron más en especificaciones diagnósticas y en modalidades de abordajes adecuados según cada uno de ellos, ante una situación límite.

3- **Conceptual**: está integrado por las preguntas 8-9-11-19-20-21-23-24-25 y 26.

Aquí, se invita al encuestado, a reflexionar sobre las concepciones teóricas vigentes en su formación, en relación a conceptos que encuentran su correlatividad con representaciones sociales tales como: "Situación Traumática", en tanto se utiliza técnicamente por el DSM, y popularmente para referirse a eventos que amenazan la integridad de uno o varios sujetos. Se exploran las definiciones de

“Trauma” y la coherencia o no, con su utilización en la expresión; “Situación traumática o estrés post-traumático”.

La pregunta ocho, en particular pretende invitar al encuestado a reflexionar, en un “como si” práctico, algunas de sus representaciones implícitas en relación a lo traumático y lo disruptivo (Objetivo1: específico).

Esta pregunta, permite comenzar a vislumbrar el nivel de claridad o confusión en torno a Lo fáctico y lo Psíquico.

Los resultados del trabajo de campo, fueron procesados por dos vías de evaluación: programa SPSS para datos cuantitativos, y técnica de lectura encuesta por encuesta (Método comparativo constante) para datos cualitativos.

Cuestionario para Investigación del Doctorado en Psicología, A.P.A./U.S.A.L.

TEMA: PRÁCTICA CLÍNICA

Se torna imprescindible para responder la misma, ver o haber visto recientemente el film: "**BABEL**", de Alejandro Gonzalez Iñárritu.

CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO

Mediante la presente comunicación deo constancia de haber comprendido que el objetivo de este estudio es revisar algunas concepciones que atañen a la singularidad y a la práctica clínica, desde abordajes psicodinámicos. Esta investigación es realizada por Néstor Tamburini, doctorando en Psicología, de la Universidad del Salvador.

E-mail: nestortamburini.psi@gmail.com

Entiendo que:

- Mi participación en esta investigación es voluntaria, así como la decisión de dar por terminada mi participación en cualquier momento;
- Tengo el derecho de revocar esta autorización así como mi participación en la investigación, en cualquier momento, sin que ello conlleve algún tipo de consecuencias negativas a mi persona.
- La información que suministre al investigador será utilizada únicamente y exclusivamente con fines académicos;
- El investigador me ha garantizado confidencialidad relacionada tanto a mi identidad como a cualquier información relacionada con mi persona;
- Mi participación en dicho estudio no implica riesgo, ni inconveniente alguno para mi salud.
- No seré remunerado por brindar la información.
- Los resultados del estudio me serán mostrados oportunamente si así los solicito.
- Autorizo la utilización de la información aquí relevada a los fines de la investigación planteada;
- Autorizo la utilización con fines docentes y la publicación con fines científicos de los datos y de los resultados obtenidos durante la investigación.

1- ¿Cuál es su profesión?

2- ¿Desde cuándo y dónde realiza o realizó la práctica clínica?

3- ¿En forma pública, privada o ambas?

4- ¿Dentro del área clínica de la salud mental, cuál es su marco teórico de referencia?

5- ¿Coincide éste marco teórico, con su praxis?

6- Si tuviera que expresar el diagnóstico de un sujeto que asistió a su consulta (institucional o privada), ante un pedido de informe judicial, en base a qué modelo teórico lo haría, que le permitiera fundamentarlo con posterioridad?. Indique libro de referencia por favor.

7- El modelo teórico elegido, ¿es acorde con su formación y su modo de pensar al sujeto?

Muy bien, ya completó el 25% de la encuesta!

8- ¿Si uno de los miembros de la pareja protagónica del film (Brad Pitt o C. Blanchette), concurriera a su consultorio, unos meses después ¿cómo calificaría Ud. a la situación por ellos vivida? Por favor, marque con una x la que considere pertinente

- a- Difícil
- b- Terrible
- c- Dramática
- d- Traumática
- e- Disruptiva
- f- Otra
- g-¿Cuál?

9- ¿Cómo calificaría al proceso psíquico en cuestión, tomando en cuenta lo visualizado en el film?

- a- Duelo
- b- Estrés
- b- Traumático
- c- Resiliente
- d- Otro
- e-¿Cuál?

10- Si Ud. tuviera que elaborar un informe solicitado por un Juez de la Nación, en el cual se le solicita un diagnóstico, relacionado con el motivo de consulta, del personaje elegido anteriormente:

¿Cuál utilizaría? y ¿por qué?

11- ¿Encuentra a algún personaje del film, atravesado por lo traumático?, si respondió **SI**, por favor, indique que fue lo que determinó su conclusión, y cuales son las manifestaciones que toma en cuenta, para su conclusión.

12- Si este informe no estuviera mediado por el pedido de un Juez, y sólo fuera para formar parte de la documentación clínica de su paciente, utilizaría el mismo diagnóstico? o ¿tal vez lo expresaría de otra manera?

13- ¿Su modelo de trabajo, contempla la singularidad del sujeto, es decir la subjetividad del mismo? o ¿se basa en modelos causales, más del estilo estímulo respuesta, como por ej. el DSM o conductista?

14-¿Que cree Ud. que caracteriza lo singular de un sujeto?

Buen trabajo, ya completó el 50% de la encuesta!!

15- ¿Considera que las clasificaciones del Manual Diagnóstico y estadístico de Salud Mental - DSM- priorizan la singularidad del sujeto?

16-¿Conoce la categoría T.E.P.T. de alguno de los DSM?

17- ¿En su práctica clínica, utiliza la expresión:¿“**estrés post-traumático**”?

18- ¿Utilizaría este diagnóstico para algún personaje del film?

19- ¿Utiliza la expresión situación traumática para referirse a eventos, acontecimientos o sucesos, que alteran y/o amenazan la integridad psico-física de un sujeto? Si su respuesta fuera **SI**, ¿podría mencionar alguna/s del film?

20- ¿Cómo define Ud. el concepto “trauma”?

21- ¿Existe alguna diferencia entre los conceptos “traumático” y “disruptivo”, o podría usarlos indistintamente?

22- ¿Cual es el tratamiento indicado en primera instancia, a su criterio para alguien que atravesó una Situación Límite, dónde su vida estuvo en alto riesgo, y presenta sintomatología aguda?. Marque con una cruz

- a- Psicoterapia
- b- Farmacológico
- c- Combinado

¿Cuál?
¿Con qué?

Ya casi completa todo el cuestionario!! Llegó al 75%

23- ¿Considera que existen situaciones que en sí mismas son traumáticas?

24- Frente a un impacto de bala recibido en la zona del cuello donde se produce el de la protagonista, ¿Qué le asignaría la cualidad de traumático? (marque con una x lo que corresponda):

- el disparo
- la bala
- la rotura del tejido y las arterias
- la situación de los niños:
 - a- al disparar
 - b- al ser descubiertos por la policía
 - c- al contemplar la muerte de su

hermano

- el miedo de la protagonista a no volver a encontrarse con sus hijos
- Ninguno
- Otro. ¿Cual?

25- En la tabla a continuación, Ud. observará una serie de CONCEPTOS. Deberá marcar con una X, en que registro los ubica según sea: Fáctico, Psíquico o ambos, si lo considera. Utilice su criterio, según lo que para Ud. es fáctico y lo que es psíquico.

	FÁCTICO	PSÍQUICO
CONCEPTOS		
Situación		
Amor		
Vivencia		
Endorfina		
Lo traumático		
Materia gris		
Lo disruptivo		
Lo ominoso		
Inhibición		
Adrenalina		
Acontecimiento		
Estrés		

26- Marque con una X, lo que corresponda
Considera lo traumático como:

- Una situación en si misma
- Una vivencia
- Ambos
- Otro ¿Cuál?

El 100% fue completado, su aporte es muy valioso para esta investigación!!

Muchas gracias por su colaboración
Lic. Néstor Tamburini - Septiembre 2015 -
nestortamburini.psi@gmail.com

Fundamentos metodológicos de la implementación de un film

Pre-test:

La utilización de un film, y la emocionalidad que éste puede despertar en el espectador, son los motivadores para pensar en poner en marcha a los sujetos encuestados, desde su posición subjetiva como punto de partida, en relación al marco teórico de su elección.

Luego de visualizar distintos films, entre ellos:

“El príncipe de las mareas”, “Incendies”, “Ser digno de ser”, y “Vivir al límite”, se consideró que “**Babel**”, del Director Mexicano Alejandro González Iñárritu, reunía las cualidades adecuadas para abordar la problemática de la singularidad en torno a las conceptualizaciones teóricas sobre “Lo traumático y lo Disruptivo”, desarrolladas por Benyakar & Lezica (2005 & 2006).

Una vez elegida “**Babel**”, y finalizado el cuestionario, se organizó una prueba piloto, que tuvo lugar en el Hospital Municipal Ciudad de Boulogne, en el mes de diciembre 2015, en la que se proyectó el film, ante una población de cincuenta profesionales de la salud mental, que participaron de la misma, bajo la convocatoria de un “cine/debate”.

El eje del debate, estuvo planteado en torno a la praxis clínica en salud mental y la singularidad. La presente encuesta fue modificada a partir de este ensayo.

La modificación fundamental respecto de la original, estuvo en el planteo de preguntas multivariadas en su mayoría y abiertas conceptuales, en su minoría. La primera, estaba centrada en preguntas abiertas, presentando mayor dificultad para operativizar las variables al momento de su análisis cuantitativo. El obstáculo observado fue que; los encuestados, debatían acerca del film, pero no se lograba la articulación requerida entre teoría y práctica, para hacer surgir la “confusión” esgrimida en el postulado a partir de la confusión entre “Trauma” y “Disrupción”.

Se consideró que las dos horas de duración, podrían transformarse en un obstáculo, tanto para el contexto de un cine debate grupal, como individual, sumado a la respuesta del cuestionario al final de la actividad.

Re-editar un film, artesanalmente ideado y diseñado por un Director de cine tal como Iñárritu, ha sido una tarea riesgosa y ambiciosa. Implicó la

visualización del mismo alrededor de quince veces, tanto de forma completa como por partes.

En este trabajo de re-edición, se condensó un nuevo film, que intentó mantener la esencia original de su Director, sin perder de vista el foco de transmitir la confusión original, de un modelo conceptual imperante en los profesionales de la salud, en relación a lo traumático, lo dramático, lo trágico y lo disruptivo.

¿Por qué “Babel” para esta tesis?



“**Babel**” significa: CONFUSIÓN. La confusión de las lenguas cuando las personas hablan distintos idiomas, la confusión entre aquellos que aún hablando un mismo idioma ocurre cuando las vivencias, con su intensidad afectiva, conducen a los sujetos por el camino de un lenguaje posible, pero a la vez fallido. La “FUSIÓN-CON” el otro, que no permite diferenciar el no “YO”, es la que en este film, presenta la ambivalencia necesaria para instalar el debate acerca de las cualidades de “Lo traumático y Lo disruptivo, Lo Fáctico y Lo Psíquico”.

Desde allí, se piensa que “Babel”, podría ser el adecuado para resaltar la subjetividad del espectador, que aquí se encontraba en un doble rol: sujeto del inconsciente y profesional de la salud mental.

“Babel”, está basada en cuatro historias que poseen un elemento en común (Un rifle) y un sentimiento que es superado por lo transcultural: el amor.

La visualización del film, pone de manifiesto la emocionalidad y la capacidad de procesamiento psíquico singular de cada profesional, permitiendo dejar al descubierto las contradicciones entre “cómo se siente, cómo se piensa y cómo se hace”.

¿Cómo transforma la formación teórica a un sujeto en su modo de pensar, sentir y actuar? Lo que desde la teoría parece estar claro, se torna difuso a la hora de aplicarla en preguntas concretas relacionadas a la praxis.

¿Está realmente claro el concepto de singularidad? ¿Es lo mismo que la subjetividad? ¿Dónde encontramos lo traumático en la clínica cotidiana? ¿Se conoce suficientemente el concepto "Disruptivo" y su valor determinante en la clínica? ¿Cuál es el vínculo de los profesionales de la salud mental con la serie de manuales DSM? ¿Qué grado de rigurosidad y precisión le asignan los profesionales de la salud mental a los conceptos que utilizan en la praxis clínica, en relación con lo que presentan en Congresos u otras modalidades de exposición y docencia?

¿Por qué pensar en un film como disparador del debate y no en un caso clínico? Tal, había sido la sugerencia a lo largo de la investigación, de prestigiosos profesionales en los campos clínico y académico.

Tomando en consideración a todas y cada una de las propuestas proporcionadas, finalmente se decidió la utilización del film por su capacidad de involucrar al profesional como sujeto de éste, disolviendo su sujeción a la teoría con la que convive a diario, dejándola en un segundo plano.

Lo fáctico y lo psíquico se presentaron como categorías difusas en los profesionales Psi, en tanto que la fuerza de, "la palabra mata la cosa", produce una tendencia a subjetivizar a partir de conceptos, a la cosa misma. Por lo tanto, si la palabra implica la muerte de la cosa, que espacio hay para lo fáctico. ¿Todo sería psíquico si se parte del sujeto?

Los profesionales que inscriben su marco teórico dentro de los abordajes psicodinámicos, al repetir; "Situación Traumática", ¿no estarían utilizando una expresión que le asigna cualidades psíquicas a los eventos?

Cuando el DSM refiere: "situación, evento, acontecimiento o suceso traumático" (según su edición y traducción), nos invita a pensar que el trauma está en la intensidad del fenómeno fáctico. Mientras que en el DSM III, en el diagnóstico Post traumatic stress (PTS), menciona trece veces la expresión "Traumatic Event", en la versión V del mismo manual, la misma expresión aparece **ochenta y cuatro** veces.

El estrés, según el DSM, ocurriría con posterioridad al "Trauma", lo que permite interrogarse: ¿el trauma es el evento?

Casi todos los profesionales encuestados dicen saber que lo traumático, corresponde al psiquismo, no al evento. ¿Qué desplazamiento particular ocurre allí?

Desde la fundamentación metodológico-teórica, se consideró la pertinencia de utilizar un método audiovisual como es la cinematografía, en una investigación cualitativa.

Distintos autores, avalan la utilización de material audio visual en la investigación cualitativa, como Aldo Merlino (2009). También están aquellos que toman una postura reticente a su incorporación: "La imagen, al contrario que la palabra, es semánticamente rica pero sintácticamente pobre" (pág. 152). En los años 50´tuvo lugar una rama de investigación y práctica cinematográfica, llamada "Antropología visual o cine etnográfico", la cual tuvo como precursores a Margaret Mead y Gregory Bateson. Esto surgió, a partir de una investigación en Bali, que buscaba explorar el rol de la cultura en la formación de la personalidad. La misma, incorporaba 25.000 fotografías y 22.000 pies de película de 16mm.

En favor de la imagen en la investigación, el astrónomo P. J. Janssen afirmaba que: "esta posee todas las propiedades que la ciencia podía desear: preserva fielmente la imagen que se imprime sobre ella, y la reproduce y multiplica indefinidamente (...) mientras que la retina borra todas las impresiones tras una décima de segundo, la retina fotográfica las preserva". (Janssen, citado en Merlino, 2009, pág. 151)

El cine, como disparador, condensa dos atributos interesantes para una investigación científica; objetividad y subjetividad. El antropólogo Jean Rouch y el sociólogo Edgar Morin, son quienes mejor han representado un género cinematográfico conocido como "Cinema Verité", que significa "Cine Verdad", en homenaje al teórico cineasta ruso de los años ´20, Dziga Vertov. El concepto de "verdad", basado en una verdad reflexiva, estaría al servicio de promover la revelación de la realidad, aproximarse a ella, en lugar de como su nombre lo sugiere, reproducirla como espejo.

Este enfoque, resulta valioso para la presente investigación, ya que pretende despertar emociones que surjan a partir de lo especular, esto es en relación con lo más subjetivo del ser.

El cine produce efectos potencialmente co-metabolizadores sobre los sujetos, tanto espectadores como actores y directores. Por éste, entre otros motivos ya desarrollados, se ha propuesto la visualización del film "BABEL". La presencia de diferentes situaciones altamente impactantes para el espectador, invitan a repensar diferencias conceptuales entre otras como: vivencia y evento.

Uno de los objetivos, fue el de explorar las concepciones teóricas que tenían en su haber y el grado de concordancia con la práctica, respecto del discernimiento en dos campos bien diferenciados: Lo Psíquico y Lo Fático (Objetivo General), articulado con "Lo Traumático" y "Lo Disruptivo", en torno al Principio de Singularidad (Objetivos Específicos).

La elección del film, se hizo luego de distintas conversaciones con un grupo de colegas que colaboran con la tarea de investigación¹².

Desarrollando el área metodológica de la investigación, surgieron distintas opciones. Entre ellas, se pensó cuál podría ser el material más adecuado para luego realizar una encuesta a profesionales de la salud mental, sobre una temática de investigación relacionada con un concepto clínico muy utilizado, como lo es el de "Situación Traumática" y su relación con la singularidad.

Una vez elegido el medio cinematográfico, la inmensa cantidad de films relacionados con la temática de la investigación, llevó a debates ricos e interesantes. "Babel" reunió las características que se buscaban. La principal, fue la de colocar al encuestado ante un film que conjuga distintas culturas, lenguas e idiosincrasias, con diferentes escenas que podrían fácilmente catalogarse como "Traumáticas", a la vez presentando una clara y marcada diferencia entre los eventos y el modo en que sus personajes los vivencian. Por otra parte, el film en sí mismo se constituye como un evento para el espectador que, no sólo analiza lo que ve, sino que por vía identificatoria asume en función de su historia personal, una interpretación singular.

Tomar algunos personajes como potenciales pacientes, es una estrategia pensada para descentrar al encuestado, de su rol principal de analista o terapeuta, a través de un "como si", sin que éste sea despojado de su capacidad profesional.

¹² Lics. Romina Vanelli, Mara Segovia, Belén Sinner y Verónica Brizzi.

La muestra

De los treinta encuestados en un primer momento, se había pensado en seleccionar:

- 10 Psicólogos
- 10 Médicos
- 10 Psicopedagogos

A partir de allí, las combinaciones de profesiones y orientaciones que pudieran surgir.

Sin embargo, si bien la selección de profesionales se realizó bajo la técnica bola de nieve, y se distribuyeron films (editados) en CD y Via Dropbox, la ausencia de respuesta de profesionales médicos, provocó que hubiera que compensar con la mayor disposición de profesionales psicólogos. Los médicos que no hicieron el cuestionario, argumentaron problemas de tiempo ocasionados por la exigencia de ver un resumen del film original, que duraba una hora y ocho minutos. Algunos refirieron sentirse evaluados en su capacidad práctica y manifestaron no hallarse a gusto con la tarea. Algo parecido ocurrió con los psicopedagogos, quienes esgrimían que el contenido del cuestionario los colocaba frente a problemáticas clínicas que les complejizaba las respuestas, optando por no hacerlo.

Alcances y limitaciones

La diferencia cuantitativamente mayor de profesionales psicólogos que respondieron la encuesta, en relación a los psicopedagogos y psiquiatras, asigna a esta investigación un sesgo en el modo de interpretar los conceptos y su aplicación en la praxis. Este punto, se constituye como uno de los aspectos vulnerables de esta tesis, por lo que se acotarán sus resultados teniendo en cuenta que la muestra ha quedado establecida por consenso.

A partir de esta falencia, se continuará con el trabajo de investigación hasta lograr parificar el número de profesionales de las diversas áreas que componen el campo de la Salud Mental.

CAPITULO V

Resultados, Análisis e Interpretación

1- Profesión

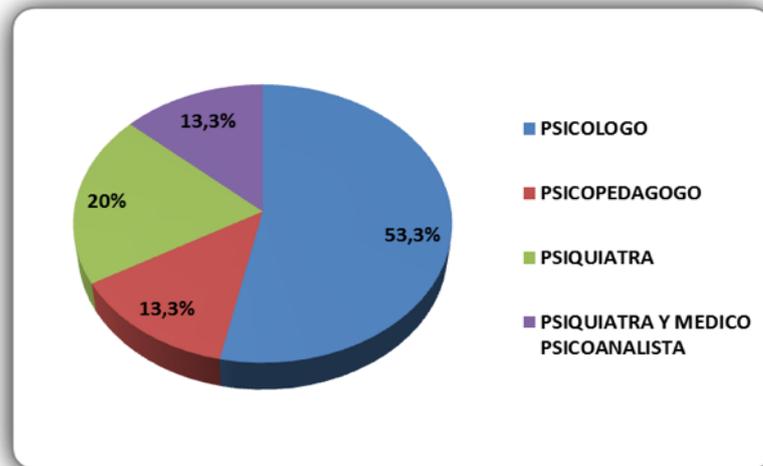
Sobre un total de 30 sujetos encuestados en base a la distribución según sus profesiones, resulta que respondieron la encuesta:

Psicólogos el 53,3% (16), médicos psiquiatras el 33,3%(10) (de los cuales el 13,3% refirieron además, haberse formado como psicoanalistas). Los **psicopedagogos representaron el 13,3%** de la muestra **(4)**.

Tanto médicos como psicopedagogos habían sido agrupados de manera equitativa, sin embargo la ausencia de devolución de la encuesta por motivos como falta de tiempo o implicancia teórica, hizo que para completar la muestra con 30 sujetos, se buscara a los que tenían mayor predisposición, quienes resultaron ser los psicólogos.

Si bien sería poco prudente hacer una lectura afirmativa del por qué la menor respuesta de psiquiatras y psicopedagogos, una hipótesis tentativa permitiría pensar que ambos grupos profesionales, tendrían una mayor disponibilidad a trabajar en concordancia con manuales que expresan sus diagnósticos, basándose en la observación en términos de causa efecto, y agrupando las manifestaciones de los sujetos en base a criterios categoriales. Por presentarse ésta, como una investigación sobre “La práctica clínica en relación a la Singularidad”, es posible que generara en los profesionales que enmarcan su praxis en el positivismo, cierto desinterés para participar y dedicar un tiempo, no menor, a la realización de la encuesta.

Gráfico 1 - Profesión -



2- Años de práctica clínica

De los encuestados, el **43,3% (13)** refirió estar dedicado a la práctica profesional desde hace **más de 15 años**, el **36,7% (11)**, **entre 5 y 15 años**, y el **20%(6)**, **menos de 5 años de práctica clínica**.

Si bien la antigüedad en el ejercicio profesional, fue una variable no determinada previamente, es posible que quienes se ubicaron en el sector de mayor antigüedad (43,3% más de 15 años en el ejercicio profesional), sea la franja que actualmente se encuentra más implicada e interesada en la problemática en cuestión, en tanto quienes se ubicaron en los segmentos con menor antigüedad, podrían tener menor conciencia de la relación entre teoría y práctica y sus implicancias.

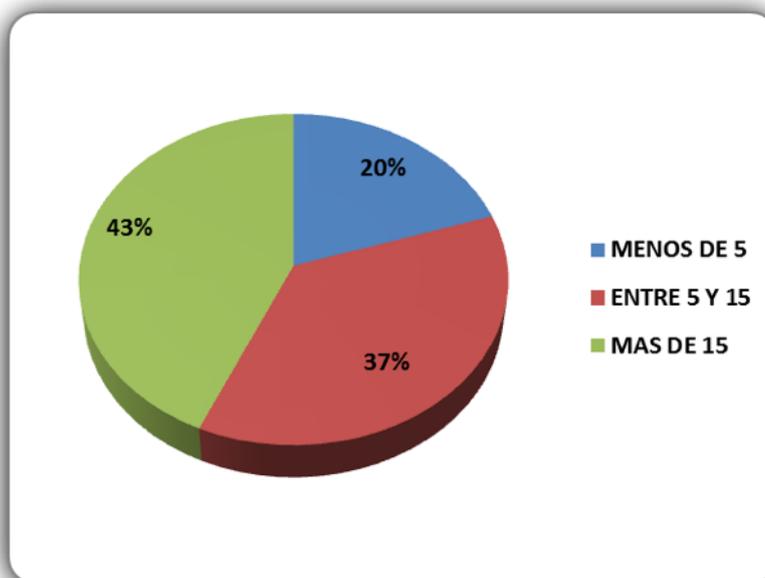
Los profesionales que se encuentran ejerciendo o lo han hecho, por un tiempo menor a 15 años, en su mayoría psicólogos (tal como lo evidencia la muestra), es la población que en sus inicios, se encuentra ocupada en los problemas relativos a cómo insertarse en el campo.

La profesión "Psicología", se encuentra influida por un aspecto que incluye entre otros la estética del profesional que pretende ejercerla. Por ser una disciplina que se asocia también a la antigüedad en la vida, es decir "la experiencia de vida", la inserción institucional de los profesionales (de aspecto juvenil) a menos

años de su egreso universitario, se torna altamente compleja. Esto hace, que la problemática de trabajar en el área clínica y sostenerse económicamente sea una articulación en muchos casos fallida. Motivo válido para afirmar, que el esfuerzo por establecerse en el área mencionada, distrae al profesional de problemáticas específicas entre teoría y práctica, ya que éste se encuentra dirimiendo obstáculos (prácticos) del estilo de ¿cómo presentarse con un currículum cuya formación no alcanza para cubrir las expectativas de una institución de medicina prepaga?. Esto también aplica para pensar en otra alternativa que le provea la posibilidad de ejercer y cobrar para auto sustentarse. El ingreso de profesionales a hospitales, es en una alta mayoría de carácter "Ad-Honorem". Por otra parte, el requisito de sostener un análisis personal (en lo posible de alta frecuencia), supervisar el/los pacientes, continuar su formación con especialidades de post-grado que nutran al mencionado C.V. en un entorno (disruptivo), de imprevisibilidad socio-económica entre otras (Argentina), sumado a la preocupación por recibir derivaciones de pacientes potencialmente analizables, son causas de peso para inferir que esta parte de la población se encuentra ocupada en otras temáticas. En este grupo, se infiere que las contradicciones teóricas están ligadas a lo antes expuesto, mientras que al grupo con mayor expertisse se lo vincula con el "vicio o deformación profesional", inducidos por años de atravesamiento práctico sesgado por las contradicciones de los modelos teóricos de referencia.

Estas inferencias, surgen del trabajo de más de 10 años, en la formación e incorporación de jóvenes profesionales al campo clínico hospitalario en el área de la Salud Mental.

Gráfico 2 - Antigüedad de la práctica -



2.1. Continente de realización de la práctica

El sentido de incluir este dato se basó en considerar que podría haber alguna diferencia cultural incluida en el hecho de ejercer y tal vez haberse formado en otro contexto.

El ejercicio de la práctica clínica de la salud mental, es algo que debería encontrar modificaciones entre otras cosas, por aspectos legales e idiosincrásicos. La necesidad de trabajar con abordajes psicodinámicos o causales varía por ejemplo entre Estados Unidos y Argentina, produciéndose diferencias importantes en el campo de la investigación entre ambos países. La idiosincrasia norteamericana, se encuentra influida por un alto número de investigaciones, que impulsa a los jóvenes profesionales a validar sus estudios de grado, basándose en trabajos de campo. El predominio de lo cuantitativo por sobre lo cualitativo, es una característica esencial entre ambos países. En los tiempos actuales, se observa en la Argentina, una tendencia a la investigación promovida entre otras, por la Universidad del Salvador. Sin embargo, en el campo del psicoanálisis, los obstáculos para realizar investigaciones con trabajos de campo, influidos por lo metodológico, son notorios.

El **83,3% (25)**, respondieron ejercer en la **Argentina**, el **3,3% (1)** también en el **resto de América**, el **6,7% (2)** en **Europa** y otro **6,7% (2)** en **Argentina y Europa**.

Si bien no formaron parte de la encuesta, se cree que en otra investigación, debería considerarse la práctica por medios como Skype con personas de distintos continentes. Éste fenómeno, trasciende las fronteras de la praxis y merece un estudio aparte, ya que no se conoce legislación al respecto.

Se considera que si bien la variable contexto es relevante a la hora de utilizar abordajes y marcos teóricos que contemplan la singularidad, la fuerza de la globalización hace su marca también en la salud mental.

Los profesionales refieren, en su mayoría, trabajar psicodinámicamente, sin embargo los resultados indican que la mayoría de los psicoanalistas, se encuentran influenciados en sus abordajes teóricos, por modelos que no priorizan la singularidad.

Gráfico 2.1 - Continente de la práctica -

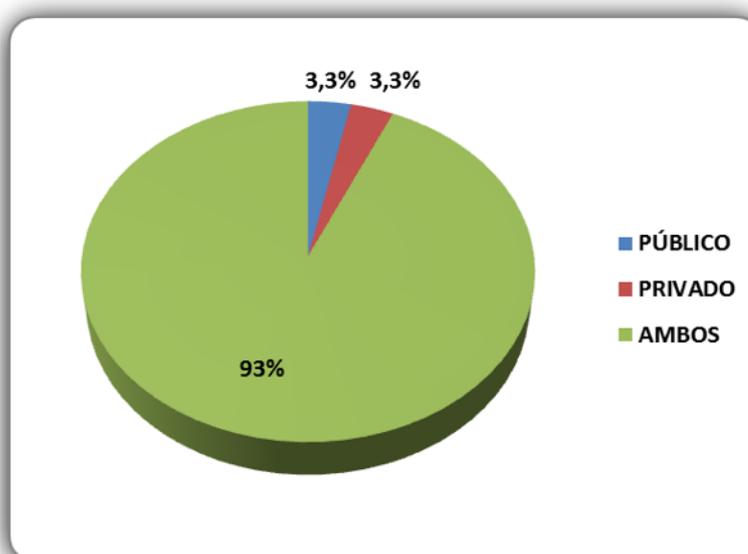


3- Ámbito de la práctica

Los profesionales de la salud mental, dentro del área clínica, suelen insertarse en sus comienzos en el área pública, ya que es sabido que allí se puede obtener buena experiencia y a su vez la contención de un equipo de trabajo. En el caso de la población de esta encuesta, el **93,3% (28)** manifestó ejercer tanto de forma **pública como privada**, un **3,3% sólo privado (1)** y otro **3,3% (1)**, sólo **pública**.

En profesiones relacionadas a la salud, sobre todo a la "mental", la necesidad de conformar parte de equipos interdisciplinarios se torna de fundamental importancia para la formación integral del psicólogo, psiquiatra o psicopedagogo. La formación se realiza durante la pertenencia a grupos de trabajo clínico. Además, por el obstáculo antes mencionado respecto de las variables económicas, los hospitales son espacios de formación muy valorados que, en nuestro país ofrecen capacitación profesional de calidad a cambio de profesionales dispuestos a realizar su práctica Ad-honorem o con bajo sueldos. De esta manera la ecuación entre necesidad de formación (para el profesional) y necesidad de profesionales que se encuentren ávidos de ejercer el trabajo clínico, se equipara durante algún tiempo. Por este motivo, la mayoría de los sujetos encuestados, se han adscripto a ambos ámbitos.

Gráfico 3 - Ámbito de la práctica -



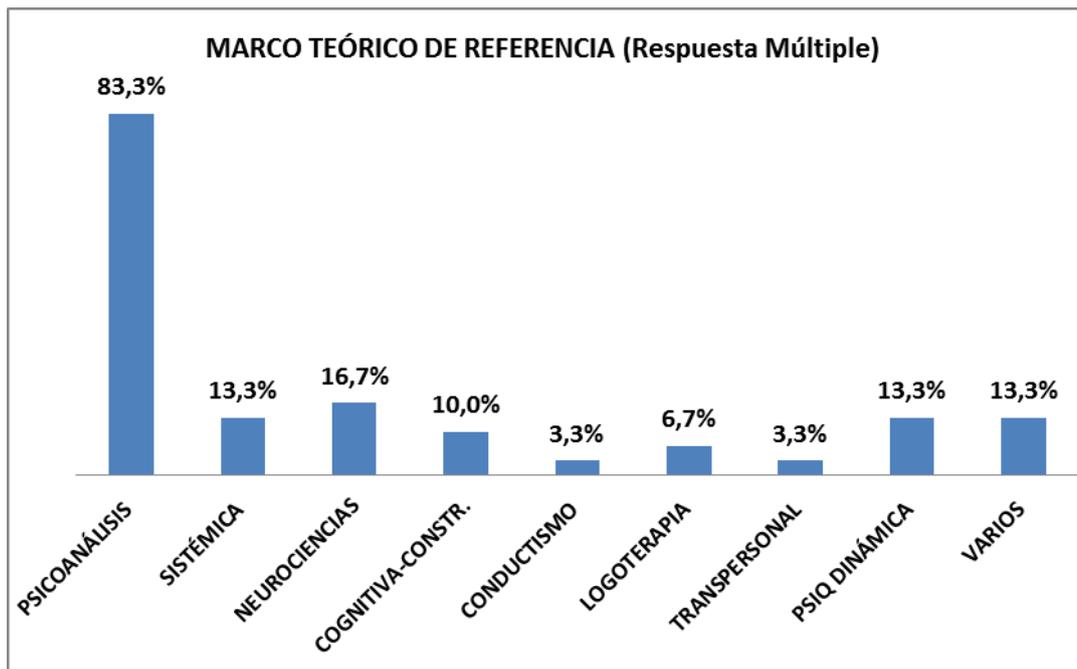
4- Marco teórico de referencia

El **83,3% (25)** de los encuestados se definió como **psicoanalista**, modelo teórico que se caracteriza entre otras cosas por su concepción psicodinámica de abordaje, basada en la importancia otorgada a la subjetividad y al principio de singularidad que le es inherente. **4 de ellos, es decir el 13,3%**, de los psicoanalistas, se reconocieron además con formación en **psiquiatría dinámica**.

Desde la **teoría sistémica**, manifestaron realizar la práctica **13,3% (4)**, en tanto que desde las **neurociencias**, el **16,7% (5)** de los encuestados. **23,3% (7)** de los encuestados se adjudicaron adscripciones a: **cognitivo-constructivismo 10%**, **conductismo 3,3%**, **logoterapia 6,7%** y **transpersonal 3,3%**. A la franja que respondieron “**varios**” se sumaron un **13,3%**.

El alto número de profesionales que se autodenominaron “Psicoanalistas”, permite inferir que sus respuestas mantendrá un alto nivel de coherencia con una práctica clínica, centrada en la singularidad. De no hallarse ésta, la hipótesis del presente trabajo de investigación, basada en la confusión conceptual, se encontraría ratificada.

Gráfico 4 - Marco Teórico -



5- ¿Coincide este marco teórico con su praxis clínica?

El bloque denominado “autopercepción”, asignado a las preguntas comprendidas entre la 1 y la 7, contempla una cualidad reflexiva en tanto se le solicita al profesional, que evalúe el grado de coherencia entre lo que dice que hace y lo que efectivamente hace.

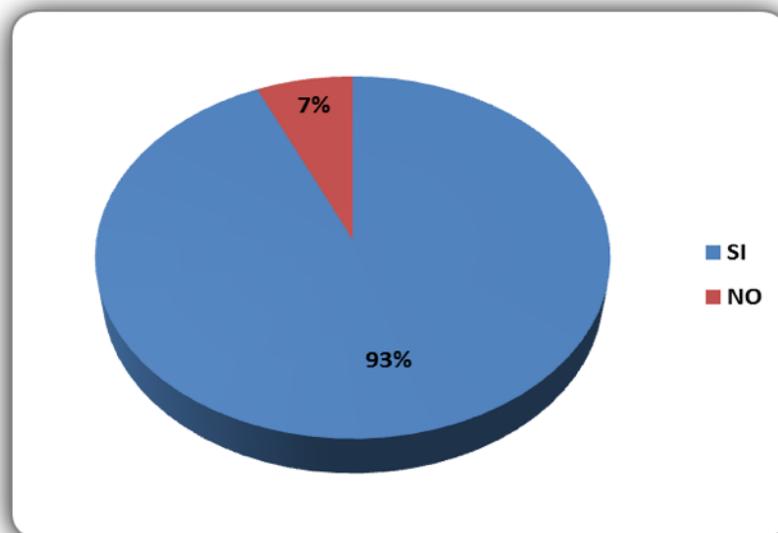
Hay que tener en cuenta, que aquí también su respuesta está determinada por “el decir” sobre sí y no necesariamente por el hacer.

El **93,3%** dijo encontrar **concordancia** entre la teoría a la que adscribe, y la práctica que realiza. Mientras que un **6,7%** contestó que “No”.

A este hecho, debemos sumarle que el **83,3%** se reconoció como psicoanalistas, por lo tanto se infiere que el eje del trabajo clínico, es sin dudas en torno a la noción de “Singularidad”.

Si por lo contrario, en las preguntas sobre “definición del concepto de trauma”, “utilización de criterios categoriales”, “caracterización de lo singular”, y “utilización del concepto ESTÉS POST-TRAUMÁTICO”, no existiera correspondencia, lo consideraríamos como una ratificación de la hipótesis que sostenemos.

Gráfico 5 - Coherencia M.Teórico/Praxis -



6- Si tuviera que expresar el diagnóstico de un sujeto que asistió a su consulta (institucional o privada), ante un pedido de informe judicial, ¿en base a qué modelo teórico lo haría, que le permitiera fundamentarlo con posterioridad?

Es bastante usual que los profesionales de la salud mental, no contemplen a estos informes como parte de la praxis clínica quedando disociado, el modelo teórico en el cual se enmarcan, de las respuestas que “deben” dar partiendo del supuesto de la necesidad de consenso.

Ahora bien, ¿qué ocurre con el sujeto evaluado por el profesional, cuando su diagnóstico es enmarcado dentro de “lo necesario” para un resarcimiento económico? Este factor ocupa un rol muy importante en cuanto a la arbitrariedad de los “diagnósticos”.

¿Influye el diagnóstico en la subjetividad del consultante?.

En relación a este ítem, el **56,7% (17)** de los encuestados, **eligió modelos teóricos positivistas tales como DSM IV** a la hora de indicar un libro de referencia.

Un **16,7% (5)** señaló **modelos psicodinámicos**, sin poder citar un manual de referencia como por ejemplo el manual llamado “Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (**OPD**): Concepto, confiabilidad y validez o su nombre en inglés: Operationalized Pshychodynamic Diagnosis (OPD): Concept, reliability and validity, basado en modalidades defensivas, conflictos entre instancias psíquicas, etc.

Uno de los encuestados citó como texto de referencia, el de **Glen Gabbard** “Tratamiento de los trastornos psiquiátricos”, por combinar la “perspectiva psiquiátrica” con la psicoanalítica. **Otro de los encuestados citó a: J. Bergeret** “Personalidad normal y patológica” como un autor post-freudiano, por ser afín a su marco teórico.

El **16,7%** de sujetos es decir **5** de éstos eligieron los modelos **psicodinámicos**, pero **sólo los dos** citados más arriba fueron **coherentes con su praxis**.

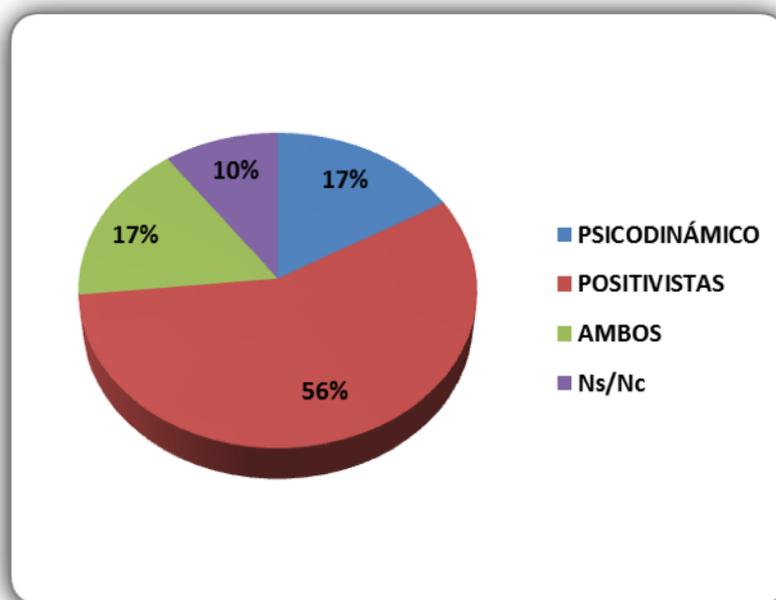
Teniendo en cuenta que la expresión central de esta investigación: **“Situación Traumática”**, se encuentra altamente reforzada por el DSM en la categoría TEPT, se infiere que las distorsiones culturales y los “acuerdos” o

consensos, afectan de algún modo la subjetividad, también de los profesionales de la salud mental.

Éstos, se hallan incluidos dentro del conjunto social, y no están exentos de los atravesamientos que la cultura impone.

Sólo el **10%** de los encuestados **no contestó** o refirió no realizar informes para la justicia.

Gráfico 6 - Diagnóstico, pedido judicial -



7- El modelo teórico elegido ¿es acorde con su formación y su modo de pensar al sujeto?

Una vez más, ahora, luego de preguntar algo que incluía por primera vez la figura de un tercero, (Juez) que ampliaba el vínculo “paciente/terapeuta”, la investigación volvió a poner el foco en la autorreflexión.

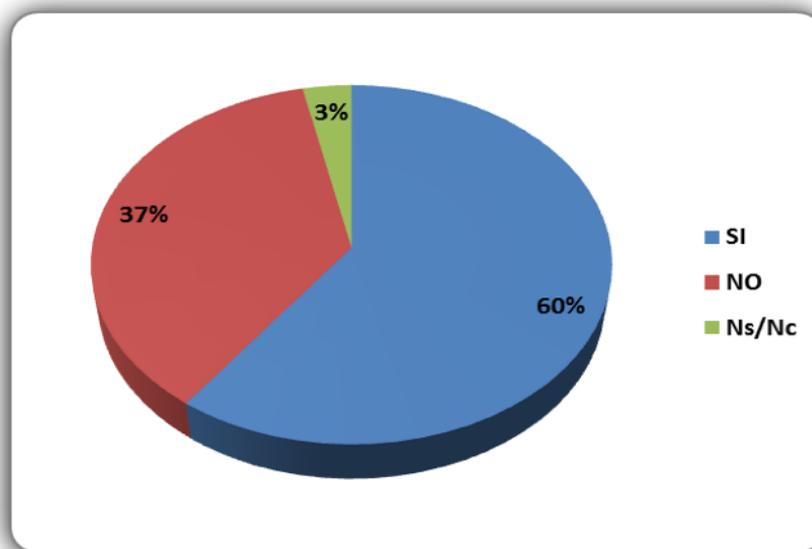
Notoriamente, el **60% (18)** de los sujetos encuestados **afirmó** que había **coincidencia** entre el modelo **positivista elegido y su formación teórica**. La curiosidad, radica en el hecho de que el **83,3% (25)** había adscripto su formación teórica definida en términos **psicoanalíticos, es decir psicodinámicos** (pregunta nro. 4).

El hecho que más de la mitad de los encuestados considere que hay concordancia entre el modelo teórico elegido, y su modo de pensar al sujeto, se presenta como una contradicción de peso, que reafirma la idea de la “confusión

conceptual” planteada en este trabajo de investigación. Se considera, que el “modo de pensar a un sujeto”, no puede ser independiente de las herramientas que se utilizan para evaluarlo. En este punto, los profesionales de la salud mental, no advirtieron que los abordajes psicodinámicos, entran en conflicto con los diagnósticos categoriales, en tanto en los últimos, no se contemplan las cualidades procesales del aparato psíquico en relación con el entorno, mientras que en los primeros (psicodinámicos) si.

Un **36,7% (11)** contestó que **no**, y solo un **3,3% (1)** **no supo o no contestó**.

Gráfico 7 - Concordancia M.Teórico/Formación -



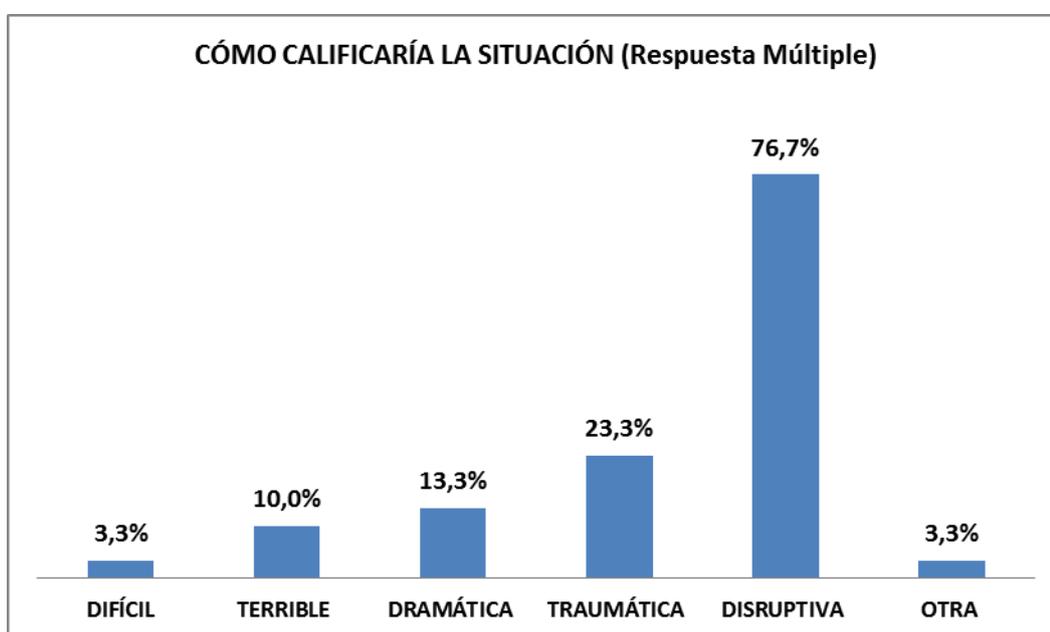
8- ¿Cómo calificaría a la situación vivida por uno de los miembros de la pareja, si ésta/e concurre a su consultorio?

El **mayor porcentaje** de los profesionales encuestados, respondió que calificaría a esa situación en particular, como “**Disruptiva**”, alcanzando un **76,7%(23)**. El **23,3%(7)** la designó como una “**Situación Traumática**”. “**Dramática**”, fue la asignación que le adjudicó el **13,3%(4)**, “**Terrible**” el **10,10%(3)** y sólo un **3,3%(1)** la identificó como una “**Situación Difícil**”. La misma proporción,

es decir un **3,3%(1)** de los profesionales, indicaron “**Otra**”, respecto de las opciones que se les habían ofrecido, que son las mencionadas.

Cabe destacar, que la pregunta era claramente por la situación, evento o acontecimiento vivido. Esto implica que desde el marco teórico de elección para esta investigación, el de Lo disruptivo, la mayoría de los profesionales presentó una claridad implícita respecto de atribuir a la situación, una cualidad fáctica tal como “lo disruptivo”.

Gráfico 8 - Clasificación de la situación -



9-¿Cómo califica el proceso psíquico en cuestión, tomando en cuenta lo visualizado en el film?

Esta pregunta, también ubicada dentro del bloque conceptual, incluyó cinco opciones elegidas a priori correspondientes al plano psíquico.

-Duelo: reunió al 23,3% (7) de los encuestados, mientras que cuando se indagó

-Estrés: el porcentaje ascendió a 26,7 (8).

-Traumático: subió al estrato más elegido, con un 40% (12). Este aumento, llevó a reflexionar acerca de si estaban respondiendo por el proceso psíquico en cuestión, algo que no se puede ver en el film, (aunque tal vez sí inferir), o si se referían al/los evento/s.

-**Resiliente**: fue la cuarta categoría, en la cual el porcentaje bajó al **20% (6)**, y

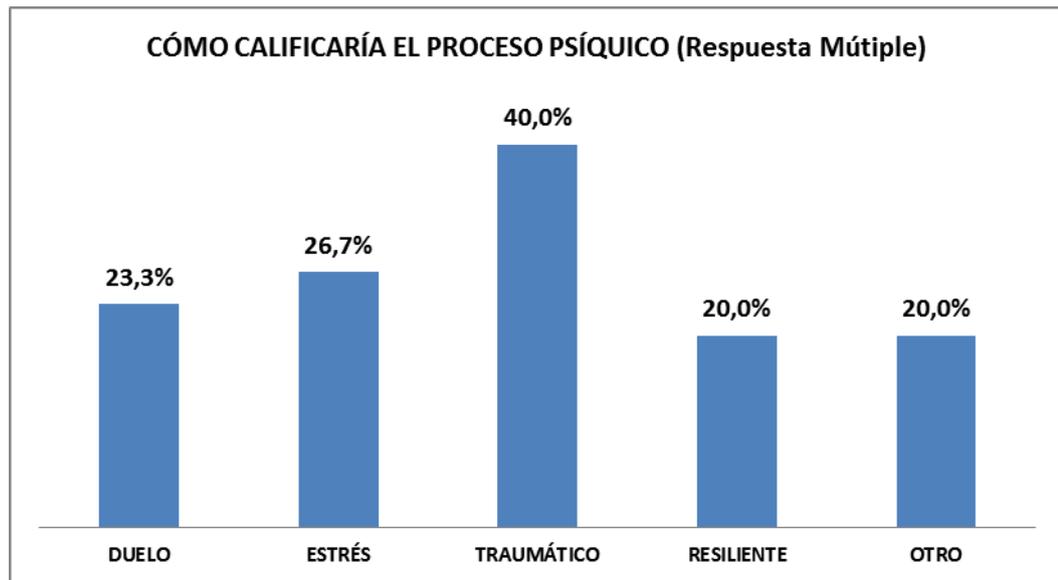
-**Otro**: se equiparó a Resiliente en un **20% (6)**, aunque no especificaron porque. En esta pregunta, no se registraron "**no contesta**".

Resulta muy claro, que lo **Traumático**, como categoría elegida por casi la mitad de los encuestados, quedó asociada al impacto de los eventos, en contraste con la pregunta anterior (nro.8), en la cual denominaron a la Situación como "**Traumática**", **solo el 23,3%**. Si bien aquí fue correcta la asignación de lo traumático para el procesamiento, se considera que las manifestaciones de un proceso traumático, no estarían en relación directa (necesaria e imprescindible) con la potencialidad disruptiva de los eventos vividos, sino mas bien con las capacidades cualitativas del psiquismo en cuestión. Ambos miembros de la pareja protagónica (fundamentalmente por ser los principales), vivencian una situación de altísimo riesgo de vida, con obstáculos crecientes a lo largo del film.

Si bien se puede inferir que sienten desamparo, desvalimiento y seguramente diferentes miedos a lo largo de las escenas, asignarles un procesamiento **traumático**, implicaría suponerles efectos de desarticulación psíquica, que no se observan a lo largo de todo el film. El matrimonio enfrenta con entereza cada evento que les toca vivir, y desde un enfoque vincular, se puede observar como la pareja se une frente a la adversidad.

La elección de "**Traumático**", para esta respuesta, ratifica la confusión entre lo "**Fáctico**" y lo "**Psíquico**".

Gráfico 9 - Proceso psíquico -



10- Si Ud. tuviera que elaborar un informe solicitado por un Juez de la Nación, en el cual se le solicita un diagnóstico, relacionado con el motivo de consulta del personaje elegido anteriormente, ¿cuál utilizaría?

De las opciones ofrecidas, el **70% (21)** eligió el sistema "**Categorial**", es decir los DSM, mientras que sólo el **13,3% (4)**, es decir cuatro profesionales, prefirieron expresar su diagnóstico en base a el modelo "**Psicodinámico**".

Esta respuesta, motiva a preguntarse acerca del supuesto, que la figura "**judicial**" genera en la práctica clínica.

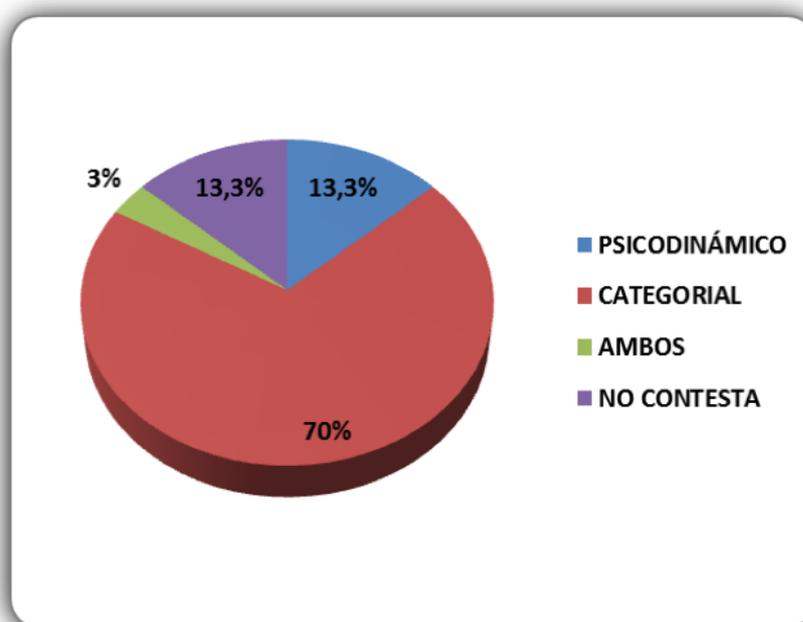
A qué se debería que si el **83% (25)** de los profesionales, se autodesignó como **psicoanalistas**, un **70% (21)** de la misma población, elijan para expresar su diagnóstico un modelo basado en la agrupación de síndromes, en los que lo conductual, tiene el centro de la escena.

Se piensa que los profesionales psicoanalistas, sobreestiman la riqueza teórica de su modelo de abordaje clínico, y a la vez subestiman la capacidad del mismo para ser utilizado como fundamento científico, que permita sostener diagnósticos al momento en el que un paciente analizado con este método, se encuentre transcurriendo un proceso judicial. Es posible que se confunda la idea de "dialogar" con otras disciplinas, por ej. la "Forense", con la necesidad de compartir un lenguaje de códigos, consensuados internacionalmente. Sin embargo, de las indagaciones realizadas en este trabajo, se obtuvo como resultado la confirmación

que ratificaba que “no estaba explicitado por la Justicia, la necesidad de utilizar el DSM para expresar resultados de informes psicológicos o psiquiátricos”.

Está implícito el tema del “consenso” y del “acuerdo”, sin embargo no se toma en cuenta que el mencionado consenso, es ilusorio ya que gran parte de la población profesional de la salud mental, critica la validez de su utilización, cuestión que se ha visto reflejada en el capítulo “Estado del Arte”.

Gráfico 10 - Informe Judicial -



11- ¿Encuentra a algún personaje del film, atravesado por lo traumático? Si su respuesta fuera positiva, indique qué fue lo que determinó su conclusión y cuáles son las manifestaciones que tomó en cuenta para su conclusión.

Esta pregunta sumerge al encuestado en sus concepciones teóricas vigentes, al mismo tiempo que lo devuelve a su campo de trabajo clínico.

La pregunta, conlleva la precisa ambigüedad que le confiere el significante “atravesado”. Un sujeto puede estar atravesado tanto por algo externo, que lo traspasa, como por algo propio que lo involucra tras-pasando su yo.

El trauma excede, atraviesa al yo desde las profundidades con su efecto desarticulador, dejándolo sin recursos para negociar con “la realidad”.

El **93,3% (28)** respondió **afirmativamente**, haber encontrado a algún personaje atravesado por lo traumático. **0%** contestó que **“NO”**, mientras que el **6,7% (2)** refirió **“no saber o no contestar”**.

Este porcentaje, menor desde lo cuantitativo, no parece serlo desde el plano cualitativo. Para comprender mejor estos números, la encuesta requiere la lectura de cada uno de los sujetos en cuestión, con una interpretación singular.

En los encuestados que contestaron que **“SI”** encontraron un personaje atravesado por “Lo Traumático”, se puso el acento en la justificación, la cual daría el fundamento para dar cuenta de los objetivos específicos “uno” y “dos”, acerca de las concepciones implícitas en los profesionales, sobre “trauma” y las representaciones subyacentes sobre la expresión “situación traumática” respectivamente.

Como ejemplo, se citan aquí algunos de los encuestados que conforman al **93,3%**, es decir 28 sujetos de los 30 que encuentran a uno o más personajes atravesados por **Lo traumático**:

Ej.1. enc. nro.1:

“K. Blanchette, al recibir la bala queda en estado de confusión, no logra discernir lo acontecido”.

“El nene, al ver degollar a la gallina, queda paralizado”

“Los demás integrantes del micro son partícipes de la situación traumática, pero pueden tramitarla (huyen con el micro, del peligro). Manifestación de angustia como señal de alarma”.

“El nene que llora ante la situación de abandono de la niñera. Puede tener una reacción angustiosa también”.

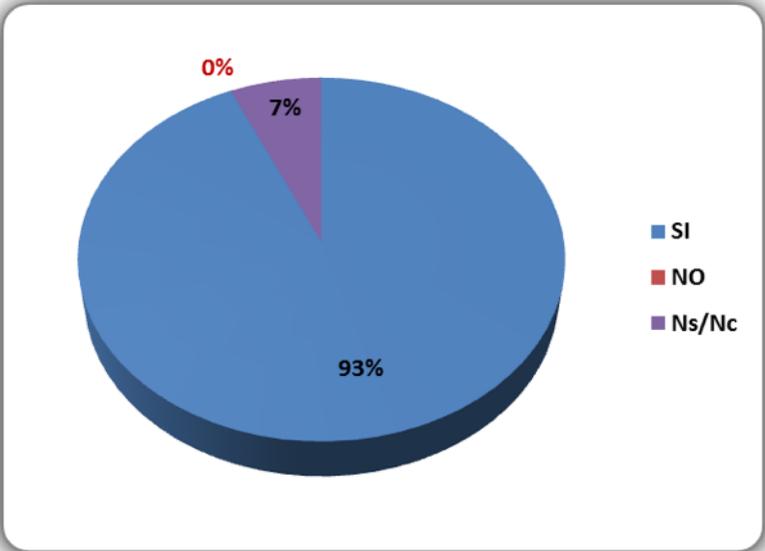
Observamos que la claridad de las respuestas del sujeto encuestado en este ejemplo, obedecen a una confusión conceptual que equipara: angustia, shock y trauma. Es incuestionable el origen de la expresión freudiana **“situación traumática”**, para referirse a hechos que desbordan al psiquismo en su capacidad procesal.

El profesional, le confiere la cualidad de **“traumático”**, a cada evento que desde su categorización lo es.

No toma en cuenta la capacidad procesal del psiquismo en relación con su entorno de referencia. Desestima la singularidad de los procesos psíquicos, en tanto deduce que los que se fueron en el micro, (abandonando a Brad Pitt), quedan exentos a un procesamiento traumático, por el hecho de “escapar de la situación traumática” en un micro. Esta respuesta, en su total dimensión, nos permite inferir que el profesional entiende a lo traumático como proviniendo del mundo fáctico.

En la respuesta a la pregunta nro. 25, sobre asignar distintos conceptos teóricos a los registros “FACTICO”, “PSIQUICO” o marcar cruces en “AMBOS”, podremos notar si existe coherencia entre esta concepción subyacente (la del trauma), y la explícita (mencionada en la respuesta a la pregunta nro. 20, sobre; definición del concepto “TRAUMA”), a la hora de ubicar “Lo traumático” en alguno de los dos registros.

Gráfico 11- Personaje atravesado x "traumático" -



12-Si este informe no estuviera mediado por el pedido de un juez, y sólo fuera para formar parte de la documentación clínica de su paciente, ¿utilizaría el mismo diagnóstico, o tal vez lo expresaría de otra manera?

Este ítem, ha aportado información adyacente al tema de la investigación, que se torna relevante para pensar de qué forma la Singularidad de los profesionales se halla distorsionada.

Se entiende que la Singularidad, deviene de la constitución de la subjetividad. Subjetividad que, como se ha desarrollado en el capítulo “Marco Teórico”, se construye en la interacción con los otros semejantes y desde luego con ese Otro, que aporta su “Tesoro de significantes”, a ser significados desde lo singular del sujeto, en esa única mixtura entre lo genético, lo cultural y lo particular. ¿Cómo elige un profesional, su marco teórico? ¿Sería esta elección, algo posible si excluimos su singularidad?

Se cree que no, que todas las personas realizan sus elecciones desde lo singular. Sin embargo, existen sistemas sociales, el marketing y otras categorías que se encargan de disolver lo singular en lo general, bajo la forma indiscutible de “consensos”.

Así es que en estos tiempos, solemos ver en televisión, una publicidad de “Fernet Branca” cuyo título de búsqueda en “You Tube” es: “Estamos todos de acuerdo”. La misma, propone una serie de cosas sobre las que no hay espacio para la diversidad, sino para el consenso.

La idea de conceptos “consensuados”, conduce hacia “el lugar común”. El “lugar común”, se confunde con el del “sentido común”, sentido que en el caso del psicoanalista, puede llevar a una alianza con el Yo del paciente, de características muy particulares.

Los resultados, nos darán lugar a futuras conclusiones:

El **56,7% (17)** de los sujetos de la muestra respondieron que **sin la petición judicial, tomarían un modelo psicodinámico** para escribir su diagnóstico.

El **10% (3)** eligió a los **diagnósticos categoriales**, mientras que sólo un **6,7% (2)** indicó que **los complementarían**, utilizando a ambos.

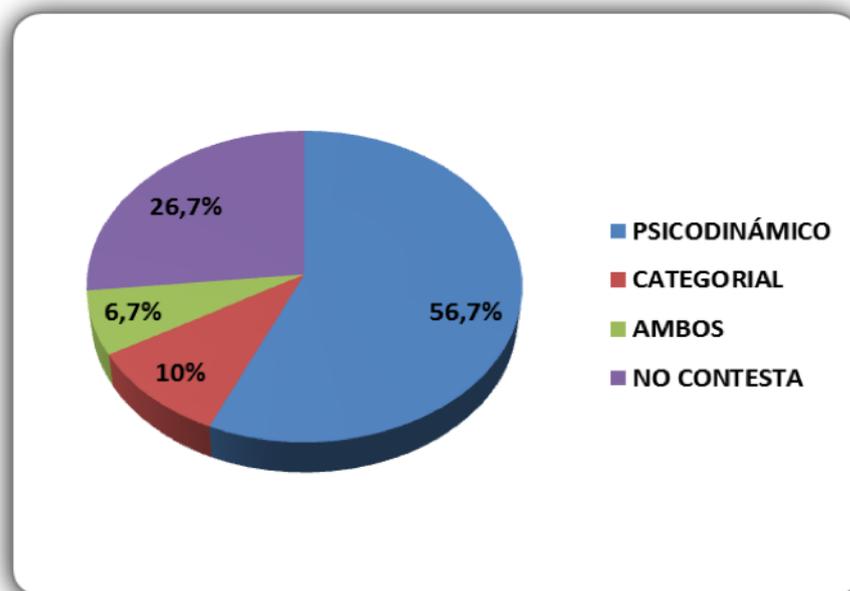
Un alto porcentaje, el **26,7% (8)**, **No** .

La ausencia de la figura “Judicial”, marcó un retorno al modelo teórico de los profesionales, lo cual indica que ésta se constituye como un “significante AMO”, en tanto aparte del camino inicial a los profesionales de salud mental.

La asociación entre este significante, y el que vincula DSM=CONSENSO, por ende; CLARIDAD, conduce a un campo confusional, puesto de manifiesto por este trabajo de investigación en relación a la SINGULARIDAD, LO FÁCTICO Y LO PSÍQUICO.

Este fenómeno, se observa como un rasgo particular de las sociedades occidentales contemporáneas.

Gráfico 12 - Informe, sin petición judicial -



En la siguiente pregunta, se indagó:

13- Su modelo de trabajo, ¿contempla la singularidad del sujeto, es decir la subjetividad del mismo, o se basa en modelos causales, más del estilo “estímulo respuesta”, como por ejemplo el DSM o conductistas?

La pregunta equipara subjetividad con singularidad, tomando como referencia un texto (Silvia Bleichmar) citado en el capítulo “Marco Teórico”.

Ningún profesional marcó diferencia alguna entre ambos conceptos (Singularidad – Subjetividad).

Por otra parte, este ítem implícitamente afirma que los modelos causales no la contemplan. Aquí se manifiesta un a priori del cual esta investigación partió:

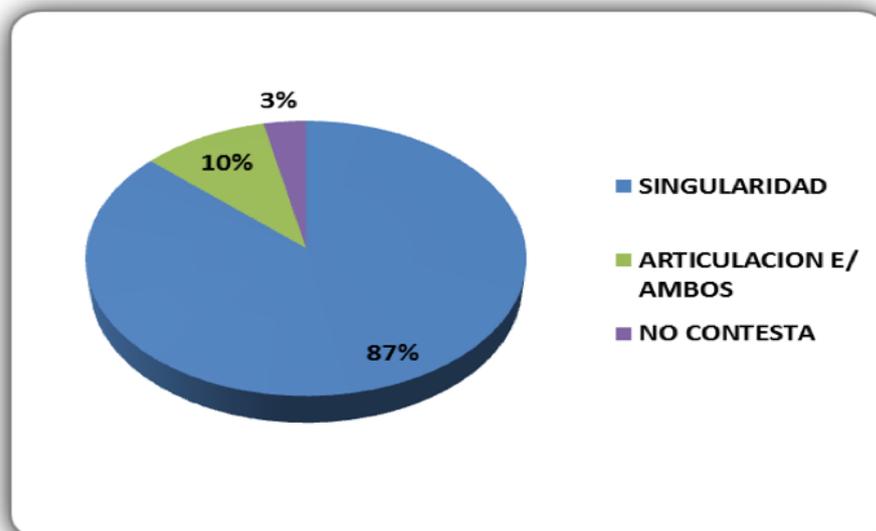
“Los modelos causales, no toman a la singularidad como un principio o punto de partida”, sino que hacen foco en la generalidad y recurrencia de los síndromes.

El **86,7% (26)** respondieron que su modo de trabajar **contempla la singularidad**, el **0%** eligió la **causalidad**, aunque el **10%** mencionó una **articulación entre ambos**, y sólo el **1%** eligió **no contestar**.

Teniendo en cuenta que el **83,3% (25)** de los encuestados **adscribió al psicoanálisis** como marco teórico desde el cual trabaja, no llama la atención que el **86,7% (26)** contestaran que **contemplaban la singularidad**.

¿Es lo que los profesionales dicen que hacen, lo que realmente hacen?.

Gráfico 13 - ¿Su modelo contempla la singularidad?-



Para ajustar algunos criterios teóricos, consultamos en el siguiente ítem;

14- ¿Qué cree Ud. que caracteriza lo singular de un sujeto?

Se ofrecieron cuatro alternativas, a saber:

a-El para sí del sujeto, es decir la subjetividad... 56,7%.

Ej.1 enc. nro. 2:

“Aquellas marcas que lo han constituido y lo constituyen. Como no hay nada predeterminado ni instintivo en el hombre, la manera de arreglárselas con el sin sentido, con la falta, con lo que no hay, con su goce serán maneras singulares y únicas de cada quien. Así es como un mismo síntoma en distintos sujetos se articulará a partir de distintos conflictos”.

Ej. 2 enc. nro. 3:

“La versión que de su propia historia tiene el sujeto”.

Ej. 3 enc. nro. 6:

“Lo singular del sujeto, lo caracteriza la imposibilidad de reducirlo a una individualidad homologable a un número finito de características, y los actos que, en su insuficiencia para englobar los des-encuentros reales en una realidad unificada, marcan la contingencia de su historia personal como única”.

Los profesionales de la salud mental, cuentan con abundante vocabulario que remite a más vocabulario. Las palabras, son sus herramientas, como el instrumental de un avión. Sin embargo, ¿resulta este instrumental un elemento útil para posibilitar en el otro, el encuentro de lo subjetivo con lo singular?

b-La influencia de la contingencia... 13,3% (4) .

c-La combinación de ambos... 23,3% (7).

Ej. nro. 4 enc. nro. 14:

“Pienso que los malestares psíquicos son el resultado de múltiples factores (condiciones socioculturales, historia del sujeto, lo que ocurre en cada familia, lo que ocurre en el momento actual, los factores constitucionales). Esto se combina dando lugar a un resultado particular y singular”.

Ej.enc. nro.18

“La integración entre lo dado y lo adquirido; cómo la persona percibe la realidad y procesa la misma, (teniendo presente su historia y conducta).

La integración entre lo dado y lo adquirido, da cuenta de un antes, un durante y un después. Sin embargo el concepto “La Realidad”, aparece como sinónimo de “Lo Fáctico”.

Por otra parte, como diferenciado de realidad, aparece “el modo de procesamiento”. ¿De qué se habla cuando se nombra “la realidad”?

Desde el marco teórico elegido para esta investigación, la noción de “Realidad”, se construye a partir de las representaciones de aquello que se “presenta” por primera vez ante el psiquismo: “Lo Disruptivo”. Luego se re-presenta psíquicamente configurando “la realidad”, en su devenir por los distintos espacios del aparato psíquico, tomando como referencia los desarrollados por P. Aulagnier: originario-primario-secundario.

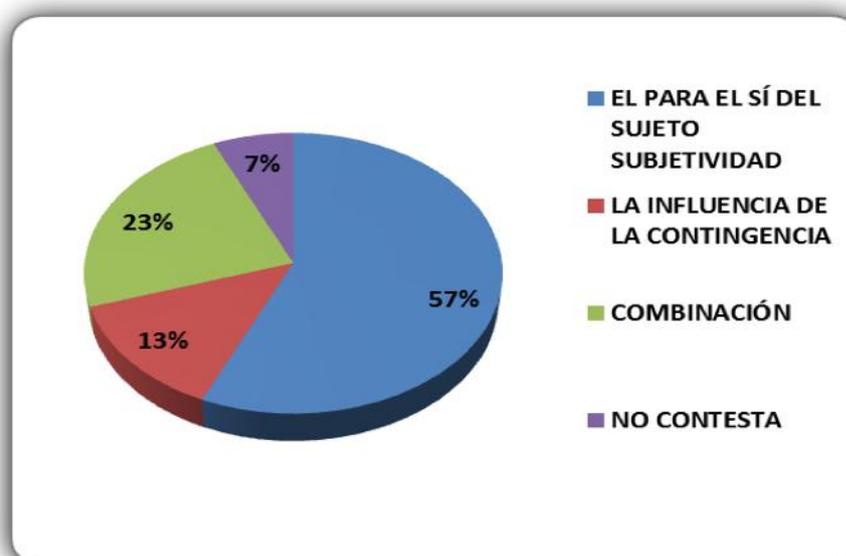
Es decir que la “realidad”, tendría implícita desde este modelo teórico; a la singularidad.

Tal vez uno de los obstáculos con los que se topa la psicología, es el amplio rango de concepciones para cada concepto. Un claro ejemplo de esto, es el concepto “Real”. Para Lacan, éste alude a lo no representable, mientras que para un profesional adscrito a otra línea de pensamiento, lo real será lo que tiene cuerpo, capaz de ser tangible, eso que desde el modelo teórico de Benyakar, se denomina “Fáctico”.

d- No contesta...

6,7% (2).

Gráfico 14 - Lo singular de un sujeto, es...



15- ¿Considera que las clasificaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM-, priorizan la singularidad del sujeto?

13,14 y 15, son ítems que indagan sobre las concepciones que los profesionales tienen en torno al bloque “Posicionamiento”, respondiendo a lo planteado en el objetivo específico nro. 5.

En el campo del psicoanálisis, se suele escuchar reiteradamente acerca de “la subjetividad”. Puntualizar “la singularidad”, es trascendente ya que se observan conflictos, no solo en cuanto a lo que la define, sino a la coherencia de los profesionales entre lo que definen y su accionar en la clínica.

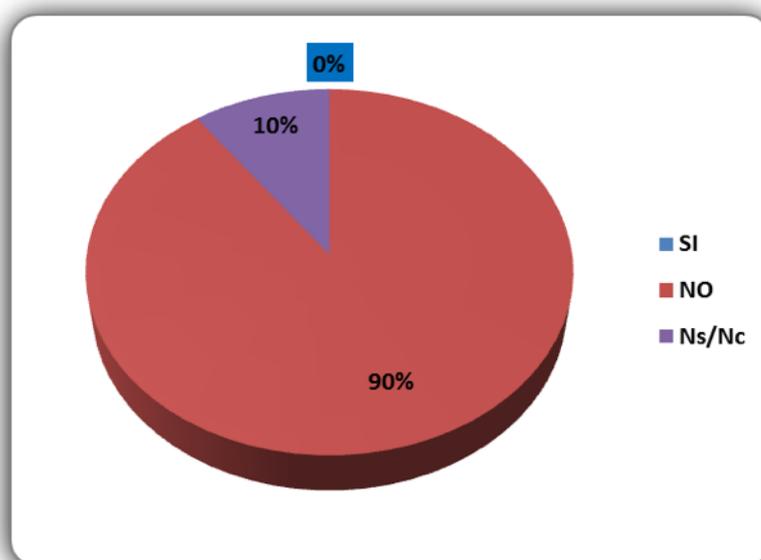
27 sujetos, representan al **90%** de la muestra total. Este fue el nro. de profesionales que dijo que **el DSM no prioriza la singularidad**.

El **10% (3)** no respondió la consigna. **0%**, afirmó que la priorizaba o la tomaba en cuenta.

De este **90%** que manifestó que el DSM no contempla la singularidad, un **86,7% (26)** dijo **trabajar focalizados en la singularidad**. Hasta el momento se ha podido ver el comportamiento de la población encuestada, frente a la petición de la justicia, a la hora de diagnosticar.

Se pudo observar lo que ocurre cuando este pedido no entra en juego. En las siguientes preguntas, se incluirá directamente al **Trastorno por Estrés Pos Traumático del DSM IV**, para luego indagar sobre el uso de la expresión “**Situación Traumática**”.

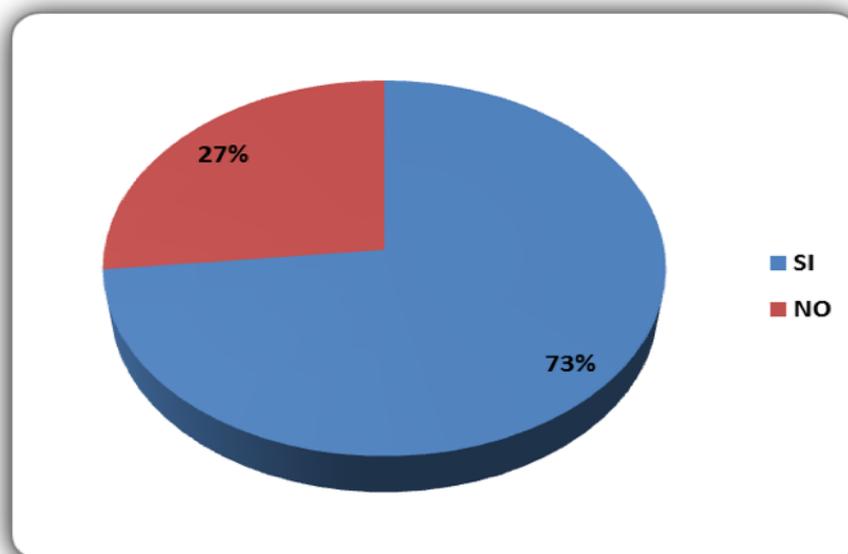
Gráfico 15- DSM, ¿Prioriza la singularidad?



16- ¿Conoce la categoría T.E.P.T. de alguno de los DSM?

El **73,3% (22)** de los sujetos **refirió conocerla**, mientras que el **26,7%, (8)** contestó que **No**.

Gráfico 16 - Conoce la categoría T.E.P.T -



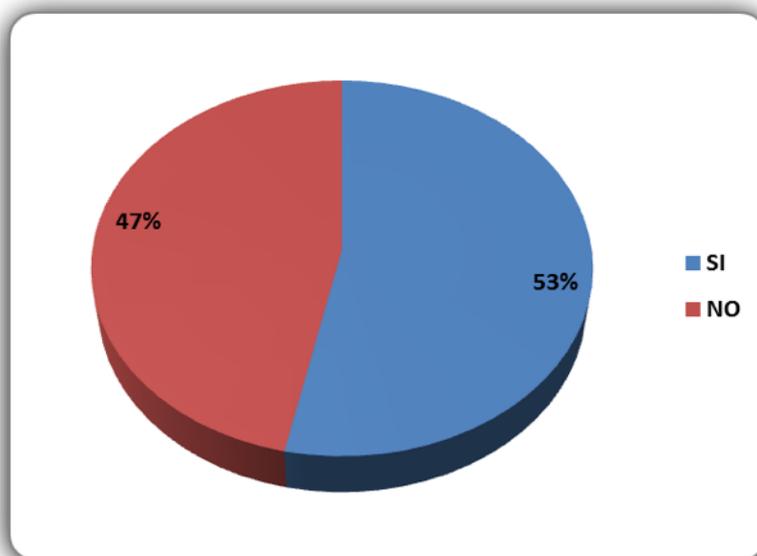
17- ¿En su práctica clínica, utiliza la expresión “Estrés pos traumático”?

El **53,3% (16)** dijo que **Sí** la utiliza en su práctica clínica, y el **46,7% (14)** respondió que **No**.

Respecto de aquellos que respondieron que “SÍ” la utilizan, resulta de importancia para este trabajo de investigación, realizar los entrecruzamientos entre las preguntas nro. 15 y la nro. 13, a los fines de detectar la coherencia entre ambas.

Este resultado, se observará al finalizar el análisis de cada respuesta, encuesta por encuesta en el capítulo “Discusiones”.

Gráfico 17 - Utiliza la expresión Estrés PosTraumático -

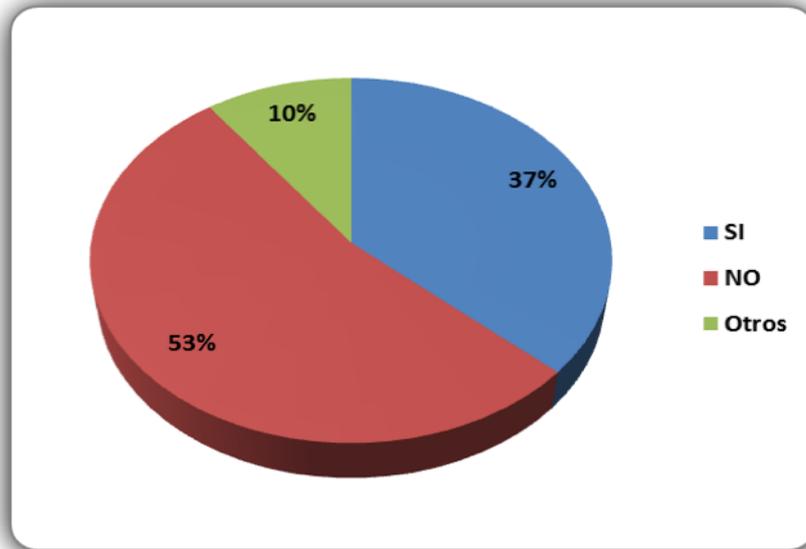


18- ¿Utilizaría este diagnóstico para algún personaje del film?

El **53,3% (16)** **no lo utilizaría**, mientras que el **36,7% (11)** **sí lo haría**. En este ítem, sólo el **10% (3)** **dijo que utilizaría otros diagnósticos** o que no estaba seguro de utilizarlo, y nadie lo dejó sin responder.

La expresión **“Situación Traumática”**, se utiliza en el lenguaje corriente como sinónimo de evento, hecho, suceso o acontecimiento traumático. Dependiendo de las traducciones, en el apartado F43.1 del DSM IV, en la página 434 “Trastorno por Estrés Post Traumático” (309.81), la expresión “Acontecimiento Traumático” es la característica esencial y necesaria para la aparición del “Trastorno por Estrés pos traumático”.

Gráfico 18 - ¿T.E.P.T para algún personaje? -



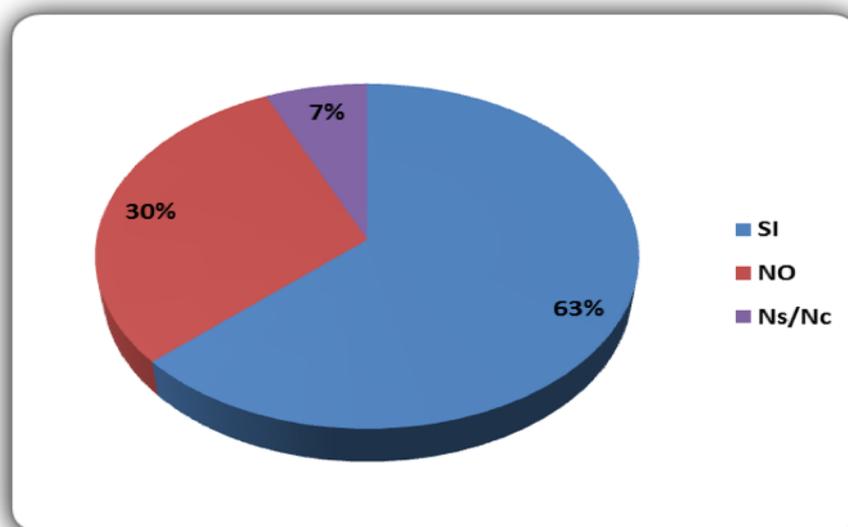
Ya que la expresión más escuchada en nuestra lengua, es: “Situación Traumática”, se decidió preguntar:

19- Utiliza la expresión “Situación Traumática”, para referirse a eventos, acontecimientos o sucesos que alteran y/o amenazan la integridad psico/física de un sujeto? Si su respuesta fuera “Si”, ¿Podría mencionar algunas/s del film?

El 63,3% (19) respondió afirmativamente. El 30% (9) contestó que no la utiliza, y solo el 6,7% (2) eligió no responder.

Este dato revela que la mayoría la utiliza como expresión ya sea en el campo clínico o fuera de éste, ya que no cabe mucha posibilidad de utilizarla sólo en uno de los campos, en tanto que forma parte de un modo de pensamiento implícito. A su vez, en el apartado “Discusión”, se podrá observar que en el cruce de preguntas, quienes dijeron “NO utilizarla”, reconocen la cualidad del trauma, dada por el evento.

Gráfico 19 - ¿Utiliza "Situación Traumática"? -



20- ¿Cómo define Ud. el concepto "Trauma"?

A esta pregunta se la ubicó dentro del bloque conceptual, con el fin de indagar las concepciones vigentes en los profesionales de la salud mental respecto del concepto "Trauma".

Se eligió no adjudicarle ningún tipo de valor que permitiera su operativización para cuantificarla, ya que se consideró que podía perderse la riqueza semántica que surge de la elaboración de una definición. Por este motivo se presenta un análisis surgido de la lectura de cada una de las treinta encuestas, bajo el "Método Comparativo Constante".

En principio, se toma en cuenta para éste análisis, dónde pone el acento el encuestado;

- a-¿En la intensidad del evento?
- b-¿En la cualidad de procesamiento?
- c-¿En la articulación entre ambos?
- d-En algún otro aspecto no contemplado en estos tres.

Para analizar los resultados se optó por armar tres grupos, conformados a partir de la lectura de las respuestas, según su tendencia a definir "Trauma", de acuerdo a los ítems arriba mencionados.

Esta pregunta arrojó confusiones interesantes, aún en las respuestas que se podrían indicar como correctas (desde la concepción teórica del "Trauma" desarrollada por Benyakar).

Fueron **15** los profesionales, de los 30 encuestados es decir el **50%** quienes definieron al "Trauma", en relación a la intensidad del evento.

A este grupo de sujetos los denominaremos:

a) "Trauma=evento".

Dentro de esta categoría, se ha observado que en algunos casos, la confusión entre "Trauma" y "Disrupción" es muy notable y refuerzan la idea planteada en el postulado, respecto de la indistinción entre "Trauma" y "Disrupción" presentada en la expresión "Situación Traumática".

Por otra parte están los sujetos que le atribuyeron a la definición de "Trauma", una **cualidad psíquica**. Estos representaron al **36,6%**, es decir **11** sujetos. Si bien podría pensarse que en estas definiciones no había confusión, ya que definieron al trauma asociado a una cualidad del aparato psíquico, el análisis cualitativo de las mismas muestra que la confusión también se hizo presente en este grupo al que denominaremos:

b) “Trauma=cualidad psíquica”.

El grupo minoritario fue el que en sus definiciones, vinculó (voluntariamente o no), a Lo Traumático (atribuyéndole cualidades fácticas) con lo psíquico en una interrelación de causa efecto. Estos fueron cuatro casos, es decir el **13,3% (4)**.

Comenzaremos primero por aquellos que son contundentes al momento de ubicarlo como evento, luego por aquellos que pretenden tomar la vertiente del modelo Benyakar, pero que la confusión los aparta de éste, y en un tercer lugar por aquellos a los que denominamos

c) “Trauma=fáctico y/o psíquico”, que intentaron combinar conceptos.

a) “Trauma=evento”

Enc.1:

“Un **suceso** de elevada intensidad, ante el cual el sujeto es incapaz de responder adecuadamente. Lo desborda”.

Enc.3:

“Como **acontecimiento** con significativo quantum de afecto que desactiva los mecanismos elaborativos del sujeto”.

Enc.4:

“Un **evento** que sobrepasa la capacidad de la barrera protectora de estímulos”.

Enc.5:

“**Aquello** que escapa a la simbolización, aquello que inunda el psiquismo de un sujeto, que genera un exceso, aquello intolerable. Lo que no se puede decir”.

Enc. 7:

“Siendo rigurosos, entiendo que es la ruptura, la discontinuidad en la vida psíquica de un individuo tras vivir una **situación o evento** que genera gran **impacto** al amenazar su propia vida o integridad psíquica, o la de otros”.

Enc.8:

“Como **algo** difícil de procesar”.

Enc. 9:

“**Aquello** que irrumpe, sin previo aviso ni preparación”.

Enc.13:

“Como una **situación** de gran intensidad que un sujeto vivió y que puede dejar una alteración duradera”.

Enc.18:

“Como una **situación** vivida por una persona de difícil procesamiento psíquico”.

Enc.23:

“**Acontecimiento** de gran intensidad, que supera las posibilidades del sujeto, de defenderse, produciendo una efracción. Tiene, en psicoanálisis, una connotación económico - energética.

Enc.24:

“Como **aquello** que escapa a la simbolización”

Obsérvense las palabras iniciales que se utilizan para la definición de “Trauma”, ahora agrupadas:

•SUCESO - ACONTECIMIENTO -EVENTO -AQUELLO -ALGO - SITUACIÓN

Los significantes “aquello” y “algo”, aluden a lo fáctico, que es posible de ser localizado. “Aquello”: indica o señala lo que está más lejos, en el espacio o el tiempo de las personas que hablan (Diccionario Manual de la lengua española, 2007), por lo tanto lo equiparamos a lo “tangible” y de algún modo cuantificable.

“Algo”: es un pronombre indefinido, que designa una cosa que no se puede o no se quiere nombrar. También denota cantidad o intensidad indeterminada, o parte de una cosa (Word Reference).

Por este motivo, a todas las respuestas que utilizaron “eso, algo o aquello”, se las decodificó como Trauma=fáctico.

Todas las definiciones ubicadas dentro de este grupo, describen al evento como lo traumático. Algunas toman un aspecto económico "energético" del funcionamiento psíquico, según el psicoanálisis. Una de las respuestas menciona: "acontecimiento con significativo quantum de afecto". Este quantum de afecto sólo puede pensarse inherente al sujeto, tanto como su atribución al mismo, y la cualidad proyectiva que le es propia, en tanto investidura libidinal objetal. Ningún objeto per se tiene quantum afectivo sin un sujeto que lo invista. Entonces, el afecto no hace al evento, a lo fáctico, sino al sujeto. Esto llevó a reflexionar lo siguiente: todas las definiciones ubicadas arriba, sobre "Trauma", aluden a lo fáctico, por lo tanto desde el marco teórico elegido para esta investigación a "Lo disruptivo" (Benyakar). Éstos sujetos estarían asignando las cualidades de "Lo Disruptivo", al concepto "Trauma", con las imprecisiones de quien desconoce la especificidad del concepto.

Las respuestas mostradas abajo, continúan confundiendo "Trauma" con evento, pero con una particularidad distinta a tener en cuenta.

En este grupo de encuestados parecería haber una mayor claridad, y si bien hay un intento por separar conceptos con cualidades distintas, la puesta en práctica vuelve a estar guiada por la confusión entre lo fáctico y lo psíquico.

La primera respuesta de este grupo, refiere una asociación directa entre evento disruptivo y trauma.

Enc.12:

"El trauma sucede luego de un **evento disruptivo** del paciente. Va a depender si el paciente viva el evento como un **hecho traumático**"

Esta concepción es errónea en tanto que no siempre luego de un evento disruptivo deviene un proceso traumático, según se puede leer en los escritos de Benyakar. Sin embargo se nota aquí que la fuerza conceptual del DSM, marca su impronta. Por otra parte le atribuye cierta autonomía al trauma cuando refiere que "va a depender de como lo viva el paciente". ¿Qué implica que un profesional de la salud mental, diga "como lo viva el paciente"? Significaría que si lo vive con angustia, o terror, su resultado será el trauma? "Viva", ¿sería igual a vivencia? Si fuera así, habría una relación directa entre la conducta y el proceso psíquico. Por otra parte, una de las cualidades de "la vivencia", es la de ser inefable, sin palabras. El relato que un sujeto hace, obedece a la experiencia, que incluye al evento más la

subjetividad acerca del mismo. Creemos que ninguna persona sabe fehacientemente si algo disruptivo, luego devendrá traumático en su procesamiento. En la práctica clínica de la salud mental, no siempre luego de un evento con cualidades disruptivas, sobreviene una vivencia o un vivenciar traumático.

Enc.21:

“Sin utilizar una definición de libro, diría que un **trauma psíquico es un evento** o un **conjunto de eventos** que al momento de ocurrir estuvo asociado, por alguna razón, con angustia, y que el sujeto se representa como peligroso o humillante”.

¿Cómo se produciría esa asociación entre el evento y la angustia?. La angustia, “es energía libre en situación inhóspita”. -Kierkegaard- Inhóspita, significa fuera de su casa, la casa de la angustia es lo inconsciente. Si ésta se asociara con un evento X, tal vez tendría las connotaciones de un “falso enlace”. Si fuera así, su resultado, no necesariamente sería lo traumático, sino una sintomatología obsesiva, o tal vez fóbica, al menos en sus aspectos defensivos. En esta respuesta, el profesional asigna apriorísticamente la cualidad de traumático al evento, por su asociación con alguna emoción. ¿Qué le quedaría entonces al sujeto para procesar? No son los sujetos los que desde la conciencia le asignan un procesamiento “traumático” al evento, sino que en tal caso “Lo Traumático”, deviene potencialmente, como uno de los destinos posibles ante un evento disruptivo.

Enc. 25:

“A diferencia de una **situación traumática**, que alude a un **hecho externo**, un **trauma** se refiere más a la **posición subjetiva del sujeto**”.

Se observa un intento por precisar las diferencias entre lo fáctico y lo psíquico. Sin embargo reaparecen las distorsiones que la tradición psi ha dejado en sus discípulos. En esta encuesta se revela la confusión esgrimida en el postulado de la presente investigación, refiriendo la diferenciación entre “Situación Traumática” como hecho externo, en relación a “Trauma”, como posición subjetiva. La ausencia del concepto “Disruptivo”, denuncia la presencia del exceso semántico exigido al significante “Trauma”. Se pretende que sirva tanto para lo fáctico como para lo psíquico, y se lo utiliza en ambos campos.

Enc.15:

“Trauma es una ruptura en el equilibrio de una estructura, **algo** que viene a romper con una **situación** estable y la vuelve desequilibrante. Es una herida, que puede ser **física o psíquica**.”

La primer parte de esta respuesta, da cuenta del impacto disruptivo de un evento y la conjuga con la cualidad de herida. Una vez más, se le atribuye al trauma la condición de causa y consecuencia.

Enc.20:

“**Algo** que irrumpe en la vida del sujeto, devastando su organización, proyectos y hasta su integridad”.

Aquí también, la idea de un “algo”, que ocurre y que impacta en el sujeto, se confunde con “lo disruptivo”.

b) Trauma = Cualidad Psíquica

Enc.6:

“Falla originaria en toda **realidad humana** concebida como unificada a partir de la acción necesaria de una respuesta simbólica a la necesidad biológica”.

Enc.10:

“Es la consecuencia de lo **disruptivo** que impactó en el **bienestar psíquico** de la persona”.

Enc.11:

“Trauma es **un proceso psíquico**. Propongo lo traumático, como un abordaje integrativo de un procesamiento psíquico de desarticulación entre afecto y representación, que enfatiza las diferentes dimensiones y manifestaciones de trauma (Benyakar, M.2007). Lo traumático única y exclusivamente provocado por un impacto externo que causa una falla en la capacidad procesal.

Enc.14:

“Cuando se produce una desestabilización en el proceso psíquico que rompe la homeostasis del psiquismo, se desarticula el afecto con la representación”.

Enc.16:

“Vivencia intrapsíquica no metabolizable es decir que impide la articulación adecuada de las **representaciones ligadas a un acontecimiento disruptivo**”.

Enc. 17:

“**Vivencia** intolerable para el Yo, por el todo afectivo algo que genera por sí misma”.

Enc.19:

“Etimológicamente guardo la idea de herida, tanto como lesión como agujero en la tra(u)ma”.

Enc.26:

“Una discontinuidad del **procesamiento psíquico**”.

Enc.27:

“Como la **vivencia de vacío**. Puede o no deberse a un evento, el vacío es inherente al ser humano”.

Enc. 28:

“El **estado psíquico** sobrevenido cuando las cantidades de excitación que ingresan al sistema, superan las posibilidades de ligadura del mismo, dejando cantidades de energía psíquica libre, sin procesamiento”.

Todo el grupo de respuestas que indicaron que “Lo Traumático” estaba relacionado a una cualidad de procesamiento psíquico, están de acuerdo con el marco teórico planteado en esta investigación. Sin embargo, se pueden destacar algunos elementos de interés, que permiten vislumbrar algunas confusiones venideras que parten de las preguntas que implican la aplicación de estos conceptos en la acción clínica.

La **enc.10**, atribuye una relación de causa y efecto directa entre “disrupción” y “trauma”. Este modelo parece surgir de la definición de Estrés Post-Traumático -TEPT-, ya que guarda una relación temporal entre evento y trauma. Aquí es necesario volver a recalcar que “Lo Disruptivo”, puede dar comienzo a un proceso resiliente, no solamente a uno traumático.

c) Trauma=fáctico y/o psíquico

Enc. 22,

“No solo por la **intensidad del estímulo**. Considero la **incapacidad para significar la situación que irrumpe** la producción simbólica base de la experiencia psíquica”.

Enc.2,

“Desde un punto de vista económico, pienso al trauma como **aquella situación** en la que se produce una sobrecarga de excitación (interna o externa) que desborda o excede las capacidades de un psiquismo. También lo definiría como aquel encuentro del sujeto con un **agujero, un vacío, con lo real**, pero para que ese encuentro se constituya como traumático, entiendo que tendría que haber **implicación por parte del sujeto**. **Puede ser una situación** en apariencia nimia, pero que para el sujeto cambia bruscamente su vida, aunque no pueda comprender por qué”.

Enc. 29

“Es el **impacto de una situación y su incapacidad de ser metabolizada**”

Enc. 30

“Como **lo real que retorna asociándose a una situación externa**”.

Este interesante grupo de la población encuestada, optó por no dejar casi nada afuera.

El **encuestado 2**, no sólo tomó la intensidad del estímulo, sino que refirió a “**aquella situación...**” Una vez más, parece no estar clara la diferencia entre las cualidades de los eventos y las del procesamiento. ¿Puede una situación estar cargada de intensidad, por si misma? o en tal caso, somos los seres humanos quienes le atribuimos esa cualidad. Lo fáctico, tiene la cualidad de existir, más allá del pensamiento humano.

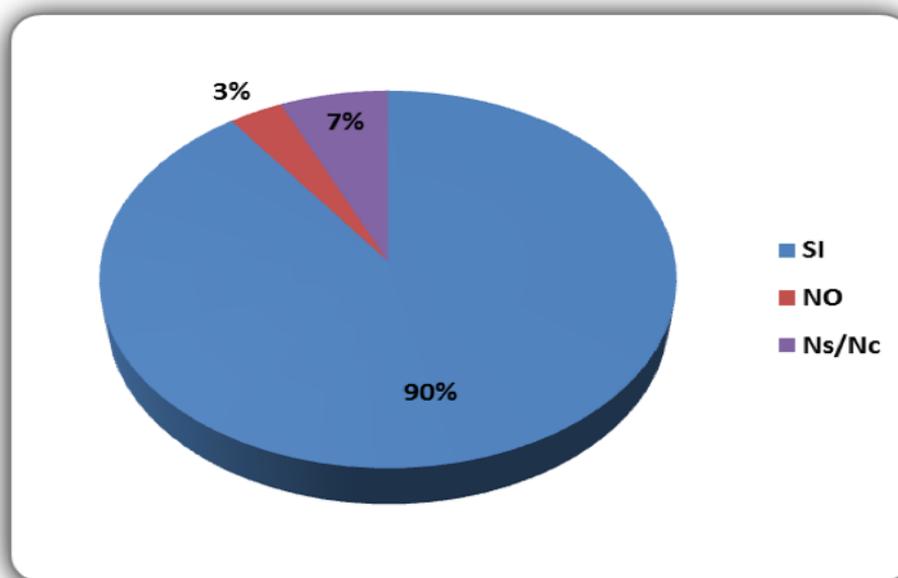
En la siguiente pregunta, observaremos una vez más, como la supuesta y estimulante claridad esbozada por algunos encuestados de la pregunta anterior, comienza a oscurecerse.

21- Existe alguna diferencia entre los conceptos “traumático y disruptivo”.

Aquí se apeló directamente a criterios conceptuales, que atañen a la formación teórica.

Mientras que el **90%** refirió que **SI** había diferencia conceptual entre ambos términos, sólo el **3,3%** dijo que **no había**, es decir que los utilizan como sinónimos y un **6,7% restante, no contestó**.

Gráfico 21- Diferencias entre "Traumático y Disruptivo"

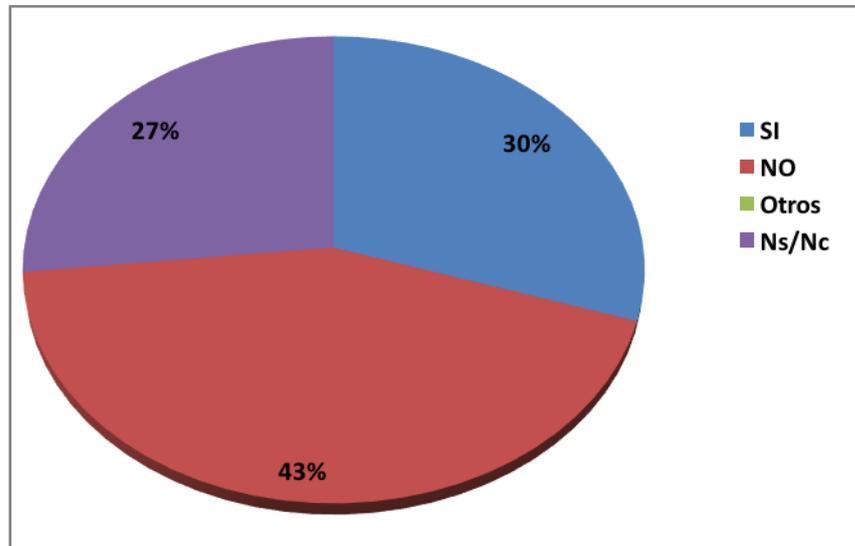


Luego, en la misma pregunta se incluyó el ítem referido al uso de éstos, pero siempre en el plano teórico:

¿Podría usarlos indistintamente?

Un **30% (9)** dijo que **SI**, es decir que **los considera sinónimos**. Por otra parte, un **43,3% (13)** dijo que **NO**, y el **26,7 (8)** decidió **no contestar**. Este último porcentaje también resultó significativo ya que se lo considera alto, para no saber contestar.

Grafico 21 - ¿Podría usarlos indistintamente?



22- ¿Cuál es el tratamiento indicado en primera instancia, a su criterio para alguien que atravesó una “Situación Límite”, donde su vida estuvo en alto riesgo y presenta sintomatología aguda?

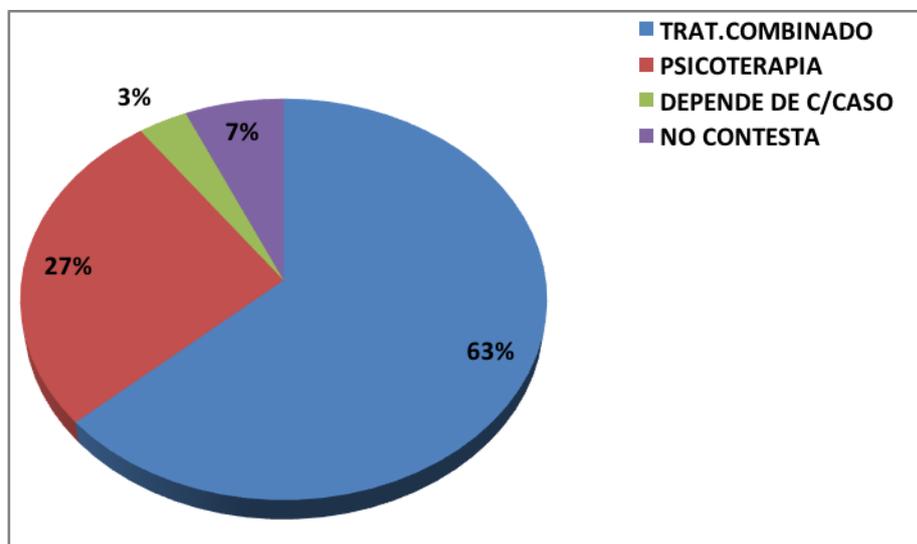
Ya dentro del bloque clínico, se pretende identificar la coherencia entre las concepciones vigentes en los profesionales de la salud mental y su implementación en la acción clínica.

El **63,3% (19)** de los encuestados optó por el **tratamiento combinado** entre psicoterapia y farmacológico. El **26,6% (8)** solo indicó **psicoterapia**, el **3,3% (1)** respondió que **“dependería de cada caso”**, y el **6,6% (2)** no respondió a este ítem.

Es el porcentaje menor, el que priorizó el caso por caso. Obsérvese que la mayoría, antes de evaluar las capacidades del sujeto damnificado, piensa en combinar psicoterapia con psicofármacos.

Existe un apriori en los profesionales de la salud mental, que los induce a considerar que algunas manifestaciones de desorden emocional acompañado de alteraciones visibles en el cuerpo como: sudoración, taquicardia o hiperventilación, requieren también una medicación. Esta apreciación, excede los límites de este trabajo de investigación, pero pretende dejar abierto el tema para continuar indagando sobre “los efectos del uso de diagnósticos en salud mental”.

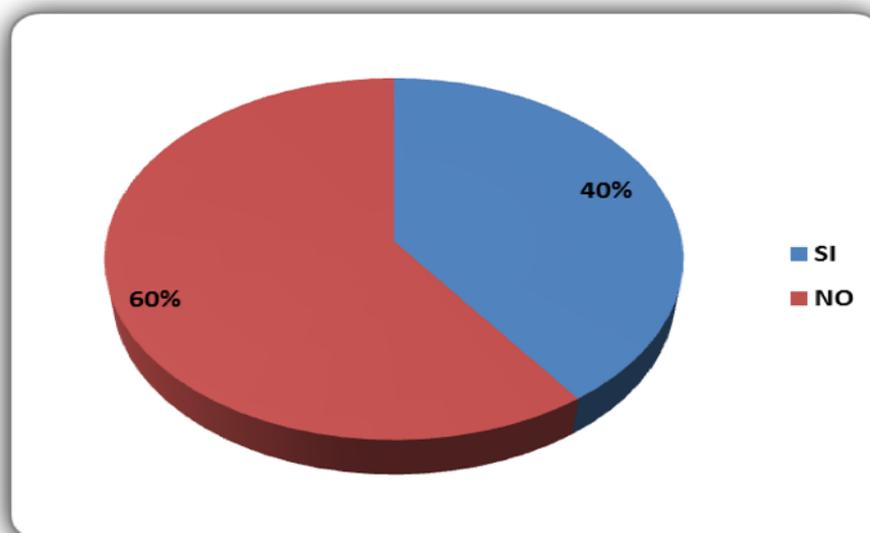
Gráfico 22 - Tratamiento indicado en "Situaciones Límites"



23- ¿Considera que existen situaciones que en sí mismas son traumáticas?

“Si”, respondió el 40% (12) y “No” el 60% (18) de los encuestados. Esta pregunta clave para la investigación se abordará en profundidad, en el cruce con otras (como la siguiente), a los fines de detectar coincidencias o no.

Gráfico 23- ¿Existen "Situaciones Traumáticas" en Sí?



24- Frente a un impacto de bala recibido en la zona del cuello, donde se produce el de la protagonista, ¿qué le asignaría la cualidad de traumático?

- El **36,7% (11)** lo atribuyó al **miedo** de la protagonista a no volver a encontrarse con sus hijos.
- El **33,3% (10)** **La situación** de los niños, al contemplar la muerte de su hermano.
- El **30% (9)** a **la rotura del tejido y las arterias.**
- El **23,3% (7)** ninguno.
- El **16,7% (5)** **La situación** de los niños al disparar
- El **13,3% (4)** El disparo.
- El **13, 3%(4)** **La situación** de los niños al ser descubiertos por la policía.

Nota: debe tomarse en cuenta, el hecho que algunos profesionales eligieron más de una opción, motivo por el cual la suma de porcentajes supera el 100%.

25- En la tabla, deberá marcar con una X en qué registro ubica los siguientes conceptos según los considere: FÁCTICO/PSÍQUICO/AMBOS

La forma en que los entrevistados atribuyeron las cualidades de fáctico o psíquico a diferentes conceptos, evaluó el grado de claridad/confusión con que se utilizan estos términos a la hora de pensar la clínica. Para éste análisis, se ubicará abajo el concepto a cualificar por los encuestados, con sus resultados pertinentes, a lo fines de facilitar su lectura.

Éste ítem pertenece al bloque conceptual, y es uno de los que claramente permite explorar cómo reacciona el sujeto encuestado ante una encrucijada concreta.

- **SITUACIÓN**

Sobre las valoraciones de **22** sujetos de los 30 encuestados, es decir el **73,3%**, la calificaron como **Fáctica**. El **0%** seleccionó **Psíquica**, sin embargo el **23,3% (7)** le asignó su pertenencia a **ambos** registros. El **3,3% (1)** no seleccionó ninguno de los ítems.

- **AMOR**

En el caso de este concepto, todo daría a pensar que la cualidad psíquica inherente al mismo sería contundente. Sin embargo, los resultados quedaron de la siguiente manera:

6,7% (2) creyó que estaba dentro del registro **Fáctico**, mientras que el **76,7% (23)** lo ubicaron dentro de lo **Psíquico**. Lo curioso resultó en tanto el **13,3% (4)** eligieron **ambos** casilleros, es decir; **Fáctico y Psíquico**. De esta manera, los dos sujetos que lo habían caracterizado como **Fáctico**, ascendieron a **4**. Solo el **3,3% (1)** no contestó.

- **VIVENCIA**

Respecto de la vivencia, identificaron que era **Fáctica**, el **3,3% (1)** y el **73,3% (22)** le atribuyeron cualidad **Psíquica**. Lo interesante es que **6** sujetos, es decir el **20%** le atribuyeron las **dos cualidades**.

- **ENDORFINA**

El **86,7% (26)** lo categorizó dentro del registro **Fáctico**, mientras que el **3,3% (1)** lo consideró con cualidades **Psíquicas**. El **6,7% (2)** le atribuyó **ambas** categorías y solo un **3,3% (1)** no respondió.

- **TRAUMÁTICO**

EL **10% (3)** (consideró a éste concepto como **Fáctico**, el **63,3% (19)** como **Psíquico** y un **23,3% (7)** seleccionó **ambos** casilleros.

- **MATERIA GRIS**

Resultó ser contundente pero no total. El **90% (27)** la ubicó dentro del registro **Fáctico**, en tanto que el **3,3% (1)** en **Psíquico**. **Ambas** categorías fueron elegidas por un **3,3% (1)** y **no respondieron** el **3,3% (1)**.

- **DISRUPTIVO**

Éste concepto fue calificado como **Fáctico** en un **33,3% (10)** y **Psíquico** en un **30%(9)**. Un **33% (10)** les atribuyó su inclusión en ambos registros. De modo que éste ítem, fue uno de los que tuvo la distribución más pareja.

Este es el término que presentó mayor controversia y dobles clasificaciones.

- **OMINOSO**

6,7% (2) lo calificó como **Fáctico**, el **83,3% (25)** como **Psíquico** y el **3,3% (1)** señaló **ambas** categorías. Aquí los que **no respondieron**, representaron al **6,7%**.

- **INHIBICIÓN**

Si bien el **0%** lo ubicó como **Fáctico**, el **10% (3)** lo refirió con adscripción en **Ambos** casilleros. Esto implica que éste porcentaje también lo consideró **Fáctico**. El **86,7% (26)** lo ubicó en el registro **Psíquico**, y sólo un **3,3% (1)** no respondió.

- **ADRENALINA**

Fáctico, eligió el **73,3% (22)**, **Psíquico** el **10% (3)** no pudiendo distinguir entre la sustancia y las consecuencias psíquicas de sus desbalances y un **13,3% (4)** eligieron **Ambos** registros, presentando también aquí la confusión antes mencionada. Sólo no contestaron un **3,3% (1)** de la muestra.

- **ACONTECIMIENTO**

El **70% (21)** de los encuestados, consideró a este concepto como **Fáctico**, solo un **3,3% (1)** lo señaló como **Psíquico** y un **3,3% (1)** no contestó. Fue notorio que el **23,3% (7)** lo identificó en **ambos** registros.

- **ESTRÉS**

Este concepto se presenta como una definición clave, ya que forma parte del diagnóstico Estrés Post Traumático (DSMIV).

Se halla íntimamente emparentado al de “Situación Traumática”, en tanto consecuencia posterior de esta, según esa clasificación.

El **13,3 (4)** lo ubicó como **Fáctico**, el **50% (15)** como **Psíquico**, mientras que un **33,3% (10)** le asignó **ambas** categorías. Sólo un **3,3% (1)** no contestó.

Una vez más, la confusión marcó su presencia por medio de la indistinción entre las sustancias químicas que se producen a consecuencia del estrés, los elementos fácticos potencialmente estresógenos, y el estrés como una vivencia.

Gráfico 25 – Fáctico-

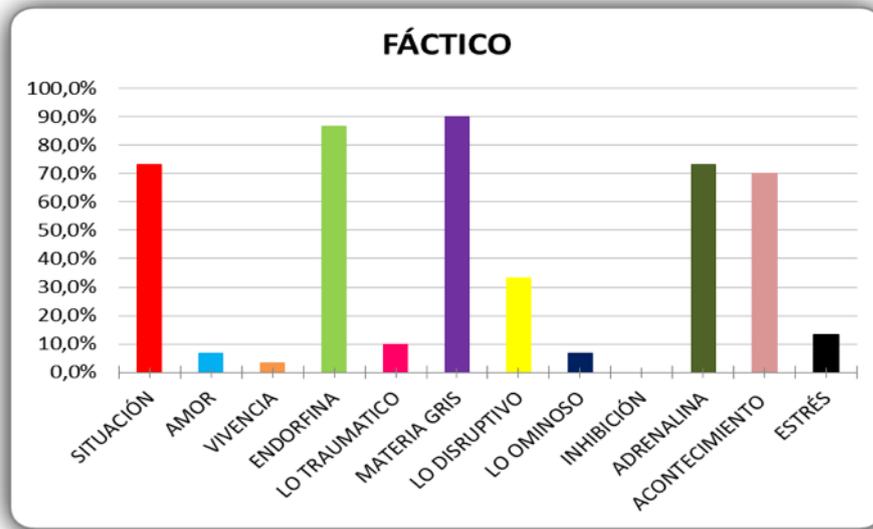


Gráfico 25- Psíquico -

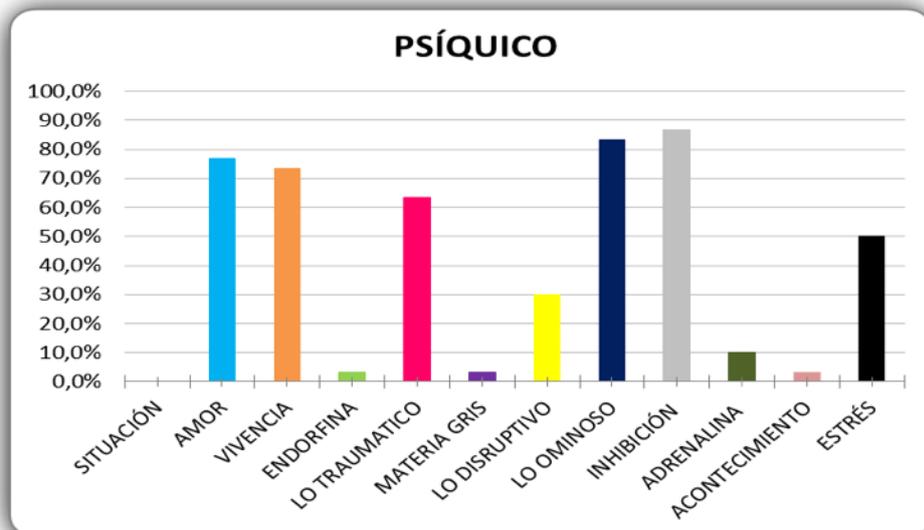
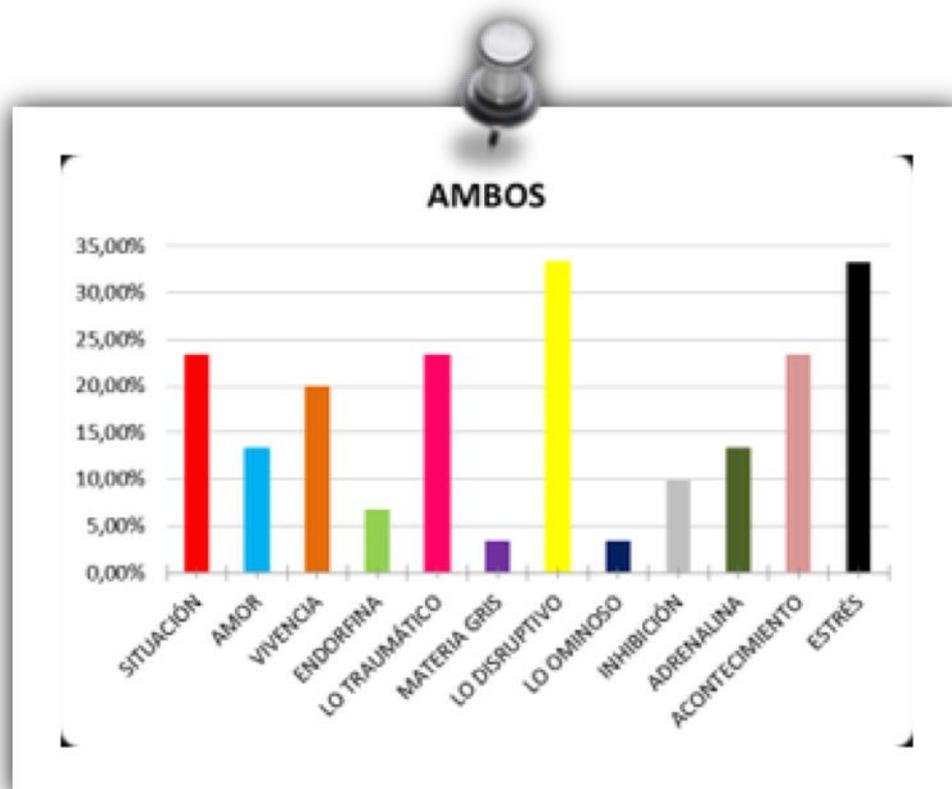


Gráfico 25 - Ambos -



26- Considera a lo “Traumático” como:

- Una situación en si misma **3,3% (1)**.
- Una vivencia el **60% (18)**.
- Ambos **26,7% (8)**
- Otro **10% (3)**

Éste ítem pone el foco específicamente en las teorías implícitas de los profesionales de salud mental, respecto del concepto “Trauma”, en respuesta al objetivo específico nro.2.

Si bien la minoría eligió la opción "situación en sí misma", no debemos dejar de notar que en la opción "Ambos", también se contempla la situación en sí misma.

En la opción "Otro", hay un **10%** que representa a tres sujetos de la muestra sobre el total de **30**, y que pese a querer poner "otra" categoría, dos de ellos lo expresan como cualidad psíquica, en tanto que el tercero confunde evento con vivencia.

Ejemplo:

Encuestados nros. 10 y 13 respectivamente:

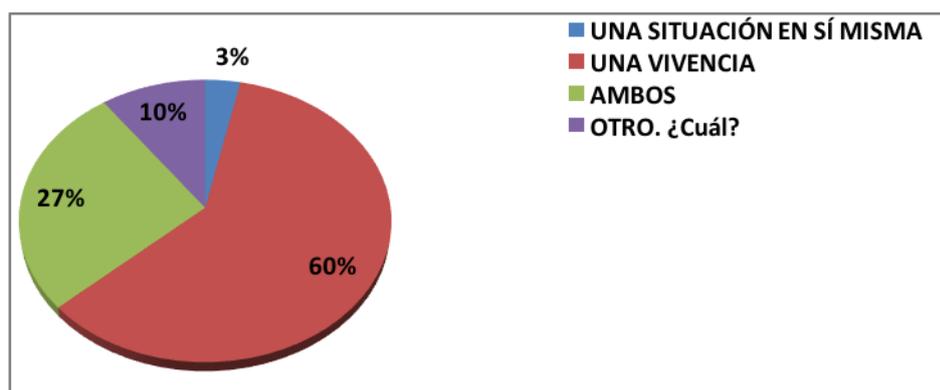
- "Como una **consecuencia psíquica** posible en donde pudo darse como una respuesta al impacto de un acontecimiento disruptivo".

- "El **procesamiento psíquico** que hizo un sujeto de un hecho determinado".

Encuestado nro. 6:

- "Un **evento** que no puede integrarse, en un momento determinado, como **una vivencia**, en el sentido de la realidad para alguien en particular.

Gráfico 26 - Lo Traumático es... -



-Datos perdidos

En general, todos los entrevistados respondieron el total de la encuesta, identificándose algunos datos perdidos, en especial a la hora de calificar los eventos relativos a las vivencias. En **ningún caso**, la existencia de respuestas **perdidas** superó el **12,5%**.

Discusión

La discusión se basa en el cruce de datos de acuerdo a las respuestas y las variables asignadas, a los fines de hallar congruencias y divergencias significativas para dar respuesta a la pregunta problema de la investigación, permitiendo validar el postulado.

Acerca de la filiación profesional y el diálogo con la Justicia:

En la pregunta Nro. 1, se comenzó por conocer, de los profesionales de salud mental, cuál era su título habilitante.

Partiendo de la base que la muestra está conformada en mayor porcentaje por psicólogos, el punto siguiente a tener en cuenta, es en torno al marco teórico de referencia.

Que el 83.3% se hayan identificado como psicoanalistas, contribuye a que la constatación de nuestra hipótesis tenga mayor sustento, en tanto que el psicoanálisis se ubica dentro de los abordajes terapéuticos que pertenecen al enfoque psicodinámico, por ende se encuentra regido por el principio de singularidad propuesto como tal, en este trabajo.

La muestra, como ya se explicitó, fue seleccionada bajo la técnica bola de nieve.

Sólo se puso el énfasis, en que fueran profesionales de salud mental, que estuvieran ejerciendo o hubieran ejercido la práctica clínica.

Es conocido que en nuestro país existe un porcentaje alto de profesionales que dicen practicar el psicoanálisis. En una era en la que los abordajes positivistas, parecieran estar en auge, cabe preguntarse; si la práctica del mismo -Psicoanálisis-, mantiene sus principios. Por otra parte, ¿se practica hoy “UN” psicoanálisis, o deberíamos llamarlo “Lo posible del Psicoanálisis en Argentina”?

El rol del entorno, no es menor cuando de idiosincrasia se trata. Existe una fuerte motivación por preservar la impronta característica del que consulta, que se ve contrariada por la creencia que indica que los diagnósticos, sólo se pueden expresar bajo modelos positivistas.

Sin embargo, es de observar que la implementación del modelo psicoanalítico en la clínica, (tanto pública como privada) se encuentra con obstáculos crecientes.

Para entender algún aspecto de las dificultades mencionadas, resulta interesante cruzar las respuestas de las preguntas nro. (4) sobre marco teórico:

“Dentro del área clínica de la Salud Mental, ¿cuál es su marco teórico de referencia?”, y nro. (5) sobre acuerdo entre teoría y práctica:

“¿Coincide este marco teórico con su práctica?”

Estas preguntas que corresponden al que se ha denominado bloque “Autopercepción”, posibilitan en su articulación la puesta del foco sobre la coherencia/incoherencia entre el marco teórico y la praxis del encuestado. De este cruce resulta que: el 93,3% refirió concordancia entre ambas. Este alto porcentaje, nos hace pensar que tanto los psicoanalistas como los que no lo son, creen al principio de la encuesta, que su modelo teórico de elección está a la par de su praxis.

Ejemplo:

Enc. nro. 9:

Preg. nro.4, Dentro del área clínica de la salud mental, ¿cuál es su marco teórico de referencia? Refirió: Psicoanálisis

Preg. nro. 5, ¿Coincide este marco teórico con su praxis? Refirió: intento que así sea.

Preg. nro. 6.

Si tuviera que expresar el diagnóstico de un sujeto que asistió a su consulta, ante un pedido de informe judicial, en base a qué modelo teórico lo haría, que le permitiera fundamentarlo con posterioridad?

Refiere: pienso que utilizaría el modelo psiquiátrico, basándome en el DSM IV.

Preg. nro. 7.

El modelo teórico elegido, ¿es acorde con su formación y su modo de pensar al sujeto?

Refirió: No, lo cierto es que no es acorde con mi formación ni con mi modo de pensar al sujeto, pero considero que en un informe judicial se espera la utilización de ese manual.

El 6,7% que responde que no, representa sólo a dos personas, que fueron conscientes que en su caso no había correspondencia entre ambas categorías.

En la medida que el cuestionario fue avanzando, se fue evidenciando lo contrario.

Para poner a prueba está "autopercepción de coherencia" entre praxis y teoría, se invitó al profesional a realizar un ejercicio, incluyendo la figura de un "JUEZ", que solicita un informe judicial (pregunta nro.6). En el ejemplo visto apenas arriba (Enc.nro.9, pregunta 7), manifiesta con sinceridad y claridad cómo debe expedirse un profesional de la salud mental, ante un informe judicial. En contraste con la pregunta nro.4, acerca de "Marco Teórico" en la cual el 83,3% dijeron usar el modelo psicodinámico psicoanalítico, aquí el 56,7% de ellos dijo que utilizaría un modelo positivista a la hora de confeccionar su informe para la justicia, utilizando el DSM y sólo el 16,7% un modelo psicodinámico. Matemáticamente, algunos los sujetos del 56,7% están incluidos dentro del 83,3% de los que practican psicoanálisis. Antes de la inclusión de la figura judicial, recuérdese que el 83,3% dijeron ser psicoanalistas (modelo psicodinámico al cual ante esta circunstancia, sólo se adscribe un 16,7% es decir 5 profesionales). Qué ocurre aquí, ¿acaso los profesionales de la salud mental consideran que la preparación de un informe, está por fuera de su praxis?. Hemos pensado, que tal vez por el hecho de no tratarse de una intervención al paciente, se tome en cuenta como un aspecto separado de la práctica clínica. Sin embargo, el armado de un informe para la justicia, en el cual se solicita al profesional de salud mental evaluar el grado de incapacidad psíquica, tiene implicancias directas en la dirección del tratamiento. No son pocas las veces, en las que estos pedidos surgen cuando la persona ya se encuentra en un tratamiento que comenzó por otra causa. En otras circunstancias, el motivo de las entrevistas es a causa del pedido judicial. De un modo o de otro, si se trata de un tratamiento en el cual se debe incluir una evaluación psicológica para ser presentada ante un juez, sería ingenuo creer que éste hecho no influya en el campo transferencial. Se alude aquí a la "Transferencia", por ser un concepto fundamental en la teoría psicoanalítica.

Para clarificar la cuestión, se indagó cuáles eran específicamente los requerimientos judiciales para el personal de Salud Mental, logrando una entrevista con la Dra. Silvina Caorsi, quien se desempeña como Auxiliar de Justicia de un Juzgado de San Isidro y además se encarga entre sus tareas, de supervisar el material que el Juez solicita a los profesionales de Salud. La misma refirió:

“No existe especificación alguna de parte del poder judicial que haga referencia a la expresión de diagnósticos bajo las categorías de alguno de los DSM. Sí lo especifican algunas prepagas o ART. El requerimiento del sistema judicial, es que los diagnósticos, sean posibles de cuantificar, a la hora de resarcir al damnificado, con un sistema de puntos que luego se traduciría en dinero. Si el profesional lo quiere expresar en términos psicoanalíticos o del DSM, no hay problema. El punto es que fundamentalmente lo que dice, y que eso se ajuste a baremos cuantificables”.

Además, y como dato contundente, el DSM IV advierte sobre los riesgos de su uso para las prácticas forenses:

“...en la mayoría de las situaciones, el diagnóstico clínico de un trastorno mental según el DSM IV, no basta para establecer la existencia, a nivel legal, de un TRASTORNO, DISCAPACIDAD, ENFERMEDAD O DEFECTOS MENTALES...”

“La asignación de un diagnóstico concreto, no denota un grado específico de deterioro o discapacidad” (págs. 22 y 23 cap. Introductorio - uso del DSM en medicina forense - DSM IV).

Está íntimamente arraigado en los profesionales de la salud mental, la convicción que los diagnósticos “deben” ser presentados bajo los códigos de alguno de los DSM.

Este es un punto que en la actualidad no se cuestiona. Quienes expresan sus diagnósticos de manera psicodinámica, cuando tienen que hacerlo ante una instancia judicial o a pedido de otra institución, declinan su adherencia teórica en función de una “disposición”, sólo existente en el imaginario Corpus profesional de salud mental.

Como otro dato relevante, en la pregunta 7 acerca de si el modelo teórico elegido para confeccionar un informe es “acorde con su formación y modo de pensar

al sujeto”: el 60% dijo que sí . Claramente, se observa la incongruencia denunciada por los números.

Las preguntas 10 y 12, se relacionan con la nro. 6, solo que como se verá entre la 6 y la 10, existen tres preguntas que desvían el foco de atención, ya que ponen el énfasis en un personaje del film y en las cualidades de procesamiento psicológico de éste.

La 10, vuelve a insistir en la petición judicial, incluyendo a un personaje del film, como paciente ficticio que separe al profesional de la clínica cotidiana con sus pacientes. Llamativamente el 70% de los profesionales eligió el sistema categorial, (es decir DSM) contra un 13,3% que prefirió el psicodinámico.

El 56,7% que en la pregunta 6 elegía el modelo positivista (CATEGORIAL), en la nro.10, escalaba 13,3 puntos más, al incorporar un personaje de ficción para escribir su diagnóstico.

Se ha pensado que el “paciente ficticio”, junto con el impacto de las escenas, lo torna al profesional más vulnerable en cuanto a su capacidad de neutralidad.

Por otra parte, las escenas tienen una intensidad muy cercana a lo que el DSM describe en relación al impacto del “acontecimiento traumático”.

Es fundamental relacionar, que en la pregunta nro. 16 “¿Conoce la categoría T.E.P.T. de alguno de los DSM?, el 73,3% contestó “SI”. Aquí se ve la influencia entre el 70% que escribiría el diagnóstico del personaje en base a DSM y el 73,3% que conoce la categoría.

En la nro.12, en contraste con la 10, se le propone al encuestado, el mismo ejercicio, pero ahora sin la petición del “JUEZ”, comunicándoles que el informe con diagnóstico, será sólo a los fines de formar parte de la historia clínica de su paciente.

Los profesionales retornaron, ya liberados de la presión de remitirse a la justicia, a la concepción psicodinámica. Esto ratifica que aquello con lo que están identificados teóricamente, no siempre es lo que mejor pueden sostener argumentativamente. Además, existe una tendencia a adaptarse al “imaginario” sobre aquello que “debe ser”, en lugar de fundamentar con precisión sus principios y averiguar dónde está especificado que sea de una manera y no de otra.

Lo aquí expuesto, sienta las bases para arribar a las conclusiones nro. 1 y 2, esbozadas en el capítulo “CONCLUSIONES”.

Acerca de “Lo traumático y Lo Disruptivo” con sus especificidades:

Aquí se ve dónde y cómo los profesionales de la salud mental conceptualizan lo traumático: como evento, como procesamiento o como ambos. También veremos qué ocurre con lo planteado en la hipótesis, acerca de la indistinción entre “Trauma y Disrupción”.

El 93,3% que encontró a algún personaje atravesado por lo traumático, nos dio una base más que contundente para considerar que en ellos, hay otras concepciones acerca de “Trauma y Disrupción” que se encuentran en conflicto.

Como ya ha sido señalado en el ítem “Análisis e interpretación de los resultados”, en esta pregunta (nro.24), lo traumático estuvo asociado a eventos y a una de las emociones más primitivas del ser humano: el miedo en este caso de la protagonista, a no volver a ver a sus hijos.

Que el 36,7% haya elegido “el miedo de la protagonista a no volver a ver a sus hijos”, resulta destacable, ya que establecieron una relación directa entre miedo y trauma. ¿Habría algo de patológico en el miedo de una madre, que está al borde de morir, a 9.800 km. de sus hijos?

Uno de los problemas actuales que se observan en la interacción con profesionales en el ámbito hospitalario, es la tendencia a asignarle cualidades patológicas a emociones primarias como por ej: el miedo, la angustia y la tristeza.

En el área de Interconsulta médico/psicológica se observa que, cuando un consultante llega a “guardia”, el sólo hecho de referir: miedo, angustia y dificultad para dormir, genera una solicitud de Interconsulta con salud mental con un diagnóstico de “ataque de pánico”, independientemente si estas reacciones son causadas por el impacto de algún evento u obedecen a una angustia automática.

En línea con esta investigación, se observa que la manifestación de emociones “naturales” ante desencadenantes que el profesional desconoce, y a veces el consultante también, induce a pensar en patología, por lo tanto en tratamiento.

Todas las demás opciones (el disparo, la bala, la rotura del tejido y las arterias etc.) dan cuenta que consideran que lo que asigna una cualidad traumática al accidente de la protagonista, es el impacto y la magnitud del hecho. Esto ratifica una vez más la confusión conceptual y su incidencia en la práctica clínica.

Solamente un 23,3% (siete de los treinta) notó, que ninguna de las cualidades ofrecidas por la encuesta, podía otorgarle (per se) a un hecho “impacto de bala”, una cualidad de procesamiento psíquico.

Es interesante, que en la pregunta 19, sobre si utiliza la expresión “situación traumática...”, el 63,3% responde que utiliza la expresión “Situación Traumática”, sin advertir el error conceptual en esa precisa combinación de significantes.

La distorsión conceptual respecto de “Trauma”, se enfatizó con la pregunta 20, que a continuación relacionaremos con la nro. 21 (Sobre diferencias y usos de; “Traumático y Disruptivo”).

El encuestado **nro.11**, (en la pregunta 20, sobre “concepto de Trauma”), citó al autor Benyakar, M., nuestro referente teórico de investigación, a la letra. Sin embargo, cuando se “suelta” del escrito, se filtra en su discurso una sutileza a tener en cuenta: “...lo traumático única y exclusivamente provocado por un impacto externo...”.

El impacto disruptivo, que potencialmente podría causar desarticulación, no tiene como única fuente a “lo externo”. Benyakar, (en sus escritos más recientes), describe “lo fáctico externo” y “lo fáctico interno”, en relación a los objetos “externos diferenciados y no diferenciados” (los mismos se definen con precisión en el capítulo de “Marco Teórico”).

El punto de contraste, lo observamos en los ítems que requieren la puesta en práctica de las concepciones vigentes.

Dos de las tres de las personas que dicen no utilizar la expresión situación traumática, la utilizan para referirse a eventos, sucesos o acontecimientos; mientras que uno de los entrevistados (el mismo que no contestó la preg. Nro. 11), explica que sólo utiliza la expresión; “si observa la aparición de fenómenos psíquicos patológicos posteriores y duraderos luego de algún acontecimiento atravesado por el paciente.

“En el film no podría decir si lo sucedido en el viaje fue traumático, si diría que operó como evento que movilizó contenidos que, en su momento, produjeron la detención del duelo por la muerte de un hijo (este evento sí impresiona traumático)”.

La contradicción permanece todo el tiempo, aún creyendo que no la utiliza, lo hace. Quienes afirman no utilizar la expresión “Situación Traumática”, cuando explican por qué no lo hacen, concluyen como en este caso hablando de “EVENTO TRAUMÁTICO”.

Gran parte de los entrevistados que manifiestan no utilizar la expresión “Situación traumática”, a lo traumático lo ubican en la pregunta 26, como una vivencia, un proceso psíquico.

Sin embargo al referirse al film, afirman que alguno de los personajes está atravesado por lo traumático, y señalan eventos para identificar la cualidad “Traumática”.

Recordemos que quienes dicen esto, ubican a lo traumático ligado a eventos o a emociones como; miedo.

En la pregunta nro. 21, se pregunta si existe alguna diferencia entre “Traumático y Disruptivo”, y el 90% responde que “SI”. Frente a ésta respuesta, parecería quedar contradicha nuestra parte de la hipótesis, en la cual afirmamos que “La expresión Situación Traumática, presenta una confusión conceptual entre Trauma y Disrupción...”

En la teoría, casi el total de los encuestados parece saber que son conceptos diferentes, sin embargo en las respuestas ya citadas, a la pregunta 20 sobre “definir Trauma”, queda señalada una vez más la confusión. De este punto, se infiere la conclusión nro. 3., citada en el capítulo “CONCLUSIONES”.

Acerca de la Singularidad:

Hay dos preguntas relevantes (13 y 15), que indagan sobre el concepto de “Singularidad” tomándolo como protagonista.

En la primera de éstas, se pregunta sobre si el modelo teórico del profesional contempla la singularidad. Si bien no se les pide ninguna definición conceptual sobre “Singularidad”, se nota que en tanto que la encuesta lo equipara a “Subjetividad”, las respuestas lo dan como entendido.

El 86,6% responde que “SI”, y el 10%, que también usa modelos centrados en la Causalidad.

Aquí también aparece una notable contradicción, ya que debemos recordar que a la hora de confeccionar un informe para la justicia, el 70% se basaba en modelos causales, y ahora solo un 10% refiere su utilización.

Lo más relevante, es que cuando se pregunta si creen que el DSM, prioriza la singularidad del sujeto, el 90% responde que “NO”.

Reflexión: si el 86% de los profesionales de la salud mental prioriza la “Singularidad” en su praxis, pero el 70% se basan en DSM al momento de

diagnosticar, y a su vez el 90% consideran que los DSM, no contemplan la singularidad, ¿Se podría pensar que “Situación Traumática”, como expresión en la clínica, no contradice la Singularidad, incluso la de los profesionales?.

En el siguiente ejemplo, se verá la clara confusión de los profesionales de la salud mental, representando la confusión general del promedio:

Ej.2. enc.nro 4:

“El personaje de la chica japonesa podría haber atravesado alguna situación traumática, teniendo en cuenta las conductas sexuales, disruptivas”.

He aquí otro caso de confusión conceptual, característico del concepto “Situación Traumática” en salud mental.

Este sujeto vuelve a ubicar al trauma como cualidad del evento, y por ende, proviniendo desde fuera del damnificado. Lo interesante es que además utiliza el concepto “Disruptivo” para conductas, comportamientos o manifestaciones, en este caso de índole sexual. Le atribuye cualidades disruptivas a formaciones conductuales que contrarían lo “moralmente” correcto.

La cualidad de disruptividad que el profesional le asigna a las conductas sexuales, no obedece a lo que impacta en el psiquismo de la joven, sino en como sus conductas impactan para los demás. El concepto “Disruptivo” aparece en su uso, distorsionado.

Acerca de lo Fáctico y lo Psíquico:

La pregunta 25, alcanza el pico máximo de determinación para el encuestado, en tanto sólo le ofrece dos opciones. Se le proponen una serie de conceptos para marcar con una X, en dos columnas; Fáctico y Psíquico. La serie de conceptos seleccionados buscan indagar si hay claridad en los profesionales de la salud mental, a la hora de ubicarlos en los registros mencionados. Sin embargo, para esta tesis los conceptos centrales de interés son: Situación - Traumático - Estrés y Disruptivo.

Situación fue ubicada por el 73,3% de los encuestados dentro del registro Fáctico, aunque un 23% la ubicó en ambos. Si bien marca algún nivel confusional, en su mayoría acordaron que una Situación, es Fáctica.

Por otra parte, respecto a “Lo Traumático”, el 63,3% elige el registro psíquico, en tanto que el 23,3% lo ubica en ambos. Este concepto parece no estar

tan claro en cuanto a su registro, ya que aumenta el número de los que eligieron la categoría “Ambos”.

Sin embargo, el concepto “Disruptivo” presenta menor claridad repartiéndose casi en tres partes iguales: 30% lo ubica en lo psíquico, 33,3% en lo fáctico y 33,3% en ambos, lo cual aumenta las categorías anteriores.

Ahora bien, si la mayor parte de los profesionales entienden que lo Traumático se debe incluir en el registro “psíquico”, y “Situación” debe ir en el “fáctico”, ¿qué es lo que produce que en la combinación “Situación Traumática”, la mayoría no se percate de dicho obstáculo?. El desconocimiento del concepto “Disruptivo” en su precisa dimensión, (tal como lo ha desarrollado el Dr. Benyakar) es uno de los motivos.

Se utiliza el concepto “Disruptivo” como sinónimo de algo perturbador, molesto, incluso “Traumático”, sin embargo no se ha detectado que alguno de los profesionales le asigne su precisa definición. Esta reflexión, permite esgrimir la conclusión nro.8., presente en el capítulo “CONCLUSIONES”.

CONCLUSIONES

De los resultados esgrimidos en el capítulo anterior, surgen las conclusiones aquí esbozadas. La primera de ellas, no se encuentra en relación directa con los objetivos planteados. Se la considera como un hallazgo de la Investigación.

1- Los profesionales de Salud Mental, creen que su modelo teórico concuerda con su quehacer cotidiano dentro de sus lugares de trabajo, sin embargo la presente investigación arroja que esto no es así. Para dar cuenta de ésto, se muestra un ejemplo que sustenta lo enunciado, en el ítem “DISCUSIÓN” (págs.nro.172-173).

La población encuestada, presenta una marcada disociación entre la idea de praxis clínica (que realizan), y el momento en que la misma les implica dialogar con otras disciplinas como la forense, utilizando los instrumentos que ellos suponen indispensables (DSM), para “sintonizar” con un interlocutor sin que surjan cuestionamientos.

Los modelos psicodinámicos pueden transferirse al campo jurídico, si la precisión conceptual es tenida en cuenta, generando la preservación de la singularidad pretendida por estos.

La secuencia de respuestas arroja contradicciones que no sólo se observaron en el sujeto encuestado (encuesta nro. 9, pregunta 7), sino en un alto número de ellos.

El hecho de responder a un ordenamiento de las preguntas, desconociendo la lógica de su armado y a su vez sin cotejarlas unas con otras, produce que el sujeto encuestado se focalice en lo que cada punto le requiere, sin controlar la coherencia con los anteriores. Este fenómeno, se ha observado también en otros cuestionarios, y permite cierta desestructuración en el encuestado, que purifica los resultados.

A diferencia de otros casos, en éste (Enc. nro.9, pregunta nro. 7), se advierte que existe una clara conciencia en el encuestado, respecto de su contradicción.

2- Se observa que existe coincidencia (en los encuestados) respecto a concebir al Trauma como un exceso para el aparato, pero que luego combinan distintas hipótesis respecto de su procedencia en tanto: agente externo, herida interna al psiquismo, o ambas. El objetivo específico nro. 2, queda ratificado por esta conclusión, en tanto resulta de la indagación sobre las distintas concepciones implícitas que los profesionales de la salud mental tienen.

3- La expresión “Situación Traumática” es utilizada por los encuestados en su gran mayoría, sin advertir que fusiona al “Trauma” con el evento. Si bien se entiende que los distintos marcos teóricos pueden concebir al mismo (Trauma) de distintas maneras, en los encuestados se evidenció una contradicción intrínseca a las respuestas a la encuesta. Esta conclusión obedece a la indagación realizada a partir del objetivo específico nro. 2.

4- La confusión conceptual que conlleva la expresión “Situación Traumática” (según el marco teórico de referencia elegido en el presente trabajo), acentúa la disociación entre teoría y práctica. Esta conclusión, da cuenta de lo planteado en el objetivo específico nro. 3, sobre explorar las representaciones subjetivas en conflicto, que subyacen al uso de la expresión “Situación Traumática”.

5- Esta tesis afirma que la imprecisión hallada en los profesionales de la salud mental, al momento de responder sobre “Trauma y Disrupción”, es una de las consecuencias del error conceptual presente en la expresión Situación Traumática, en tanto que (desde el marco teórico de referencia en este trabajo), la mencionada expresión, asocia lo Psíquico con lo Fáctico en una mutua complicidad mecánica, produciendo lo que aquí denominamos “**error sordo**”.

En la teoría, el profesional de la salud mental sabe que Trauma y Disrupción, son conceptos distintos, sin embargo en la práctica los confunde. Aquí, claramente se puede leer la alusión al Objetivo General nro.1, acerca de la confusión entre los planos “Fáctico” y “Psíquico”.

6- Se parte de la base que el modelo teórico que el profesional elige para su praxis, está íntimamente relacionado con la subjetividad de éste, tal como se la define en el “Marco Teórico”.

Este trabajo de investigación concluye que: la “Singularidad como Principio” tácito (hasta su enunciación en el presente trabajo), que rige a las concepciones de abordaje psicodinámico, queda contrariada por la confusión conceptual, puesta de manifiesto en las respuestas a las preguntas nro.: 4-5-6-7-10

y 12. De esta conclusión surge la base para sostener el objetivo específico nro. 5, acerca de las concepciones existentes en los profesionales de la Salud Mental en relación al “Principio de Singularidad y los Modelos causales (DSM).

Respecto al abandono temporal de su marco teórico ante un pedido de informe judicial, se advierte la presencia de un a priori sostenido por la población encuestada, que considera al uso del Manual como requisito indispensable para la elaboración de informes judiciales.

Dicho manual, le adjudica al concepto “**Trauma**”, en su categoría T.E.P.T, una cualidad fáctica, expropiándole su sentido original (en tanto producto psíquico).

Estas preguntas (las mencionadas más arriba), le atribuyen un rol preponderante a las variables de contexto: la elección de uno u otro marco teórico, la necesidad o no de informe judicial, la petición de utilizar un libro de referencia para basar el diagnóstico, etc.

El resultado, ratifica que ante alguna de estas variables existe en los profesionales de la salud mental, la tendencia a suspender su convicción teórica a los fines de encontrar otra que goce de consenso profesional sin cuestionar demasiado su concordancia o no, con la propia. Si a este inconveniente se le suma el hecho que la formación teórica encuentra obstáculos en su aplicabilidad, se infiere una alteración de un aspecto de la singularidad priorizada por los abordajes psicodinámicos.

Esta conclusión también encuentra su aval en el ítem “**Discusión**, subtítulo: Acerca de la Singularidad”, a partir de las respuestas a las preguntas 13 y 15.

De modo adyacente a los objetivos planteados, surge como **conclusión la tendencia en los profesionales de Salud Mental a utilizar criterios diagnósticos categoriales, a los fines de evitar un posible cuestionamiento que implique dar cuenta del modo “Singular” de ejercer la praxis clínica a la hora de tomar decisiones.**

Este trabajo de investigación considera que la “**Globalización Diagnóstica**”, mencionada en el capítulo “Introducción”, es la elección de la mayoría como una ilusión de inmunidad para la praxis.

Se evidencia la crisis que existe en los profesionales, respecto al sostenimiento del modelo teórico de origen. Esto se observa en el abandono del modelo psicodinámico en su relación con la “Singularidad”, en tanto que se apela al modelo categorial.

Existe el a priori, acerca de que lo psicoanalítico no puede ser transmitido, por ejemplo a quien encarna la figura "Juez".

Esta conclusión resalta su implicancia y transferencia al campo judicial en tanto pretende dialogar acerca de la "Singularidad", con otras disciplinas no formadas en el campo psicoanalítico.

7- Existe un obstáculo no detectado por los profesionales de la salud mental, entre la formación teórica psicoanalítica y la capacidad de argumentarla basada en datos empíricos. Esto muestra una dificultad para relacionar lo fáctico con lo psíquico manteniendo sus especificidades.

Si bien los diagnósticos categoriales están dentro del campo de la palabra, remiten a fenómenos observables.

El psicoanálisis por estar más centrado en procesos, parece perder su conexión con el campo de lo fáctico. Más allá de la brecha existente entre todo corpus teórico y su aplicación práctica, nos referimos aquí a la tendencia de los profesionales de la salud mental a relativizar conceptos que ya se hallan definidos teóricamente. La clínica actual exige la revisión de la implementación teórica puesta en práctica. La articulación entre los fenómenos y los procesamientos psíquicos precisa de la adecuación de conceptos fundantes del psicoanálisis a una noción de sujeto, que presenta en nuestros tiempos, cualidades específicas diferentes a las del siglo XIX.

8- Se ha notado que el estudio de la teoría es insuficiente por sí solo para disolver la huella de una confusión conceptual histórica, que continúa viralizándose entre los legos, además de hacerlo también dentro del lenguaje técnico.

La inclusión del concepto "Lo Disruptivo" se torna necesaria en las carreras de psicología y medicina, así como en los estudios de post-grado, a los fines de restituir el concepto "Traumático" para adjetivar a una cualidad de todas las posibles del aparato psíquico.

9- Se observó claramente la confusión entre los planos "Fáctico" y "Psíquico", como una variable que afecta en gran medida a la noción de "Singularidad" distorsionando el enfoque de la dirección de la cura, al proponer tratamientos combinados en un 63,3% para un sujeto que ha atravesado una situación límite.

El a priori conceptual expresado en la confusión entre ambos planos mencionados, lleva a los profesionales de la salud mental a creer que por tratarse de un evento límite, habrá necesidad de tratamiento combinado (psicológico + farmacológico), sin tomar en cuenta las capacidades procesales de cada sujeto (pregunta nro.22).

10- El concepto “Traumático” tal como lo utiliza la población de la muestra, excede la capacidad cualitativa del mismo. Se le exige que su cobertura aplique tanto a lo “Psíquico” como a lo “Fáctico”. Este exceso de una pretendida significación requiere de un modo contundente de desarrollo, no solo del concepto “Disruptivo”, sino de toda la temática que le es inherente. Esta conclusión, ratifica el objetivo nro. 4, en su propuesta de analizar en el discurso de los profesionales de la salud mental, expresiones que homologuen lo “Traumático” al evento.

11- También se ha observado, que la ausencia de una precisa definición, para el concepto “Singularidad”, amerita la inclusión del planteo conceptual realizado en el capítulo “Marco Teórico”, a los fines de complejizar la red conceptual en psicoanálisis, en pos de ejercer la praxis clínica elevando el nivel de minuciosidad en los abordajes.

La confusión entre “Subjetividad” y “Singularidad”, detectada en esta tesis, es ratificada en el hecho que los profesionales aceptan en la encuesta su presentación, como sinónimos.

Transferibilidad y Propuestas

Esta tesis pretende en primer lugar, crear conciencia en los profesionales de la Salud Mental acerca de las incongruencias entre la teoría psicodinámica elegida por la mayoría y la puesta en práctica de los principios que la rigen; "SINGULARIDAD".

El área clínica practicada desde el psicoanálisis, se torna cada vez más compleja sobre todo en los ámbitos públicos. Pareciera ser que dentro de hospitales generales, habitados en su mayoría por profesionales médicos, la práctica del psicoanálisis se vuelve cada vez más utópica.

La coherencia entre la teoría y la praxis, de la clínica psicoanalítica, se halla dificultada desde lo mínimo e indispensable del Setting analítico que brinda un Hospital: ausencia de diván, dificultad de proveer sesiones de alta frecuencia y la duración de cincuenta minutos por sesión, además de contar con un tiempo de duración total del tratamiento, acotado por la demanda institucional.

Concepciones teóricas que al ser aplicadas con personas influenciadas por la preponderancia de los modelos médicos (positivistas), no logran establecer la transferencia analítica necesaria para llegar a la construcción de una demanda de análisis.

La falta de precisión conceptual de los profesionales de la salud mental, hace que la posibilidad de dialogar con disciplinas en las que lo fáctico ocupa el centro de la escena, sea escasa.

Ocurre que los profesionales de la salud mental, en su confusión entre los planos Fáctico y Psíquico, pendulan entre dos extremos riesgosos que van desde: la tendencia a la "psicologización" a la tendencia a la medicalización del sufrimiento humano".

Transferencia

- Al campo de la psicología forense. Este trabajo de investigación, arroja un resultado significativo a tener en cuenta: los profesionales de la salud mental adaptan su discurso de un modo a veces contrario a sus convicciones teóricas, a los fines de equipararse al lenguaje judicial, y ser menos cuestionados por la figura del "Juez" y sus representantes.

Esta tesis pretende aportar herramientas en el campo jurídico, para arribar a los datos cuantificables requeridos, sin por eso poner en riesgo la singularidad del damnificado, advirtiendo la tendencia de la justicia a su victimización.

- Al campo de la Docencia, en tanto que apunta a marcar los aspectos más vulnerables de una formación académica que en el ámbito médico, materializa el sufrimiento humano tornándolo FÁCTICO, dolor orgánico que en caso de ser de difícil constatación, (por descarte) se reduce a la "NADA" misma, es decir; "Psíquico".

La sobre - medicalización del dolor da cuenta del exceso del plano FÁCTICO en la formación médica-.

Por otra parte se advierte la vulnerabilidad en la formación de Psicólogos, en los que la abundante "PSICOLOGIZACIÓN" (permítase la expresión), conlleva a la extinción de lo "Fáctico". La muerte de la cosa. La conversión del dolor en sufrimiento, aún cuando éste sea imposible de ser subjetivable.

Esta investigación propone la diferenciación clara entre "Lo Fáctico y lo Psíquico" para poder integrarlos sin confundirlos, a través del modelo de "Lo Disruptivo" aplicado a la Salud Mental.

Dentro de las prácticas médicas:

- Enfermería
- Cuidados intensivos
- Anestesiólogos
- Asistentes sociales
- Grupos de rescate y salvataje
- Terapistas ocupacionales, entre otras.

Todas las áreas mencionadas aquí conviven con la fuerza de los impactos disruptivos (las más de las veces), sin el sostén institucional requerido para no enfermar y convertirse en productores de enfermedad.

La necesidad de recibir formación y asistencia específicas en torno a lo Disruptivo desde un enfoque claro y preciso, se hace esencial para re-ubicar lo traumático en su justo lugar: “Lo psíquico”.

Este grupo de actividades humanitarias, se consideran en la presente investigación, como profesiones con alto grado de exposición al daño, por contacto y proximidad con el desgarró y el dolor profundo, sin que el análisis personal esté considerado como requisito. Por este motivo la capacitación, sumado a grupos terapéuticos psico-educativos, pretende orientar la relación con lo Disruptivo hacia destinos resilientes.

Propuesta:

Ante la indistinción presente entre “singularidad y subjetividad”, esta tesis plantea un nuevo problema a investigar.

Propone una definición conceptual del término “Singularidad”, y la asignación de la categoría de “Principio”.

Este estatuto permitiría jerarquizar al núcleo mismo de las configuraciones subjetivas (tal cual es definido en esta tesis) despejando la confusión y permitiendo la reciprocidad de ambos conceptos (singularidad y subjetividad) en torno al sujeto.

Néstor D. Tamburini
Buenos Aires, Argentina -2016-

Glosario

Los términos definidos a continuación, son algunos de los utilizados en el trabajo de tesis. Se citan para facilitar la comprensión del texto, asumiendo que presentan mayores cualidades técnicas dentro del campo de la Salud Mental.

1-Acontecimiento: hecho o suceso especialmente cuando revista cierta importancia. (Diccionario de la Real Academia Española)

2-Atributos: respecto de los fenómenos fácticos, se refiere a una cualidad que le ha otorgado subjetivamente la persona en cuestión, es decir la que está involucrada con el objeto o fenómeno, y no un tercero.

Ej: (...) “el potencial de disruptividad que tiene la taza regalada, no está relacionado a las características inherentes de la taza” (...) Benyakar (2015) denomina (págs. 31 y 32)

3-Complexus: significa aquello que está tejido en conjunto, un entorno que abarca. (Corominas & Pascual, 1996)

“Unión, enlace, encadenamiento, acción de rodear, de estrechar”. (Corominas & Pascual, 1996)

“Abraza, enlace, encadenamiento” (Corominas & Pascual, 1996) .

Es complejo todo aquello que no puede resumirse o reducirse a una palabra “maestra”, es lo que se opone a lo simple, es el problema por encima de la solución. Problema que se despliega a partir de la integración de otros problemas.

4-Disruptivo: proviene del latín “Dirumpo”: destrozarse, hacer pedazos, romper, destruir, establecer “discontinuidad”. (Benyakar, 2006, pág.42).

Es el impacto de situaciones o fenómenos fácticos en el psiquismo, provocando desestabilización, desregulación y/o desarticulación del funcionamiento psíquico. Estas transformaciones psíquicas pueden devenir patológicas o pueden ser elaboradas y metabolizadas, transformándose en productivas y beneficiosas para el psiquismo”. (pág. 4)

5-Eidético: en psicología es aplicado a una disposición que designa la tendencia a convertir los procesos mentales en imágenes: en este sentido se dice

que el pensamiento infantil y el de los pueblos primitivos, es “eidético”. (Diccionario Ferrater Mora)

6-Evento: acaecimiento. Hecho imprevisto. Suceso importante y programado de índole social, académica, artística o deportiva. (Diccionario de la Real Academia Española)

7-Entorno Disruptivo: al medio humano y físico masivamente distorsionado por la ocurrencia de hechos disruptivos que instalan una deformación ambiental, que puede devenir crónica. Los entornos disruptivos son aquellos contextos vitales en los que se dislocan las relaciones entre las personas y entre estas y el medio físico y social. (Benyakar,2015.pág. 69)

8-Error Sordo: expresión propuesta en esta tesis para denominar a las expresiones conceptuales, que dentro de un lenguaje técnico, portan un sentido erróneo que por repetición masiva, se torna implícito y consensuado. Ej: “Situación Traumática”.

9-Experiencia: se refiere al “llegar a saber” o anoticiarse de algo. (Benyakar, 2015)

10-Fáctico: aquello que existe como tal. “Fáctico”, no es lo mismo que ficticio. Fáctico, es aquello no representado, externo/interno y que existe con autonomía e independencia del psiquismo, más allá del origen de su creación.

Esta investigación asume que, algo es fáctico aunque haya sido creado por el hombre. (Definición adaptada para el presente trabajo)

11-Fáctico interno: como ya se ha mencionado anteriormente, las alteraciones genéticas, o glandulares, son consideradas como lo fáctico interno que corresponde al soma. (Benyakar, 2015)

12-Objeto externo diferenciado: caracterizados por aquellos objetos catectizados y catectizantes que interactúan con el recién nacido, rescatándolo del desvalimiento inicial. (Benyakar, 2015)

13-Objeto externo no diferenciado: son todos aquellos objetos que no llegan al nivel libidinal de investidura, que permitan hacerlos parte de lo propio. Ubica Benyakar entre estos, a los sonidos que nos rodean, la intensidad de la luz, la temperatura del medio ambiente, etc. (Benyakar, 2015)

14-Principio: es punto de partida del movimiento de una cosa, es el elemento primero o inmanente de una generación. Fuente de donde derivan: el ser, la generación, o el conocimiento. (Diccionario de filosofía, Ferrater Mora)

15-Principio de Singularidad: se lo propone como el punto de partida que conforma el corpus teórico de los abordajes psicodinámicos, asignándoles a éstos el rasgo que los distingue de las concepciones positivistas. Más allá de las diferentes escuelas teóricas, se considera que en tanto existe la categoría psicodinámica, ésta se encuentra regida por el “Principio” definido, tomando a la singularidad como objeto de estudio.

16-Realidad: como aquella que se toma o percibe de ese fenómeno (fáctico), en cuestión. La realidad se concibe desde este trabajo, como un producto psíquico, incluido en el entramado subjetivo, distinto de los objetos o fenómenos fácticos, que existen con independencia de su subjetivación. (Benyakar, 2006)

17-Relacional: surge a partir de la “relación”, entre las características del fenómeno (fáctico), y el modo singular de procesamiento de un sujeto en cuestión (psíquico). (Benyakar, 2015)

18-Situación: acción y efecto de situar o situarse. Disposición de una cosa respecto del lugar que ocupa. (Diccionario de la Real Academia Española)

19-Suceso: cosa que sucede, especialmente cuando es de alguna importancia. Hecho delictivo. Accidente desgraciado. (Diccionario de la Real Academia Española)

20-Subjetividad: desde la concepción filosófica, se entiende por “Subjetivo” y “Subjetividad”, todo lo que pertenece al ámbito de lo psíquico y lo psicológico. (Diccionario de filosofía de Ferrater Mora)

Si bien “Subjetividad”, no es posible sin soma, esta tesis considera a “lo subjetivo” dentro del campo psicológico, al “posicionamiento” desde lo inconsciente en el Sujeto.

21-Sujeto: este sujeto del deseo, es un efecto de la inmersión del pequeño hombre en el lenguaje” (Diccionario de psicoanálisis de R. Chemama pág.424). Psicoanalíticamente definido, “sujeto”, es quien no sabe lo que dice, ni que él lo dice. Es el que se expresa en los sueños, actos fallidos, lapsus, olvidos y en su forma más lograda a través del chiste.

El sujeto, según la definición de Lacan (Chemama, 1996) es: “Lo que un significante representa para otro significante”. (pág. 426)

22-Singularidad: como el modo (único e irrepetible) de producción de Subjetividad, inherente a cada sujeto. Incluye como elemento determinante al soma. Esta inclusión se considera esencial como componente diferencial con el concepto de “Subjetividad”. La “Singularidad”, en tanto “modo” de producción de todas las configuraciones subjetivas dinámicamente posibles, estará condicionada por el soma constituyente y constitutivo. Cualidad cromosómica, anatomía y biología, receptoras de un sistema psíquico en progreso. (Definición propuesta por el presente trabajo de tesis).

23- Traumatógónico: que genera trauma, mientras que “Traumático” es el adjetivo que cualifica a un proceso psíquico.

24-Vivencia: “Erlebnis”, alude a “vida”, “la vivencia pasa a ser el modo en que la realidad existe para un sujeto determinado. Más aún, es lo que le permite a un sujeto experimentar el presente” “(...) la articulación entre el afecto y la representación”. (Benyakar, 2005)

25-Vivencia Traumática: “(...) un colapso de las relaciones entre lo psíquico, lo social y lo temporoespacial que hace emerger un afecto desarticulado de su representación”. (Benyakar & Lezica, 2005, pág 110).

26-Vivenciar: “(...) como el proceso diacrónico de articulación que otorga su armado específico y relaciona vivencias entre sí”. (Benyakar & Lezica, 2005.pág. 48)

27-Vivenciar Traumático: en el caso de la irrupción de la angustia automática, un afecto desarticulado de su representación correspondiente, promoverá una vivencia traumática, dificultando su transformación por los distintos espacios psíquicos, pudiendo devenir en un “Vivenciar Traumático”. (Benyakar & Lezica 2005)

Bibliografía

- Abdala, N. E. (Noviembre de 2012). Traumas Acumulativos. *Revista Viva, Diario Clarín*.
- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM V*. Barcelona: Masson.
- Ayala, J. L., & Ochotorena, J. d. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16 (1), 45-49.
- Barrio, V. d. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30 (2-3), 81-90.
- Benyakar, M. (1999). La vivencia: articulación entre el afecto y la representación. *Revista de Psicoanálisis*, 56 (3), 591-603.
- Benyakar, M. (2006). *Lo Disruptivo, amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Biblos.
- Benyakar, M. (2015). *Lo Disruptivo: de lo Fáctico a lo Psíquico*. Buenos Aires, Argentina.
- Benyakar, M. (2005). Tesis Doctoral "Lo disruptivo. El impacto del entorno en el psiquismo". Buenos Aires: Universidad del Salvador.
- Benyakar, M., & Lezica, Á. (2005). *Lo traumático, clínica y paradoja* (Vol. 1). Buenos Aires: Biblos.
- Benyakar, M., & Lezica, Á. (2006). *Lo traumático, clínica y paradoja* (Vol. 2). Buenos Aires: Biblos.
- Berlin, H. A., & Koch, C. (2009). *Scientific American*. Obtenido de <http://www.scientificamerican.com/article/neuroscience-meets-psychoanalysis/>
- Bernstein, J. (1993). Dos Psicologías. *Revista Psicodinámica*, 3.
- Bernstein, J. (1993). Dos Psicologías. *Revista Psicodiagnóstica*, 3 (3).
- Bleichmar, S. (2004). Límites y excesos del concepto de subjetividad en psicoanálisis. *Revista Topía. Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura*.
- Bravo Díaz, B., Pons Puigrós, L., & Domenéch Mas, J. M. (2006). Lo disruptivo y los proyectos: estudio de los entornos en situaciones de ruptura y el potencial de la teoría de proyectos. *X Congreso Internacional de Ingeniería de Proyectos*, (págs. 3110-3120). Valencia.
- Cambra Badii, I. (2013). La narrativa cinematográfica y la comprensión logopática. Un ejemplo metodológico en relación a lo disruptivo y lo traumático. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de investigación, Noveno encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 20-34.
- Carvajal, C. (2011). Trauma y estrés postraumático: algunas reflexiones. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49 (3), 221-224.
- Castoriadis-Aulagnier, P. (2010). *La violencia de la interpretación, del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Castorina, J. A. (2014). La epistemología "interna" de la investigación y su significado formativo para los psicólogos. *Revista de psicología (UNLP)*, 14, 18-36.

- Cazabat, E. H. (2006). Trauma y Resiliencia. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica* .
- Chemama, R. (1996). *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cohen Bello, L. (2011). La re-calibración de los conceptos para un nuevo paradigma. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría* , 10 (1), 26-30.
- Corominas, J., & Pascual, J. A. (1996). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Gredos.
- Cova S., F., Rincón G., P., Grandón F., P., & Vicente P., B. (2011). Controversias respecto de la conceptualización del Trastorno por estrés postraumático. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* , 49 (3), 288-297.
- Cyrulnik, B. (2007). *La maravilla del dolor...El sentido de la resiliencia*. Buenos Aires: Granica.
- Danei, A. Relatos de experiencias "Whitenses" sobre estreategias comunitarias ante eventos disruptivos. *Revista memorias periféricas* , 3, 37-48.
- De Cristofolo, C. M., Romé, M., & Kopelovich, M. (2011). Sobre la generalización del trauma. *III Congreso Internacional de Investigación*, (págs. 190-195). Facultad de psicología de la Universidad Nacional de La Plata.
- *Diccionario de la Real Academia Española*. (2016). Obtenido de <http://www.rae.es/>
- *Diccionario Manual de la lengua española*. (2007). Larousse Editorial.
- Dorland, W. A. (1974). *Dorland's Illustrated Medical Dictionary*. W.B. Saunders Company.
- Echeburúa, E., & De Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología conductual* , 15 (3), 373-387.
- Echeburúa, E., De Corral, P., & Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema* , 14, 139-146.
- *El paradigma de la complejidad de Edgar Morin*. (2012). Obtenido de <http://es.slideshare.net/21733010/la-teora-de-la-complejidad>
- Fariña, J. J., & Solbakk, J. H. (2012). *(Bio) Ética y Cine, tragedia griega y acontecimiento del cuerpo*. Letra Viva.
- Ferrater Mora, j. (1964). *Diccionario de Filosofía* (Quinta Edición ed.). Buenos Aires: Sudamericana.
- Frans, O., Rimmo, P., Aberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 111, 291-299.
- Freud, S. (1916/17). Conferencias de introducción al Psicoanálisis. En *Obras Completas* (Vol. XVI). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas* (L. López - Ballesteros y De Torres, Trad., Vol. II). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1979). Introducción al simposio sobre las neurosis de guerra. En *Obras Completas* (Vol. XVII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1986). *La etiología de la histeria* (Vol. I). (L. López - Ballesteros y De Torres, Trad.) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1929). *Más allá del principio del placer* (Vol. I). (L. -B. Torres, Trad.) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1925). *Presentación autobiográfica* (Vol. II). (L. López - Ballesteros y De Torres, Trad.) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gaborit, M. (2006). Desastres y trauma psicológico. *Pensamiento psicológico* , 2 (7), 15-39.

- González Rey, F. (2013). *IV Congreso Internacional "Intervención y Praxis Comunitaria"*. Santiago de Chile.
- González Rey, F. (2013). *Lo social, la subjetividad y la acción comunitaria*. Obtenido de https://www.youtube.com/watch?v=_K4vYYmqv2o
- Guinsberg, E. (2004). Acerca de la subjetividad, el problema de la definición. *Revista Topía. Un sitio de psicoanálisis, sociología y cultura* .
- Harraca, M. F. (2013). Psicoanálisis y DSM IV. Incidencias en la subjetividad. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica en Psicología del Mercosur, U.B.A.* Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Hornstein, L. (2010). *autoestima, identidad, alteridad*. Buenos Aires: Paidós.
- Hornstein, L. (2010). Entre el alboroto de la vida y el Nirvana: cuerpo y subjetividad. En *NARCISISMO: autoestima, identidad, alteridad*. Paidós.
- Hornstein, L. (2013). *Las encrucijadas actuales del psicoanálisis, subjetividad y vida cotidiana*. Buenos Aires: Fondo de cultura Económica.
- Iñárritu, A. (Dirección). (2006). *Babel* [Película].
- Jozami, M. (2010). Problemas en torno a la categoría nosográfica del TEPT y su aplicación para el análisis en la encuesta de salud mental de la OMS en Irak. *Revista Electrónica de Psicología Política* , 8 (24), 56-66.
- Khamis, V. (2005). Post-traumatic stress disorder among school age Palestinian children. *Child Abuse and Neglect* , 29, 81-95.
- Lacan, J. (1957). La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. En *Escritos I* (2002 ed.). Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno.
- Laplanche, J. (1971). *La Angustia. Problemáticas I*. Amorrortu.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Leguizamón, L., Correché, M. S., & Gómez, L. (2012). Consecuencias de la Guerra en ex combatientes. Una revisión bibliográfica. *Revista Diálogos* , 1 (3), 29-44.
- Levy Yeyati, E. (2014). *El DSM en cuestión, una crítica a la categoría de Estrés postraumático*. Buenos Aires: Podemos.
- Levy Yeyati, E. (2011). La cultura del trauma: su influencia sobre la psicopatología en lengua inglesa. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- López, A., & Alfredo, O. (2006). *Tesis Doctorales*. Buenos Aires: Leuka.
- Martínez Mora, A. P., Pérez Pérez, L. N., & Gómez Botero, G. E. (2005). El trauma y sus secuelas. Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.
- Marucco, N. C. (2015). Actualización del concepto de trauma en la clínica analítica. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia* , 5.
- Merlino, A. (2009). *Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Cengage Learning.
- Miller, J. -A. (2002). *Biología lacaniana y acontecimiento del cuerpo*. Buenos Aires: Colección Diva.
- Mingote Adán, J. C. (2011). Diagnóstico diferencial del Trastorno de Estrés Postraumático. *Clínica contemporánea* , 2 (2), 121-124.
- Müller, P. (2012). El diagnóstico de cáncer como evento disruptivo - Monografía bibliográfica. Buenos Aires.
- Pérez Sales, P. (2004). El concepto de trauma y de respuesta al trauma en psicoterapia. *Norte de salud mental* , 20, 29-36.

- Piña López, J. A. (2015). Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. *Anales de Psicología* , 31 (3).
- Poseck, B. V., Baquero, B. C., & Jiménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo* , 27 (1), 40-49.
- *Psicología Moderna de la A a la Z: comprender, saber, actuar.* (1978). Mensajero.
- Ribes-Iñesta, E. (2009). La psicología como ciencia. ¿Cuál es su universo de investigación? *Revista Mexicana de la investigación en Psicología* , 1 (2), 7-19.
- Rodríguez, A., Giménez, L., Netto, C., Bagnato, M. J., & Marotta, C. (2001). De Ofertas y Demandas: una Propuesta de Intervención en Psicología Comunitaria. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* , 10 (2), 101-109.
- Schkolnik, F. (2011). Efectos de lo traumático en la subjetivación. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* .
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales . *Ciencia y enfermería* , 9 (2), 9-21.
- Sigales ruiz, R. (2006). Catástrofe, víctimas y trastornos: Hacia una definición en psicología. *Revista de la Universidad de Colima, México, anales de psicología* , 22 (1), 11-21.
- Tamburini, N. (2015). De la Situación Traumática al Trauma Psíquico. Una experiencia que atenta contra la trascendencia... Un trabajo re-subjetivante". V *Congreso de Psicología. Experiencia Humana y Trascendencia.* Universidad Loyola Marimount, Los Ángeles, California .
- Tkach, C. E. (2009). Lo traumático: sus derivaciones psicopatológicas, sus especificidades clínicas. *XII Jornada de Clínica de Niños y Adolescentes.* Facultad de psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex Differences in Trauma and posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review of 25 Years of Research. (A. P. Association, Ed.) *Psychological Bulletin* , 132 (6), 959-992.
- Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). (2011). Rol de la psicoterapia individual/grupal a un programa de rehabilitación para niños damnificados por desastres. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* .
- Vázquez, C., & Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, Trauma y Resistencia. *Ansiedad y Estrés* , 9 (2-3), 231-254.
- *Word Reference.* (s.f.). Recuperado el 2016, de <http://www.wordreference.com/>

Anexo

Cuestionario para Investigación del Doctorado en Psicología,
A.P.A./U.S.A.L.

TEMA: PRÁCTICA CLÍNICA

Se torna imprescindible para responder la misma, ver o haber visto recientemente el film: "BABEL", de Alejandro Gonzalez Iñárritu.

CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO

Mediante la presente comunicación dejo constancia de haber comprendido que el objetivo de este estudio es revisar algunas concepciones que atañen a la singularidad y a la práctica clínica, desde abordajes psicodinámicos. Esta investigación es realizada por Néstor Tamburini, doctorando en Psicología, de la Universidad del Salvador.

E-mail: nestortamburini.psi@gmail.com

Entiendo que:

- Mi participación en esta investigación es voluntaria, así como la decisión de dar por terminada mi participación en cualquier momento;
- Tengo el derecho de revocar esta autorización así como mi participación en la investigación, en cualquier momento, sin que ello conlleve algún tipo de consecuencias negativas a mi persona.
- La información que suministre al investigador será utilizada únicamente y exclusivamente con fines académicos;
- El investigador me ha garantizado confidencialidad relacionada tanto a mi identidad como a cualquier información relacionada con mi persona;
- Mi participación en dicho estudio no implica riesgo, ni inconveniente alguno para mi salud.
- No seré remunerado por brindar la información.
- Los resultados del estudio me serán mostrados oportunamente si así los solicito.
- Autorizo la utilización de la información aquí relevada a los fines de la investigación planteada;
- Autorizo la utilización con fines docentes y la publicación con fines científicos de los datos y de los resultados obtenidos durante la investigación.

- 1- ¿Cuál es su profesión?
- 2- ¿Desde cuándo y dónde realiza o realizó la práctica clínica?
- 3- ¿En forma pública, privada o ambas?
- 4- ¿Dentro del área clínica de la salud mental, cuál es su marco teórico de referencia?
- 5- ¿Coincide éste marco teórico, con su praxis?
- 6- Si tuviera que expresar el diagnóstico de un sujeto que asistió a su consulta (institucional o privada), ante un pedido de informe judicial, en base a qué modelo teórico lo haría, que le permitiera fundamentarlo con posterioridad?. Indique libro de referencia por favor.
- 7- El modelo teórico elegido, ¿es acorde con su formación y su modo de pensar al sujeto?

Muy bien, ya completó el 25% de la encuesta!

8- ¿Si uno de los miembros de la pareja protagónica del film (Brad Pitt o C. Blanchette), concurriera a su consultorio, unos meses después ¿cómo calificaría Ud. a la situación por ellos vivida? Por favor, marque con una x la que considere pertinente

- a- Difícil
- b- Terrible
- c- Dramática
- d- Traumática
- e- Disruptiva
- f- Otra
- g-¿Cuál?

9- ¿Cómo calificaría al proceso psíquico en cuestión, tomando en cuenta lo visualizado en el film?

- a- Duelo
- b- Estrés
- b- Traumático
- c- Resiliente
- d- Otro
- e-¿Cuál?

10- Si Ud. tuviera que elaborar un informe solicitado por un Juez de la Nación, en el cual se le solicita un diagnóstico, relacionado con el motivo de consulta, del personaje elegido anteriormente:

¿Cuál utilizaría? y ¿por qué?

11- ¿Encuentra a algún personaje del film, atravesado por lo traumático?, si respondió **SI**, por favor, indique que fue lo que determinó su conclusión, y cuales son las manifestaciones que toma en cuenta, para su conclusión.

12- Si este informe no estuviera mediado por el pedido de un Juez, y sólo fuera para formar parte de la documentación clínica de su paciente, utilizaría el mismo diagnóstico? o ¿tal vez lo expresaría de otra manera?

13- ¿Su modelo de trabajo, contempla la singularidad del sujeto, es decir la subjetividad del mismo? o ¿se basa en modelos causales, más del estilo estímulo respuesta, como por ej. el DSM o conductista?

14-¿Que cree Ud. que caracteriza lo singular de un sujeto?

Buen trabajo, ya completó el 50% de la encuesta!!

15- ¿Considera que las clasificaciones del Manual Diagnóstico y estadístico de Salud Mental - DSM- priorizan la singularidad del sujeto?

16-¿Conoce la categoría T.E.P.T. de alguno de los DSM?

17- ¿En su práctica clínica, utiliza la expresión:¿"estrés post-traumático"?

18- ¿Utilizaría este diagnóstico para algún personaje del film?

19- ¿Utiliza la expresión situación traumática para referirse a eventos, acontecimientos o sucesos, que alteran y/o amenazan la integridad psico-física de un sujeto? Si su respuesta fuera **SI**, ¿podría mencionar alguna/s del film?

20- ¿Cómo define Ud. el concepto "trauma"?

21- ¿Existe alguna diferencia entre los conceptos "traumático" y "disruptivo", o podría usarlos indistintamente?

22- ¿Cual es el tratamiento indicado en primera instancia, a su criterio para alguien que atravesó una Situación Límite, donde su vida estuvo en alto riesgo, y presenta sintomatología aguda?. Marque con una cruz

- a- Psicoterapia
- b- Farmacológico
- c- Combinado

¿Cuál?
¿Con qué?

Ya casi completa todo el cuestionario!! Llegó al 75%

23- ¿Considera que existen situaciones que en sí mismas son traumáticas?

24- Frente a un impacto de bala recibido en la zona del cuello donde se produce el de la protagonista, ¿Qué le asignaría la cualidad de traumático? (marque con una x lo que corresponda):

- el disparo
- la bala
- la rotura del tejido y las arterias
- la situación de los niños:
 - a- al disparar
 - b- al ser descubiertos por la policía
 - c- al contemplar la muerte de su

hermano

- el miedo de la protagonista a no volver a encontrarse con sus hijos
- Ninguno
- Otro. ¿Cual?

25- En la tabla a continuación, Ud. observará una serie de CONCEPTOS. Deberá marcar con una X, en que registro los ubica según sea: Fáctico, Psíquico o ambos, si lo considera. Utilice su criterio, según lo que para Ud. es fáctico y lo que es psíquico.

	FÁCTICO	PSÍQUICO
CONCEPTOS		
Situación		
Amor		
Vivencia		
Endorfina		
Lo traumático		
Materia gris		
Lo disruptivo		
Lo ominoso		
Inhibición		
Adrenalina		
Acontecimiento		
Estrés		

26- Marque con una X, lo que corresponda
Considera lo traumático como:

- Una situación en si misma
- Una vivencia
- Ambos
- Otro ¿Cuál?

El 100% fue completado, su aporte es muy valioso para esta investigación!!

Muchas gracias por su colaboración
Lic. Néstor Tamburini - Septiembre 2015 -
nestortamburini.psi@gmail.com

SINOPSIS, “B A B E L”

Por: Alejandro González Iñárritu

"Cuando hablamos de la frontera, nos referimos a ella solamente como un lugar, en vez de hacerlo como una idea. Yo creo que las verdaderas fronteras son aquéllas que llevamos dentro de nosotros mismos."

- Alejandro González Iñárritu

En BABEL, un incidente trágico que sucede en Marruecos, en el cual se ve implicada una pareja estadounidense, desencadena una serie de acontecimientos para cuatro familias en diferentes países a lo largo del mundo. Relacionados por las circunstancias, pero separados por su continente, cultura e idioma, cada personaje descubre que, al final, es la familia la que brinda el consuelo.

En las arenas remotas del desierto de Marruecos se escucha el disparo de un rifle que detona una serie de acontecimientos que relacionarán la lucha desesperada de una pareja estadounidense por sobrevivir, con la de dos niños de Marruecos involucrados en un crimen que se produjo por accidente, con la de una niñera que está cruzando la frontera ilegalmente hacia México con dos niños estadounidenses y con la de una adolescente japonesa, rebelde y sorda, cuyo padre es buscado por la policía en Tokio. Sin embargo, aún cuando los separan culturas tan opuestas y distancias tan marcadas, cada uno de estos grupos tan distintos de personas se acerca a toda velocidad hacia un destino compartido de aislamiento y tristeza profunda.

En tan solo unos cuantos días, cada uno de ellos enfrentará la terrible sensación de encontrarse profundamente perdido, perdidos en el desierto, perdidos para el mundo, perdidos ante sí mismos, mientras son empujados hasta el punto más extremo de la confusión y el miedo, así como a las más grandes profundidades de la conexión y del amor.

En esta cautivadora y emotiva película, filmada en tres continentes y en cuatro idiomas, que atraviesa tanto lo profundamente personal como lo explosivamente político, el aclamado director Alejandro González Iñárritu (21 GRAMOS, AMORES PERROS), explora con un realismo devastador la naturaleza de las barreras que parecen separar a la humanidad. Al hacerlo, evoca el histórico concepto de BABEL y cuestiona sus implicaciones en la vida moderna: las identidades equivocadas, los malentendidos y las oportunidades perdidas de comunicación que, aunque a menudo no son visibles, son las que dirigen nuestras vidas en esta época.

Brad Pitt, Cate Blanchett, Gael García Bernal, Kôji Yakusho, Adriana Barraza y Rinko Kikuchi encabezan a un conjunto internacional de actores profesionales y a otros que no son profesionales de Marruecos, Tijuana y Tokio, lo cual enriquece el que BABEL tome la diversidad cultural y realce sus poderosas observaciones acerca de los lazos y las fronteras culturales.

