

Luis Gonçalvez Boggio

Trauma y pandemia

Efectos psicosociales e intervenciones clínicas

Prólogos

Rafael Radi

Jayne Panerai Alves

Posdata

Joaquín Rodríguez Nebot

© Luis Gonçalvez Boggio

Psicolibros Universitario
Tristán Narvaja 1613
24036628 / 099689355
psicolibrosu@gmail.com

Tapa: La gran ola de Kanagawa del japonés Katsushika Hokusai (1830) en la revisión de la ilustradora inglesa Nic Mac (2020).

Foto solapa: Jacqueline Bertalmio
Fotos interior: Lic. Psic. Ivanna Madruga

Diseño editorial: Patricia Carretto

Quedan prohibidos, dentro de los límites establecidos en la ley y bajo los apercibimientos legales previstos, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, ya sea electrónico o mecánico, el tratamiento informático, el alquiler o cualquier forma de cesión de la obra sin la autorización previa y por escrito del titular del *copyright*.

ISBN 978-9915-40-335-9

Queda hecho el depósito que marca la ley
Impreso en xxxxxxxxx, febrero 2021

Índice

Glosario de siglas y acrónimos usados en el libro	7
Prólogos	9
Capítulo 1. Trauma y pandemia	
1.1 El trauma: entre la violencia y la resiliencia	17
1.1.1 La psicotraumatización.....	17
1.1.2 Los primeros auxilios emocionales	26
1.1.3 Lo disruptivo	39
1.1.4 Lo paradójal	52
1.1.5 El tiempo de la pandemia	56
1.2 El trauma y los efectos psicosociales de la pandemia	58
1.2.1 El poder transformador de los afectos. Lidiando con el miedo y la incertidumbre	58
1.2.2 Trauma, fobias y confinamiento	68
1.2.3 Ataques de pánico	72
1.3 Trauma, pandemia y estructuras de carácter	78
1.3.1 Esquizoides	79
1.3.2 Orales–depresivos.....	80
1.3.3 Orales–ansiosos.....	81
1.3.4 Narcisistas	81

1.3.5 Psicopáticos	82
1.3.6 Masoquistas	83
1.3.7 Obsesivos-compulsivos.....	84
1.3.8 Histéricos	84
Capítulo 2. Intervenciones clínicas	
2.1 Ventajas y limitaciones de la psicoterapia <i>on line</i>	87
2.2 La psicotraumatología contemporánea.....	97
2.2.1 El protocolo EMDR+ET	97
2.2.2 El protocolo EMDR+ET <i>on line</i>	100
2.3 La teoría polivagal.....	113
2.3.1 Reprogramando el SNA desde el enfoque polivagal	113
2.3.2 Los mapas del SNA.....	121
2.4 La psicoterapia corporal: un camino vibrante hacia la salud y un camino hacia la salud vibrante	130
2.4.1 Ejercicios para la liberación del estrés y del trauma	130
2.4.2 ¿Porqué temblamos?.....	132
2.4.3 Las vibraciones en las psicoterapias corporales	134
2.4.4 Los temblores neurogénicos como herramienta terapéutica...	135
2.4.5 Beneficios de TRE.....	141
2.5 Casos clínicos	142
Capítulo 3. El futuro post pandemia	147
Posdata. <i>Post scriptum</i>. Bienvenidos al siglo XXI	161
Referencias bibliográficas	167

Glosario de siglas y acrónimos usados en el libro

COVID-19: *Coronavirus disease 2019 (SARS-CoV-2)*¹

EMDR: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*

EMDR+ET: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing & Energy Techniques*

OMS: Organización Mundial de la Salud

SNA: sistema nervioso autónomo

TEPT: trastorno por estrés postraumático

TPV: teoría polivagal

TRE: *Traumatic Releasing Exercises*

¹ En todo el texto se usó el artículo masculino al preceder y nominar al COVID-19 ya que se hizo mayor relevancia en el patógeno en sí (virus) que en la enfermedad (*disease*).

Prólogos

La pandemia de COVID-19 disparó un esfuerzo a velocidades inusitadas de los sistemas sanitarios y científicos a nivel mundial, con el objetivo de contener y mitigar la transmisión de una enfermedad de origen viral y su impacto sobre las personas.

Las dimensiones biológicas, epidemiológicas y médicas de esta enfermedad infecciosa han sido ampliamente abordadas y comunicadas desde el inicio de la pandemia, en función de la información acumulada tanto en los foros profesionales como a la población en general.

En el tiempo transcurrido importantes avances en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y en el desarrollo de vacunas han sido establecidos. Sin embargo, el impacto de los abordajes tomados a escala planetaria para impedir el contagio, y que incluyen medidas de intervención no farmacológica, disminución de la interacción social y cuarentenas sobre la salud mental, el comportamiento social y, en general, el sistema de valores, ha sido escasamente analizado, discutido y evaluado.

Más allá del control sanitario del fenómeno infecto-contagioso, que posiblemente el proceso de vacunación producirá en un par de años, resulta claro que la pandemia generará efectos persistentes a nivel psicológico y social, en el país y en el mundo.

En este último sentido, este libro recorre temas centrales, con enfoques que incluyen tanto elementos de experiencia clínica como científicos y

filosóficos, que contribuyen a establecer el impacto de la pandemia COVID-19 a nivel de nuestra psiquis y funcionamiento social.

La obra nos cuestiona e interroga acerca de como las experiencias traumáticas vividas por miles de millones de humanos influirán en los próximos años, no solo en nuestra salud mental y vida de relación en sociedad, sino en temas tales como la democracia, la libertad y los derechos humanos. Todos estos fenómenos se desarrollan en el curso de la pandemia en el marco de una fuerte expansión de las tecnologías de la información y comunicación: estas cambian el tono y el tenor de nuestras interacciones sociales y, en particular, han ganado mucho terreno en las actuales circunstancias en el ámbito educativo y laboral.

Considero que el aporte del Mag. Luis Gonçalvez Boggio, escrito en un lenguaje ameno y sin perder la rigurosidad técnica, representa una obra de gran interés para la reflexión sobre los impactos psico-sociales que la pandemia COVID-19 está dejando a nivel nacional y global. Su lectura nos convoca a la necesaria y urgente acción sobre estos impactos y nos permite divisar desafíos a nivel individual y colectivo que deberán asumirse para transformar el trauma pandémico en una posibilidad post-pandémica para la construcción de un mejor futuro para la humanidad.

Prof. Dr. Rafael Radi²

2 Rafael Radi es Doctor en Medicina. Presidente de la Academia Nacional de Ciencias del Uruguay. Profesor Titular Gdo. V del Departamento de Bioquímica de la Facultad de Medicina de la UDELAR y Director del Centro de Investigaciones Biomédicas de la UDELAR, donde lidera un grupo interdisciplinario y multinstitucional que reúne investigadores y proyectos en áreas de conocimiento de la química, bioquímica, biología celular, fisiopatología y farmacología. Es también el primer uruguayo nombrado por la *National Academy of Sciences* de EEUU como científico extranjero asociado a la organización, lugar que ocupa desde 2015 junto a otros 20 científicos que dirigen grupos de investigación fuera de EEUU. Se ha desempeñado como Profesor Visitante en decenas de universidades del mundo y ha recibido numerosos premios y distinciones internacionales (Doctor Honoris Causa) en diversas universidades y asociaciones científicas. Desde abril del 2020 es el Coordinador del Grupo Asesor Científico Honorario (GACH) del gobierno nacional para el control de la epidemia de COVID-19.

Las nubes de esta época son oscuras y densas. Pero existen espacios abiertos que muestran pedazos del cielo. Aquí, en la tierra, existen personas que son análogas a este cielo azul. Ellas muestran la perennidad de la bóveda celeste por detrás de la densidad de las nubes.

Esta Obra y Luis Gonçalvez Boggio, su autor, traducen una sensibilidad y profundidad, que beneficiará a las personas. Ella, la Obra es el cielo más allá de las nubes.

Así como el tiempo, Cronos, que inexorablemente afecta a todos los seres vivos, la pandemia es como un *oximoron* que nos trae profundas reflexiones sobre el existir y la travesía en este periodo.

Muchos miedos e incertezas tocan la densa fragilidad de los seres humanos: el miedo de perder personas, el miedo a perder el trabajo, el miedo a la muerte, un sinfín de amenazas se ciernen sobre nosotros, en el contexto de la pandemia. La inseguridad, en relación a esas amenazas y al futuro, despertó, por el contrario, la importancia de los afectos y de las redes afectivas.

El confinamiento trajo una mirada interna que inexorablemente pasó a acontecer como un movimiento espontáneo, ya que nos fue quitada compulsivamente la libertad de ir y venir, generadora (a su vez) de tantas distracciones y superficialidad.

En esta situación de múltiples cuarentenas, los meses fueron pasando y las reacciones internas se fueron exasperando. Así, los tipos de caracteres que Alexander Lowen nos legó con la teoría del Análisis Bioenergético comenzaron a manifestarse, en el tedioso pasar de los días interminables, y se exasperaron con el confinamiento en apartamentos pequeños sin po-

sibilidades de mayor espacio vital, o en las casas precarias y aisladas de los barrios periféricos.

Surge entonces, como alternativa clínica, la necesidad de atender a los pacientes en formato *on line* y con ello sucede todo un cambio de perspectiva de una forma secular de la psicoterapia.

A través de las pantallas las historias de vida de los pacientes fueron revisadas y revisitadas. Muchas veces con una intensidad y una profundidad sorprendentes.

Los psicoterapeutas pasaron a ser el ambiente seguro, en una novedosa forma *on line*. Y allí las distancias inimaginables devinieron próximas, y las emociones y sentimientos pudieron ser vivenciados y expresados.

Stephen Porges, uno de los científicos estadounidenses más reconocidos y premiados, desarrolla en este periodo su teoría polivagal (TPV) que estudia los 12 nervios craneales: el décimo nervio es el nervio vago. Responsable del compromiso y de la conexión social, el nervio vago le da la posibilidad al organismo, a través de comunicaciones abiertas, hospitalarias y acogedoras de los ambientes seguros, de relajarse espontáneamente y ser su esencia, sin tener que defenderse o sentirse amenazado.

La psicoterapia corporal, en este periodo, le transmitió a las personas, ahora también de forma remota (*on line*) la posibilidad de que los cuerpos puedan mantenerse vivos y vitales en el contexto de la pandemia. El libre flujo de energía puede circular por los cuerpos, muchas veces en espacios mínimos, promoviendo la salud corporal y emocional.

Wilhelm Reich, precursor de las actividades corporales en el ejercicio clínico de la psicoterapia, percibió (en su intensa investigación científica) que cuando las células y los tejidos del cuerpo vibran transmiten y generan salud. Un organismo que vibra está siempre más próximo de la salud que un organismo bloqueado, con su energía estancada y con ausencia de vibraciones.

Alexander Lowen amplificó este concepto y esta visión, promoviendo el *grounding* a través de posturas de tensión y ejercicios de enraizamiento, que tienen como objetivo el permitir que el organismo vibre. Siendo ésta una riqueza singular del Análisis Bioenergético y de otros abordajes corporales.

David Bercei, con su formación en este abordaje, recibió una inspiración, que considero divina y desarrolló un método llamado TRE, o Ejercicios de Liberación del Trauma. TRE es una secuencia de movimientos y posturas que permite que el organismo se desbloquee a través de temblores neurogénicos, trayendo memorias y contenidos quizás primordiales de nuestra vida, anclados en nuestro cuerpo.

Derivado de hechos traumáticos o de situaciones estresantes agudas o crónicas, la energía vital tiene la imposibilidad de circular libremente por nuestro cuerpo, ligándose en acorazamientos musculares. Para que esa energía-ligada se transforme en energía-libre usamos los ejercicios de TRE, que promueven el alivio (el equilibrio entre la tensión y la relajación, y entre la carga y la descarga energética), recuperando nuestro cuerpo vitalidad y aumentando la sensibilidad a las sensaciones corporales y a los afectos bloqueados por el estrés y el trauma.

Todos estos contenidos son vibrantemente presentados en esta Obra, que fue concebida como una linda pieza de Arte, elaborada con la sutileza mejorada de la inteligencia de un académico y científico que, atento y en resonancia con el Tiempo del aquí y ahora, nos presenta sus reflexiones y estudios sintonizados con este momento del planeta.

Este rol de observador atento, profundo y sensible para aprehender lo que sucede a nuestro alrededor como una antena de este Tiempo, nos permite entregarle a Luis Gonçalvez Boggio toda nuestra confianza para sentirnos en la lectura de estas páginas en un lugar confiable y en un ambiente seguro.

Uruguay, lugar planetario símbolo de valentía, tiene en el autor de estos capítulos que siguen, un representante digno e íntegro de los estudios y las pesquisas que buscan elevar la capacidad creativa y la escritura de los autores de nuestra América Latina.

Jayme Panerai Alves³

³ Jayme Panerai Alves es psicólogo y psicoterapeuta. Especialista en psicología clínica y en psicología organizacional, es CBT (*Certified Bioenergetic Therapist*) e International Trainer del IIBA (*International Institute for Bioenergetic Analysis*). Es Director de Libertas (Clínica e Centro de Pesquisa e Pósgraduação; Recife, Brasil) y ex presidente de la FLAAB (Federación Latino-Americana de Análisis Bioenergético). Es autor de varios libros, entre ellos: "O corpo nos grupos. Experiências em Análise Bioenergética" (Libertas, 2004), escrito junto a su querida compañera de vida Grace Wanderley de B. Correia.

Capítulo 1

Trauma y pandemia

El presente libro fue escrito durante el mes de enero de 2021.

Es el resultado de las sistematizaciones clínicas y de las reflexiones metodológicas, éticas y sociales que realicé durante 2020; año que quedará grabado en la memoria colectiva.

Por primera vez en treinta años del ejercicio psicoterapéutico trabajamos en el contexto de una pandemia, obligándonos a combinar la modalidad *on line* con la presencial.

Durante todo el 2020 me tocó atender pacientes y supervisar colegas de 18 países (Alemania, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, EEUU, Ecuador, España, Israel, México, Panamá, Perú, Portugal, Noruega, Suecia, Venezuela, y por supuesto Uruguay). En distintos seminarios de formación y congresos internacionales *on line* expuse las herramientas clínicas que fuimos desarrollando en el TEAB (Taller de Estudios en Análisis Bioenergético; www.clinicabioenergetica.org) y en el programa de Psicoterapias de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR) para lidiar con el trauma de la pandemia, tanto en los primeros auxilios emocionales de la vida cotidiana, como en la intervención especializada en el ejercicio de la psicoterapia.

Uno de los objetivos del libro es sistematizar la información actualizada de aquellas técnicas que hemos desarrollado en protocolos integrativos,

para lidiar con los efectos del aislamiento y del confinamiento de la pandemia en nuestra salud mental. La pandemia, desde los inicios, cambió nuestros equilibrios cotidianos y nuestra homeostasis neurovegetativa. Produjo desarreglos energéticos, desbordes emocionales, síntomas de ansiedad y de depresión, reactivación de síntomas postraumáticos, y trastornos basales del sueño y de la sexualidad.

Un gran aprendizaje de la pandemia fue el poder construir, entre los colegas especializados en el abordaje del trauma del mundo entero, espacios seguros y confiables para intercambiar quehaceres, conocimientos y prácticas, para así poder trabajar con mayor seguridad y consistencia. Constatamos la enorme necesidad de intercambiar sobre nuestros aprendizajes, hablar sobre nuestros aciertos y errores, sobre el estrés de tener que adaptar nuestras metodologías para trabajar *on line*, sobre el desgaste por empatía y sobre nuestro cansancio.

El poder compartir qué nos funcionó y qué no funcionó en la readaptación que tuvimos que hacer de nuestros encuadres y de nuestras técnicas en esta contingencia sanitaria, fue más que necesario en los comienzos de la pandemia. Y a medida que fue transcurriendo el año también fue necesario compartir qué pudimos crear en el orden de lo novedoso, qué logramos sistematizar metodológicamente, qué de lo previamente sistematizado tuvimos que flexibilizar y readaptar; cuáles de nuestras técnicas pudieron ser usadas, con qué tipo de pacientes y con cuáles no, discriminando cada caso en particular, en función de los beneficios y de la seguridad con la que pudimos trabajar en este nuevo contexto virtual o combinado la presencialidad con sesiones *on line*.

Otro de los objetivos del libro es reflexionar sobre un eventual futuro post pandemia.

Entre el trauma y la resiliencia de cada uno de los esfuerzos individuales y colectivos que constatamos en el ejercicio clínico, el futuro post pandemia no es un imaginario del futuro en el vacío, sino la puesta en acto de la

tensión entre un futuro deseado y un futuro padecido, en las condiciones particulares de un presente cargado de incertidumbres e incertezas.

La pandemia es un acontecimiento (Agamben, 2020). Aquella sociedad cansada que se consumía a sí misma en ciclos de actividades laborales, educativas y de ocio se desaceleró brusca y notoriamente. Si el estado de cansancio absoluto fue cambiado por un estado de expectación imperiosa en nuestros cuerpos, los discursos institucionales se vieron rebasados, los políticos cedieron lugar a los expertos y la maquinaria del mundo pareció, por momentos, colapsar.

Dentro de nosotros, en la intimidad de las subjetividades contemporáneas, se produjo un conflicto no menor. En el curso de la pandemia, las autoridades políticas y científicas señalaron a las personas como el agente más decisivo para detener el contagio. El confinamiento universal (*#stayathome #quedateencasa*), el funcionamiento por medio de burbujas, la disminución de los contactos y del movimiento, es entendido, aun en estos días, como el más vital ejercicio de ciudadanía. Pese a que aparentemente el confinamiento nos ha aislado a los unos de los otros, lo estamos viviendo juntos. El virus se muestra paradójico: nos sitúa en un plano de relativa igualdad en un mundo en donde aumentan radicalmente las distintas diferencias sociales. De algún modo el virus rescata de nuestra desmemoria el concepto de género humano y la noción de lo común.

1.1 EL TRAUMA: ENTRE LA VIOLENCIA Y LA RESILIENCIA

1.1.1 La psicotraumatización

Es la primera vez en la historia que acontece que toda la humanidad está viviendo una misma situación traumatogénica, potencialmente traumática.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), anteriores a la pandemia, estimaban que 500 millones de personas en el mundo vivían con trastorno por estrés postraumático (TEPT), lo que es equivalente a toda la población europea.

El impacto causado por un suceso traumatogénico como la pandemia no sólo afecta a nuestro sentido básico de seguridad y a nuestra confianza en la vida, sino que puede desencadenar importantes reacciones físicas y emocionales. Estas reacciones pueden ser consideradas como normales cuando se presentan como consecuencia inmediata de sucesos impactantes y durante un espacio de tiempo limitado.

Una situación traumatogénica (un evento disruptivo y paradójico, un acontecimiento caótico, desbordante y desestabilizador) deviene traumático cuando, en un segundo momento, no consigue ser integrado en la historia del sujeto.

Uno de los desencadenantes del presente libro es la constatación que, tanto en nuestro país como a nivel internacional, se ha escrito mucho y ha habido múltiples discursos desde el enfoque médico, biológico, epidemiológico y virológico de la pandemia, pero poco sobre sus efectos psicosociales.

- ¿Qué pasó y qué pasará con la salud mental en la post pandemia?
- ¿Existirá una brecha en el tratamiento a nivel poblacional?
- ¿Qué podemos hacer los psicólogos clínicos, en general, y los psicoterapeutas corporales, en particular, para que la mayor cantidad de personas traumatizadas puedan recibir ayuda especializada?
- ¿Los psicólogos clínicos deberemos pensar en qué contexto geopolítico se da esta pandemia?
- ¿Se podrá prescindir del análisis político a la hora de trabajar clínicamente con el trauma en la pandemia, para no naturalizar lo que viene ya instituido desde la OMS?

- ¿Cuán alejado de la salud está el concepto de “nueva normalidad” que se ha instituido a través de la narrativa de la OMS, en una agenda política omnipresente en todos los países?
- ¿La “nueva normalidad” implicará la imposición de lo tecnológico sobre lo vital?
- ¿El aumento del control sanitario a través de panópticos digitales (Han, 2014a, 2014b) y de la policía sanitaria derivará en nuevas políticas sanitarias invasivas e intrusivas que tendrán como consecuencia la disminución de las posibilidades de encuentros y de la movilidad de las personas?
- ¿Qué implicará trabajar como psicoterapeutas, en una “nueva normalidad”, en el contexto de un “capitalismo de vigilancia” (Zuboff, 2020)?
- ¿La migración al *e-learning* y al *e-working* implicará nuevas modalidades de esclavitud y de deshumanización del ejercicio clínico y del acto pedagógico?
- ¿En el pasaje de lo presencial a lo virtual, se gestará una “guerra invisible” que pondrá en juego el futuro de la psicoterapia? ¿Prevalecerán los manuales, los algoritmos y los autómatas? ¿O podremos preservar la centralidad de las relaciones humanas y el contacto cara a cara en el ejercicio clínico *on line*?

Si bien se desconoce el número de personas que van a sufrir traumáticamente la pandemia, y es incierto el número de personas que van a demandar atención en el desarrollo y a posteriori de la misma, tenemos la certeza de que los psicoterapeutas tuvimos y tendremos que seguir adaptando nuestros dispositivos de atención clínica.

La calidad de la formación de un colectivo psi, cada vez más numeroso en nuestro país, determinará los tipos de atención disponibles para que las personas traumatizadas por la pandemia demanden una atención clínica psicológica.

En los sistemas de salud norteamericanos hace años se está gestando una guerra que puede poner en juego el futuro de la psicoterapia. En una clara decisión, esencialmente empresarial, se está tratando de interrumpir y deshumanizar la definición misma de lo que es la psicoterapia.

¿Para que necesitan los seguros médicos de la persona de un psicoterapeuta con X años de formación para atender a sus usuarios, cuando se puede tener un *chatbot* “bien entrenado” para proporcionar terapias, especialmente de la línea cognitivo-conductual, que pueden hacerlo a partir de manuales más o menos sistematizados y/o actualizados?

Estas estrategias empresariales, cuyo objetivo central es la cantidad de ganancia de capital y no necesariamente la calidad de la atención, pueden colarse fácilmente en las instituciones de salud a través de los servicios gratuitos de atención telefónica, en donde prevalecerán colegas no necesariamente especializados, trabajando con manuales y plataformas de *chatbot*.

Si el nuevo desarrollo de cuerpos terminales en red avanza (Latour, 2013) vamos a tener que luchar porque la psicoterapia sea una práctica profesional cada vez más enfocada en el poder curativo de las relaciones humanas.

En un futuro post pandemia en el ejercicio de la psicoterapia ¿podremos preservar la centralidad de las relaciones humanas únicas y singulares frente al avance de los algoritmos?

En la pandemia tanto la clase política y las autoridades sanitarias, como los medios de comunicación masiva hicieron hincapié en la prevención del contagio para evitar un eventual colapso del sistema sanitario médico. Sin embargo, en dichos discursos, se ha desconocido y dejado de lado que:

- a) las consultas de las problemáticas de salud mental, en toda Latinoamérica, representan un cuarto de los motivos de consulta en salud de la población en general,
- b) los efectos psicológicos y psicosociales serán las secuelas más importantes que dejará la pandemia.

La demanda de atención en salud mental (de psicología clínica, de psicoterapia, de psico-información, de atención en crisis, de trabajo con los equipos, etc.) no ha sido acompañada de un presupuesto proporcional en los distintos ministerios de salud pública de la región. Las problemáticas más frecuentes en la consulta psicológica son cuadros de estrés, de ansiedad, de depresión y, últimamente también, de consumo problemático de sustancias. No debemos sorprendernos si en la pandemia se multiplica la demanda de atención en relación con estas problemáticas. La incertidumbre y la incerteza de esta situación de emergencia generará un aumento del estrés, de la ansiedad, de los miedos y de las angustias, y sus consabidos duelos.

La pandemia, de por sí, es un tiempo de duelos. Además de asustados, desconcertados y confinados, estamos de duelo. Lo sepamos o no, lo queramos o no. Todos hemos perdido algo, más grande o más pequeño. Por supuesto, la peor de esas pérdidas es la muerte de un ser querido. A comienzos del 2021 se han superado ya los dos millones de muertes por/con COVID-19. Uno de los escenarios distintos que vimos en algunos países que intervinimos es el de los duelos en familias que no pudieron despedirse adecuadamente de sus muertos por COVID-19. Si bien todos, en algún momento, hemos experimentado la muerte de un ser querido, los fallecidos por/con COVID-19 han tenido muertes repentinas y solitarias, que aumentaron el padecimiento y la fantasía dolorosa del proceso de morir institucionalizado en soledad. En muchos casos se han perdido los rituales que permiten comenzar a simbolizar la pérdida. Los abrazos, la compañía, el hecho de velar según las costumbres religiosas o familiares,

todo esos actos resultan fundamentales para la elaboración de los duelos. Probablemente una de las secuelas de la pandemia será el trabajar esos duelos que, a falta de ritos, se volverán traumáticos. Como psicoterapeutas deberemos encontrar la forma de ayudar a quienes los estén sufriendo.

Otra de las secuelas importantes será la imposibilidad de parar la angustia que irá creciendo a medida que se expanda el virus, ya que esta expansión generará una crisis económica con profundos efectos psicosociales. Aunque suene raro, la única forma que tendremos de enfrentar la angustia es compartiéndola: poniéndola en palabras y expresándola emocionalmente.

¿Nuestro sistema de salud está preparado para una epidemia de trastornos mentales? ¿Qué va a hacer el Estado en un contexto creciente de personas estresadas, ansiosas, deprimidas y traumatizadas por la crisis social derivada de la pandemia, en lo que se ha denominado en llamar la cuarta ola?

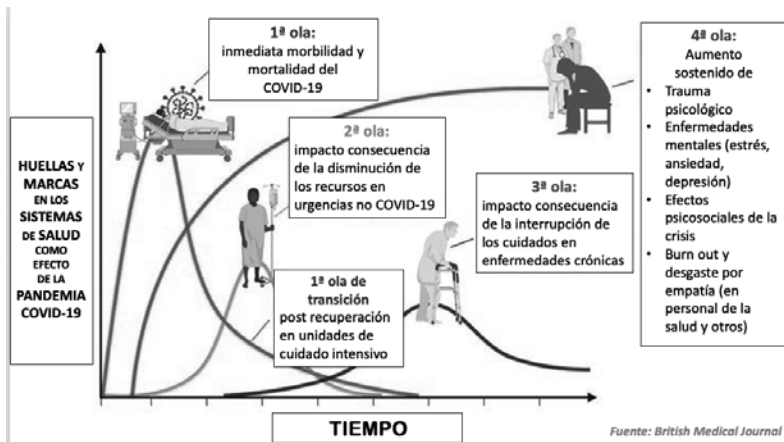


Figura 1

En este contexto, casi surrealista y de ciencia ficción de distanciamiento social mediado por el alcohol en gel y las soluciones de hipoclorito, no nos llamaría la atención si el Estado, nuevamente, “se lavase las manos” con relación a la salud mental. Estamos frente a una posibilidad histórica de repensar nuestras estrategias de accesibilidad y asistencia de la población a sus problemas de salud mental.

Luego de que el 13 de marzo de 2020 se presentaron los primeros 4 casos de infección por COVID-19 en nuestro país, rápidamente el gobierno uruguayo declaró a la nación en estado de emergencia sanitaria por causa del virus. Un mes después se instrumentó una línea telefónica de apoyo emocional frente al COVID-19 (0800 1920). El desarrollo y la implementación del proyecto está a cargo del MSP, de ASSE y del voluntariado Juntos. El servicio, dirigido por el Dr. Pablo Fielitz y coordinado por la Lic. Psic. Jimena Piriz Contreras, se instaló de modo que estuviera disponible de manera gratuita las 24 horas, todos los días de la semana, y fue destinado a toda la población que se sintiera afectada por la pandemia en su salud mental. La atención es realizada por 150 licenciados en Psicología y 16 supervisores (profesionales de mayor experiencia clínica), de carácter voluntario (Bernardi, et al., 2020).

La solución a los efectos psicosociales de la pandemia tampoco pasa por el aumento del consumo de psicofármacos (especialmente de antidepresivos, hipnóticos y/o ansiolíticos). Tal como la plantea A. Ehrenberg (2000) debemos tratar de entender porqué frente a problemáticas cotidianas estresantes y/o traumáticas se genera la ilusión social de que determinadas sustancias nos liberarán del sufrimiento psíquico.

Por cada persona afectada por una situación traumática, hay una cadena de sufrimiento psíquico que abarca no solo a los damnificados directos, sus familiares, amigos y redes, sino también a todos los profesionales intervinientes.

¿Cuántos psicólogos y psicoterapeutas se necesitan para trabajar con las personas afectadas por la pandemia, si por cada uno de ellos hay más de 100 afectados, directa e indirectamente?

Tenemos que tomar en cuenta que la psicotraumatización puede ser primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria (Torres–Godoy, 2020).

La psicotraumatización primaria es la que le ocurre directamente a la víctima.

La secundaria le ocurre al testigo; es indirecta y contingente, afecta a quien a través de sus sentidos, ve, escucha o siente la traumatización ocurrida a otra persona.

La traumatización terciaria es indirecta y puede ser diferida, en un continuo que dependerá del tiempo que tomará la atención de urgencia para la víctima primaria o secundaria. Es diferente si atendemos a un paciente cuyo trauma ocurrió en las últimas 24 horas, que otro que nos relatará un acontecimiento ocurrido hace dos semanas, un mes o años. Este tipo de traumatización es la que afecta a la familia de la víctima y a su unidad social más cercana (amigos, vecinos, comunidad). Incluimos como traumatización terciaria al trauma vicario, que es el desgaste y el impacto acumulativo derivado de la práctica profesional, al exponerse al relato de los sucesos traumáticos de las víctimas primarias. La traumatización vicaria (*vicarious traumatization*) fue descrita por McCann y Pearlman en 1990 para referirse a los síntomas traumáticos sufridos por los profesionales que integran equipos que trabajan con víctimas que sufren violencia extrema (violaciones, torturas y diversos tipos de vejámenes, asaltos con violencia, desmembramientos en guerras o accidentes). Al igual que el desgaste por empatía (*compassion fatigue*), descrito por Charles Figley en 1995, implica el ser testigo de los sucesos traumáticos por un tiempo prolongado en el ejercicio profesional (Gonçalves Boggio, 2008).

La traumatización cuaternaria es indirecta y diferida; se produce en la intersección de los medios masivos de comunicación y la comunidad. Los medios de comunicación de masas producen un impacto en la sociedad, globalizando la información y las noticias, generando una distancia, más o menos dramática, difundiendo lo acontecido a las víctimas primarias, secundarias y terciarias.

Tomando en cuenta estos tipos de traumatización: ¿cómo encontrar nuevas posibilidades vitales, en el contexto de la pandemia, para que la misma no se convierta en una situación traumática? ¿Cómo desarrollar nuevos recursos, aun en el aislamiento, en la incertidumbre y en las incertezas de la pandemia, para poder soportar las frustraciones del momento sin que nos lleve a estados patológicos?

Al comienzo de la pandemia, para no caer en crisis de angustia, depresión, ansiedad, fobias al contacto, claustrofobia, consumo de sustancias, somatizaciones, ideas delirantes de confabulación, fantasías hipocondríacas de ser portadoras del coronavirus, todos tuvimos que buscar nuevos equilibrios psíquicos.

Detrás de estos síntomas apareció un significativo abrumador y desorganizador, terrorífico e inmanejable: la muerte (de uno mismo o de seres queridos). Cuando constantemente la mente está ocupada con pensamientos y luchas por sobrevivir el resultado es un mayor miedo a la muerte. Ahora el enemigo es el prójimo, quien me puede hacer daño, y yo también se lo puedo perpetrar a mis seres más queridos y vulnerables. La persona con la que tengo más cercanía adquiere mucha importancia en el contexto de la pandemia. Yo, como hijo, puedo ser el que contagie a mis padres y a mis abuelos. Como adulto mayor puedo ser contagiado por mis hijos o amigos, colegas o pacientes.

La humanidad no se pensó en los últimos siglos para sobrevivir en una situación de aislamiento, y el afuera en la pandemia se instituyó como un lugar lleno de escenas temidas y peligrosas.

Para bregar con estos temores es importante que la psicología y los psicoterapeutas puedan desarrollar un set de primeros auxilios emocionales para lidiar con lo novedoso de esta pandemia.

1.1.2 Los primeros auxilios emocionales

*Mucha gente pequeña, en lugares pequeños,
haciendo cosas pequeñas, puede cambiar el mundo*

Eduardo Galeano

Cada persona respondió de manera diferente al sufrimiento de la pandemia, que fue al mismo tiempo singular, pero también colectivo y compartido, sin que hubiese ningún tipo de exterioridad posible frente a él.

Aun estando todos afectados, la pandemia no nos afecta a todos de la misma manera. Si bien el dolor y el malestar puede ser compartido, algunas realidades sociales dejan a muchas personas en situaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo.

La pandemia funcionó como un analizador sintomático de cuán firme o lastimado está el tejido social y cuán contenedora o no es la malla institucional de cada país o ciudad.

Las iniciativas solidarias frente a los efectos sociales que, como consecuencia de la contracción económica produce la pandemia, no se han hecho esperar. En nuestro país, por ejemplo, a través de la instrumentación de ollas populares que fueron organizándose en forma de redes. Pero así como nacen, si quedan acotadas exclusivamente al voluntariado y no hay un trabajo organizado permanente, con soportes institucionales y/o políticos que los sostengan, dicha solidaridad puede disiparse, dispersarse y auto disolverse con el correr del tiempo.

Nuestro país se ha caracterizado en la región por desarrollar una democracia que ha optado (en sus distintas transiciones de gobierno) por pro-

puestas estables, organizadas socialmente y sostenibles en su duración. Esta forma institucional consistente se ha activado de manera especial en momentos de crisis, y es deseable que permanezca activa, nutriéndose y creciendo a lo largo del tiempo.

Desde el punto de vista emocional las personas afectadas por toda situación traumatogénica o traumática pueden mostrar reacciones muy variadas y sentir un conjunto de emociones a la vez. Antes de que el tránsito natural hacia la elaboración de los duelos y la aceptación sea posible, la primera reacción suele ser el shock y la negación. Posteriormente pueden manifestarse otros estados de ansiedad, de preocupación excesiva, de miedo, rabia, tristeza y/o depresión, hasta que la aceptación y la adquisición de nuevos hábitos y metas realistas permiten desarrollar diferentes aprendizajes de la situación de crisis y de la adversidad.

Algunas personas pueden permanecer en un estado de shock, de parálisis y de disociación durante un cierto tiempo. Puede que se sientan desorientadas y que el confinamiento les produzca una sensación importante de encierro. Tenemos que tomar en cuenta que los espacios se resignificaron profundamente en el contexto de la pandemia, apareciendo una nueva “arquitectura del cautiverio” (Gonçalvez Boggio, 2020). En esta arquitectura del cautiverio los lugares comenzaron a vivirse como:

- a) espacios condensados, por la disolución de los trayectos, por el aumento creciente de la demanda de tele-trabajo y tele-educación, por el confinamiento familiar, etc.;
- b) espacios deshabitados, por el acotamiento de la movilidad y de la posibilidad de desplazamiento, por la disminución de los contactos y de los encuentros en las actividades públicas y colectivas;
- c) espacios colonizados, en donde los espacios públicos pasaron a estar más vigilados y controlados, produciéndose una migración masiva a las redes sociales y a su “dictadura de los algoritmos”.

Esta contracción de los espacios implicó además una resignificación de la dimensión corporal, en donde las personas empezaron a vivenciar a sus cuerpos como más anestesiados, alejados de sus contactos y de sus actividades rutinarias pre pandemia.

Estos cuerpos anestesiados, agotados en su vitalidad, congelados por el encierro y la distancia, comenzaron a sentir un aumento del miedo, de la preocupación, de la inseguridad y de la impotencia. En los primeros momentos de cuarentena fue fácil entrar en estados de confusión y desorientación, sentirse incapaces de pensar con claridad, o mostrar dificultades de concentración, problemas de memoria e incapacidad para solucionar hasta los problemas más simples. Algunas personas comenzaron a verse más deprimidas, agotadas, incapaces de descansar y con una mayor tendencia a ausentarse emocionalmente del resto.

Otras personas se mostraron inquietas, ansiosas, permanentemente en vigilia, fácilmente irritables e incapaces de controlar sus emociones.

Otras personas reaccionaron con sospecha y desconfianza, hasta el extremo de sentirse paranoicas, experimentando un aumento de la agresividad y de la rabia, convirtiéndose en extremadamente críticas, con tendencias a culpabilizar a todo el mundo, y actuando de manera reivindicativa.

Debemos tomar en cuenta que estos sentimientos anteriormente descritos son completamente normales ante una situación anormal traumática, siempre que no se prolonguen demasiado en el tiempo.

Desde el punto de vista fisiológico pueden aparecer reacciones físicas y energéticas como consecuencia del estrés traumático, como la aceleración del pulso, dificultades en la respiración, aumento o disminución de la tensión arterial, opresión en el pecho, nudos en la garganta, temblores musculares, escalofríos, pensamientos acelerados, etc. Estos síntomas

disminuirán, o desaparecerán por completo, si no intentamos negarlos, vencerlos por la fuerza, o anestesiarlos con medicación.

Las personas afectadas por un trauma pueden experimentar alteraciones de sueño, tender a sobrealimentarse o a desarrollar problemas de consumo de sustancias, como el uso excesivo de alcohol u otro tipo de drogas legales o ilegales. El mejor antídoto contra ello es el mantenimiento de una actitud consciente hacia estos y otros impulsos, aceptando el hecho de que encontrarse alterado en un estado excepcional puede ser de carácter pasajero.

En algunas personas puede darse una reactivación de traumas antiguos no resueltos que afecte su sentido de seguridad y confianza (Porges, 2020).

La manera en que se presentan los síntomas varía de una persona a otra: pueden ser constantes, pasajeros o recurrentes. Es posible experimentar un solo síntoma o una sintomatología más compleja.

En términos de estrés y trauma es importante discriminar el estrés leve y normal (en donde la estabilización es suficiente y se pueden aplicar primeros auxilios emocionales) del estrés moderado (en donde se pueden aplicar protocolos grupales en la atención primaria y secundaria). Tanto en el estrés leve como en el moderado, los autocuidados y la autorregulación pueden ser suficientes.

El abordaje del estrés grave (como el TEPT y del TEPT complejo) implica la necesidad de la búsqueda de un espacio psicoterapéutico, con la intervención de profesionales especializados en salud mental y en el abordaje del estrés y del trauma, que favorezcan la correulación desde una “burbuja curativa” (Gonçalves Boggio, 2020).

Las causas de los trastornos y de los síntomas que trabajamos en la clínica, en el contexto de la pandemia podría esquematizarse de la siguiente manera:

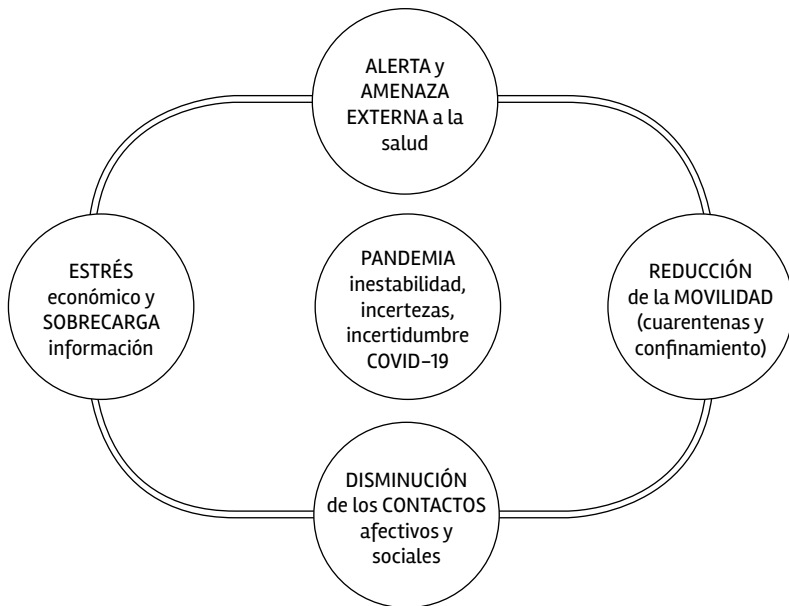


Figura 2. Causas de los trastornos y síntomas

En las primeras semanas de la pandemia, los primeros auxilios emocionales que trabajamos con los pacientes fue regular la cantidad y la calidad de información que consumían.

Hubo pacientes que, frente a la incertidumbre y a la inseguridad derivada de la información contradictoria que consumían, respondieron con mucha intensidad, activando sus respuestas de lucha y de huida, desarrollando posteriormente trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, síndrome de pánico, estrés postraumático, fobias procesuales). Hubo pacientes que respondieron con mayores niveles de negación o de manía frente a tanta información contradictoria que iba apareciendo y desapareciendo, sobre todo en las redes sociales.

Hubo pacientes que estuvieron permanentemente buscando información, y el coronavirus se convirtió en su único tema de conversación, sin poder desconectarse voluntariamente.

También hubo pacientes que solo buscaron información confiable para aumentar su seguridad y su confianza.

Desde el punto de vista psicoinformativo, en la consulta con todos los pacientes, usamos el criterio psicopedagógico de que la información que manejásemos fuese lo más consistente posible (de fuentes confiables, que estuviesen referidas desde lo académico y lo científico, etc.). La información usada tendría que poder ayudar a tranquilizarnos y a darnos seguridad. La tentación de adherimos a pensar catastróficamente y en forma alarmista aumentaría los niveles de estrés, y el estrés afecta el registro sensible y el formal (las formas en que pensamos, nos vinculamos, sentimos y actuamos). Elegir escuchar las noticias, pero solamente durante un tiempo limitado, fue una buena opción de cuidado de sí. El poder conectarse y desconectarse voluntariamente de la televisión, de la radio, de los portales de noticias y de las redes, previno el consumo obsesivo y compulsivo de información desordenada. Facilitó colocar un filtro a la posibilidad de engancharse con imágenes repetitivas de los sucesos traumáticos, o con discursos repetitivos de alarmismo. Estas imágenes y estos discursos tienen la tremenda habilidad de atraparnos y mantenernos obsesivamente pegados a la pantalla, incluso aun sabiendo que pueden incrementar nuestro malestar y perturbación. A esta tendencia creciente a consumir exceso de información sobre una situación negativa se la denomina *doomscrolling*.

Para muchos pacientes fue importante encontrar un equilibrio en la confianza y la seguridad de la información científica, aun en las incertezas y debates que se estaban produciendo desde posiciones antagónicas. De esa forma evitaron caer en el pánico descontrolado de los mercaderes del

miedo, o en el pensamiento paranoide de los militantes conspiracionistas o negacionistas.

El segundo punto trabajado en los primeros auxilios emocionales fue tratar de que los pacientes no se aislasen, y pudiesen construir un equilibrio entre lo laboral y la vida privada en la intimidad de su hogar.

La virtualización forzada implicó problematizar las primeras sensaciones que traían los pacientes a la consulta de que el estudio a distancia y el trabajo remoto cansaban más que lo presencial. Muchos pacientes se vieron desbordados porque sus jerarquías laborales les extendían las tareas sin respetar los días y las horas laborales, generando una tendencia a trabajar más horas o a estar pendientes de lo laboral de una manera activa, en forma permanente y sin poder desconectarse del trabajo. Estos pacientes generalmente eran incapaces de tener un tiempo libre que no fuese tiempo de trabajo. Con ellos trabajamos la necesidad del reconocimiento de los límites y el derecho a la desconexión, ya que muchas veces el problema no es solo lo que el otro hace con nuestro tiempo, sino lo que nosotros permitimos que nos hagan. Un paciente que se sentía encarnando a un esclavo del siglo XXI, problematizaba en una sesión que “el tele-trabajo me roba mi libertad. Me siento en una vigilancia interna sin vigilancia externa, explotándome a mí mismo sin tiempo y sin fin”. El problema no era solo liberar tiempo para sí, sino poder apropiarse libremente de ese tiempo liberado, por lo que tuvimos que trabajar la discriminación entre tiempo liberado y tiempo libre.

En nuestro país los empleadores no proveyeron los medios para realizar el trabajo a distancia. Ni desde el Estado, ni desde lo privado se dio un apoyo económico extra para sostener las tareas productivas en una situación de excepcionalidad. Lo que derivó en un recorte salarial indirecto, al exigirle al trabajador garantizar el soporte técnico y la conectividad imprescindibles para el normal funcionamiento del trabajo y de las clases virtuales, en el caso de los docentes.

Para muchos jóvenes que la socialización educativa es una de sus principales formas de contacto entre pares, la hiperconexión digital (en donde los vínculos humanos se han virtualizado) implicó un aumento en la creciente tendencia a experimentar a la sociedad como superfragmentada. Si bien la comprensión y el apoyo de sus seres queridos les ayudó a soportar los momentos difíciles del aislamiento y del confinamiento con mayor facilidad, muchos pacientes se quejaron del aumento de la tendencia al auto aislamiento y la dificultad de establecer contactos significativos, en el contexto de la pandemia. Procuramos organizar grupos de apoyo para aquellas personas que más lo necesitaban y que estaban más solas. Se le dio un valor vinculante a las redes sociales que permitieron acortar las distancias afectivas, retomando espacios de diálogos otrora perdidos, para poder procesar lo que iba sucediendo en el día a día, pero sin dejar de lado el derecho a la intimidad y a la desconexión, cuando éstas se transformaban en invasivas.

El tercer punto trabajado en los primeros auxilios emocionales fue la reorganización de la dimensión temporal. La “arquitectura del cautiverio” de las cuarentenas afectó la dimensión temporal de los pacientes y su línea del tiempo. Muchos pacientes percibían que no hay nada que enlace los acontecimientos entre sí, generando una sensación de presente perpetuo, eterno y simultáneo, pero al mismo tiempo sin duración (Han, 2015). Al quedar abolidas las referencias pasadas de un mundo que había cambiado radicalmente, y sin poder escenificar un futuro posible, el presente adquirió una dimensión perturbadora.

Para muchos pacientes mantenerse ocupados, pero con horarios estructurados, les permitió conservar un buen contacto consigo mismos y con el mundo.

El descanso ocupó un lugar importante en las primeras semanas de cuarentena. Debido a la adrenalina generada por el impacto de lo traumático, a muchos pacientes les fue difícil desacelerar la hiperactividad que tenían

previo a la pandemia, y si bien tomaron contacto con su agotamiento físico, no pudieron realizar pausas reparadoras.

Para trabajar la relación con el tiempo les solicitamos a los pacientes que construyesen un mapa de sensaciones, pidiéndoles que realizaran un registro corporal y energético, tanto de sus sensaciones, como de sus emociones y pensamientos. Escribir, discriminar y nominar los estados neurovegetativos (vago ventrales, simpáticos y vago dorsales) les ayudó a controlar la ansiedad, a tomar contacto con el cansancio de años y a retomar un estado basal más autorregulado.

En el contexto de la pandemia fue muy importante “discriminar el cansancio que agota lo realizable del cansancio que agota lo posible” (Gonçalvez Boggio, 2020). Entre uno y otro hay una gran distancia. En el primero podemos poner límites a tiempo (energéticos, corporales, emocionales, vinculares, organizacionales e institucionales) a través de pausas reparadoras –por ejemplo, a través de ejercicios bioenergéticos de respiración, enraizamiento, stretching y TRE-. Introduciendo y verbalizando un “no puedo más”, que sea puesto a tiempo, en función de límites que cuiden y protejan nuestra salud. En el segundo se puede producir un proceso irreversible que nos lleve al “no puedo” de la depresión, que es la contrapartida del narcisista “puedo con todo”. El “Yes We Can”, que plantea Han (2012) en la sociedad del cansancio, sociedad del rendimiento por excelencia, ya tiene su nueva contracara.

Dándole sentido al cansancio nuestra salud física y emocional depende, en gran medida, de no pasar de una guerra contra el COVID-19 a una guerra contra nosotros mismos.

La cuarta y última tarea de los primeros auxilios emocionales fue armar un mapa de los propios recursos. Tomar contacto con todas aquellas actividades que les hicieran sentir más tranquilos, más fuertes, más equilibrados y arraigados. Rememorar todos los apoyos y soportes que tenían a su alcance: personas, actividades o lugares. Realizar actividades

que pudiesen proveerles de placer como cualquier tipo de ejercicio físico (baile, deportes, gimnasia, yoga, Pilates o algún trabajo con pesas, cintas o mancuernas) fueron de gran colaboración para evitar el desarrollo de estados depresivos, facilitaron la canalización de la ansiedad, así como de aquellos sentimientos más cargados de agresividad.

En el cambio del trabajo presencial al trabajo *on line* de los primeros meses de pandemia tuvimos que recrear los dispositivos de trabajo psicocorporal. En términos generales, si bien fue un gran desafío, en nuestro colectivo no hubo resistencias para realizar psicoterapia *on line*. En algunos países como Brasil, Perú, México y Argentina hubo colegas que, debido a las seguridades necesarias para desarrollar su tarea en función de la contingencia sanitaria, migraron en un 100% para la psicoterapia *on line*.

Como psicoterapeutas corporales, nuestro propio cuerpo y los cuerpos de los pacientes fueron los principales portales de apoyo. Atenderlos, observarlos y entenderlos en sus necesidades de conexión afectiva y de contacto social, permitió recrear las técnicas bioenergéticas para recuperar los equilibrios perdidos en la pandemia.

Siguiendo a la TPV (teoría polivagal) nos apoyamos permanentemente en la sabiduría de nuestro SNA. En cada una de las sesiones, ya sea trabajando desde las plataformas de Zoom o Skype o presencialmente, tuvimos como objetivo observar, sin juicio alguno, lo que estaba ocurriendo en nuestros cuerpos, comprendiendo que éstos tienen la capacidad innata de recuperar su equilibrio. Si les permitimos sentir lo que ocurre en cada momento, y si les concedemos el tiempo necesario, facilitaremos su proceso de autorregulación.

Como primeros auxilios emocionales, en aquellos pacientes que estaban lidiando con el trauma de la pandemia con síntomas de desorientación, confusión, enfado o estados de incredulidad, trabajamos con técnicas de bioenergética suave (*gentle bioenergetics*), de experiencia somática (*so-*

matic experiencing) y de la psicología formativa de S. Keleman (1992). A modo de ejemplo, en las sesiones *on line* podíamos realizar los siguientes ejercicios.

1. Tomar asiento en una silla, colocar los pies firmemente en el suelo y ejercer presión desde las piernas hacia los pies, respirando lento y profundo, sintiendo el peso de las nalgas sobre el asiento y entrando en contacto con el respaldo de la silla. Una vez sentimos un mejor contacto con el cuerpo, podemos mirar a nuestro entorno, orientarnos lentamente en el espacio y escoger X cantidad de objetos con X forma y con X color. Este ejercicio nos ayuda a sentirnos más presentes y conectados con nosotros mismos, recuperando el foco y el centramiento.
2. Golpear con la palma de la mano suavemente y con la muñeca relajada, las diferentes partes del cuerpo como los brazos, las piernas, las nalgas, el abdomen, el pecho, etc. Este ejercicio permite sentir a nuestro cuerpo más vivo y presente. Posibilita sentir el cuerpo como contenedor de nuestras emociones y construye la sensación de límite corporal que nos protege.
3. Tensar los músculos durante algún tiempo y después aflojar la tensión. La mejor manera de hacerlo es por grupos de músculos. Por ejemplo, se pueden tomar los hombros con las manos, al tiempo que los brazos cruzan el pecho, incrementar la presión, aguantarla durante algún tiempo, y después pasar a golpear los brazos con las palmas de las manos, suavemente, de arriba hacia abajo y viceversa. Algo similar se puede hacer con las piernas: tensarlas, presionarlas con las manos en su cara externa, y después pasar a darle golpecitos durante unos minutos. A continuación, tensar la espalda, y el tronco en general, y después aflojar la tensión. Este ejercicio puede ayudar, al poco tiempo, a sentirse más tranquilos, enraizados y equilibrados.

Un ejercicio que hicimos al comienzo de la pandemia en los grupos de formación de Uruguay y Brasil, y que ocasionalmente realizamos también con algún paciente en forma individual, fue el siguiente:

“Sentados o de pie pudiendo fluir entre un movimiento y otro, te invito a cerrar los ojos, para concentrarte en la intención de observar tu interior. Vas a dirigir la atención a observar cómo está tu respiración, dejando que cada onda inhalatoria y exhalatoria te traiga al presente (al presente de tu cuerpo) sintiendo esa presencia sin ningún tipo de esfuerzo. Te pido que disfrutes de tu respiración, dejando que las sensaciones de estar pulsando y respirando, se hagan conscientes en tu cuerpo. Permití tocarte por esa presencia corporal. Simplemente “estoy”, “naturalmente estoy aquí”, sin ningún tipo de esfuerzo.

Quiero que pases a realizar un breve escaneo por tu cuerpo, observando como están tus pies, tus piernas, tu pelvis, tu cintura, tu tronco, tu pecho, tu espalda, tu cabeza y tu rostro. Seguramente comenzarán a aparecer sensaciones y, quizás, al dejar pasar imágenes o escenas, aparezca alguna experiencia, con algún sentimiento asociado. Te pido que no te identifiques con esos sentimientos; simplemente déjalos estar ahí sin identificarte con ellos. No sos ese miedo o esa tristeza, no sos esa rabia o esa frustración. ¿Qué se siente al contener esos sentimientos, solamente observarlos y reconocerlos, pero sin identificarte con ellos? Puedes imaginarte dando un paso atrás, para contener esos afectos, para mirarlos como un observador. No hay nada que hacer, no hay nada que arreglar, no hay nada que cambiar, solamente tomar contacto con su presencia, como una presencia que puede ser contenida sin ningún tipo de juicio. Dirige la atención al cuerpo y observa: ¿qué sentimiento predominante tienes en este momento? Regístralo.

Ahora te pido que comiences a hacer un recorrido, una cartografía, de los últimos semanas o meses, desde que tuvimos noticias de la existencia del nuevo coronavirus hasta ahora y supimos que el COVID-19 se volvió pandemia. Se cerraron las fronteras, se cayó la posibilidad de viajar a otros países, hubo que comenzar a trabajar y a estudiar desde la casa. Tuvimos que adaptarnos a vivir de otra forma y empezaron a pasar cosas nuevas en nosotros. ¿Qué fue lo que perdimos? ¿Qué cosas has tenido que resignar? ¿Qué sentimientos produjeron

en ti estas pérdidas? ¿Cuáles fueron los afectos que más dificultades tuviste de sentir? ¿Cuáles de ellos te ha costado más experimentar y expresar?

Quizás, el simple hecho de recibir esta invitación te incomode. ¿Cómo te pone esta invitación? ¿Qué tipo de sensaciones, emociones y experiencias te han costado más trabajo compartir? ¿Qué es lo que más ha predominado en ti en estos días? ¿Miedo, incertidumbre, frustración, impotencia, angustia? ¿Qué experiencias te han costado más trabajo asimilar y cuáles tuviste más resistencias de cambiar?

Al tiempo que comienzas a recordarlas observa cómo está tu cuerpo en el presente, al momento en que traes a tu memoria estas escenas, recuerdos o imágenes. Permite que estas sensaciones y emociones estén ahí. Seguramente estos sentimientos que afloran en este momento son los mismos que aparecen en tu vida cotidiana.

Te voy a pedir que tomes contacto con tu cuerpo, con lo que ahora estás sintiendo y te permitas, desde el movimiento, expresarlo. Registra ¿qué es lo que necesitas? ¿Qué necesitas para sentirte más seguro, equilibrado, tranquilo y en paz? Desde el registro de lo que necesitas, comienza a articular un movimiento que sea orgánico para ti. Puedes agregarle un sonido o una palabra para acompañar dicho movimiento. Date el tiempo necesario para ponerle energía al movimiento y a la sonorización. Puedes ir aumentando la intensidad para mover lo que está sucediendo en ti, llevándolo a su grado máximo y, poco a poco, vas deteniendo el movimiento.

Continúa con los ojos cerrados y vas dejando que se asiente la energía que movilizaste, prestando la atención a cómo estás respirando, soltando la tensión, y observando, por más sutil que sea, la sensación que predomina en tu cuerpo.

¿Cómo te sientes ahora, luego de realizar el movimiento? ¿Observas algún tipo de cambio? Registra ese cambio, por más pequeño que sea.

Ahora elige un lugar en el que te gustaría estar. Observa las sensaciones que aparecen en tu cuerpo cuando imaginas un lugar deseado, que sea un lugar seguro para ti. Deja venir a la conciencia, los rostros de las personas signi-

ficativas para ti en este momento de tu vida. Imagina los rostros de personas a las que quieres mucho. Permítete apreciar cómo el amor que sientes por estas personas te nutre y nutre tu corazón. Pueden estar cercanas a ti, en este momento, o estar distantes o lejanas, pero dirige tu atención a la fuerza, a la conexión y al cariño que tienes por estas personas. Puedes imaginarte agarrando sus manos, abrazándolas, bailando, conversando sinceramente, tocando su rostro. Permítete abrir tu corazón y sentir el afecto que portas y tienes por estas personas. Déjate tocar por estas notas musicales y permíte que esta experiencia se asiente en ti”.

El reconfigurar la malla de afectos que tiene cada persona, y el recrear las redes de soportes emocionales a través de estos mapas imaginarios, fue de gran ayuda para desintensificar los efectos estresantes y/o traumáticos producidos por lo disruptivo y lo paradójico de la pandemia, como veremos en los siguientes capítulos.

1.1.3 Lo disruptivo

La pandemia implicó las características de un evento o de un fenómeno disruptivo (Benyakar, 2006). Lo disruptivo es un concepto relacional. Implica un evento traumatogénico, un acontecimiento identificable y delimitado en tiempo y espacio que se desarrolla en un entorno, en donde el psiquismo de cada individuo va a procesar o no la situación potencialmente traumática. El déficit en su procesamiento conduce a la vivencia traumática. Las situaciones no son traumáticas *per se*. Lo que viene del mundo de lo fáctico (las cosas, las situaciones, los eventos) no son traumáticos, son potencialmente traumáticos. Por ejemplo: caminar solo en una playa al atardecer por la orilla del mar no es lo mismo para un adulto que para un niño que se aleja de sus padres y se encuentra luego perdido. Caminar por un campo minado obviamente que es diferente para un soldado entrenado que para un turista. Lo traumático es un destino del psiquismo al que puede llegar una persona, en función de que sus recursos

internos se vean desbordados energéticamente para lidiar con la vivencia traumatógena. Pero nunca es un destino lineal. Las características físicas del evento no definen necesariamente el trauma.

El concepto de trauma, desde la psicotraumatología moderna (Levine, 2012) engloba siempre un proceso entre un acontecimiento intenso y amenazante que irrumpe inesperadamente sobre una persona o grupo social y la capacidad de estos de procesarlo. Quienes se vean desbordados en sus capacidades de afrontamiento, experimentando shock e impotencia, y que por una situación de vulnerabilidad psicosocial y constitutiva previa son susceptibles, posteriormente, de padecer perturbaciones transitorias agudas o desarrollar trastornos psicosomáticos crónicos, tenderán a reaccionar desde un patrón de disestrés (Keleman, 1992). En un segundo momento el sujeto interpreta que no posee la capacidad de enfrentar el desafío impuesto por el ambiente de manera eficaz, y puede producirse, en su organismo, una transformación psicosomática profunda y desequilibrada, que expresa una pérdida gradual de la forma y de la función de los tejidos del cuerpo, generando así un sufrimiento considerable (Keleman, 1997, 1997a).

En la concepción bioenergética del trauma (Levine y Frederick, 1999) los síntomas del TEPT son consecuencia del residuo de energía que permanece atrapado en el SNA y que no ha podido ser resuelto ni descargado. Es decir, los síntomas intrusivos, evitativos y de hiper activación del TEPT se disparan y se instalan cuando el damnificado por el evento traumatógeno no es capaz de entrar, atravesar y salir de los estados de movilización e hiperactivación simpática y/o de inmovilización y congelamiento vago dorsal, y descargar la energía residual generada por las situaciones amenazantes y destructivas (Levine, 2012; Porges, Dana, 2019). De allí la importancia de las intervenciones clínicas que puedan movilizar la energía del SNA que queda congelada y acorazada luego de los eventos traumatógenos, como veremos en el capítulo 2.

La pandemia fue un hecho inesperado que nos sorprendió y fragmentó en la cotidianidad en un antes y un después. Este fue el hecho disruptivo más importante: la interrupción de nuestros equilibrios emocionales y nuestra homeostasis social.

En los primeros meses, como vimos en la figura 2, tuvimos que lidiar con:

- a) una sucesión de pérdidas (sobre todo de proyectos planificados);
- b) al mismo tiempo que vivíamos una amenaza física externa (para nosotros mismos o para personas valiosas para nosotros);
- c) estuvimos expuestos a una sobrecarga de información (viciada de incertezas y contradicciones);
- d) con un aumento creciente del estrés por la incertidumbre económica y la necesidad de adaptarse laboralmente al teletrabajo, a la educación a distancia;
- e) fuimos desarrollando distintas estrategias de sobrevivencia con una significativa disminución de los contactos, un aumento del aislamiento social y del distanciamiento físico.

En sus comienzos, la pandemia implicó un trauma existencial en donde se vieron afectados todos los vectores de nuestra existencia humana: lo vincular, lo laboral, lo educativo, lo sanitario, la dimensión temporal y espacial, la forma de dar y de recibir afectos, etc.

Nuestros vínculos y afectos fueron fundamentales a la hora de lidiar con los cambios que produjo en nuestras vidas la pandemia. La mayoría de nuestros problemas, previos a la pandemia, fueron a su vez forjados en la distorsión de los vínculos y de los afectos (Di Bártolo, 2016). Y esta situación golpeó de nuevo en nuestra puerta.

Lo traumático comenzó a reinstalarse, más allá de las palabras, en la dimensión energética de los cuerpos de los pacientes.

La pandemia estaba siendo experimentada como una experiencia vital que implicó un alto impacto neurovegetativo en los cuerpos, y que a muchas personas las llevó a estar sobrepasadas en su capacidad de lidiar emocional y socialmente con este evento traumatogénico. Sobre todo aquellas personas que, en su histórico, tuvieron vivencias traumáticas asociadas a situaciones de confinamiento e inescapabilidad, desamparo y violencia (Gonçalvez Boggio, 2020).

La primera constatación empírica que constatamos en las consultas del mes de marzo de 2020, luego de anunciados los primeros casos de COVID positivos (COVID+) en nuestro país, es que el estado de alerta, de incerteza e incertidumbre crecientes llevó a muchos pacientes a reactivar memorias traumáticas del pasado.

La segunda constatación fue que el trauma puede ser un gran disparador de violencia. Como aprendimos en el estudio del trauma con Hartung (2005): *“hurted people, hurt people; traumatized people, traumatize people”*. Nuestros vínculos y nuestros patrones de apego (Bowlby, 1989) nos hacen quienes somos (Di Bártolo, 2016). La gente herida por el trauma puede herir potencialmente a las personas con las que se vinculan. La pandemia puede dar lugar a meta-traumas como consecuencia de la articulación y del entrecruzamiento de distintas formas de violencia. Por ejemplo, de la violencia directa derivada del acto de dañar a otras personas como reacción a violencias invisiblemente estructuradas en la sociedad a través de las relaciones de poder-saber.

¿Qué consecuencias pueden tener estos meta-traumas en las fracturas institucionales, en las rupturas del tejido social y en las polarizaciones políticas?

Si el escenario de la pandemia abre un espacio de dolor compartido y de sufrimiento universal, se corre también el peligro de vivir en “un mundo

de víctimas” (Gatti, 2017). La proliferación de discursos de víctimas crea un bricolaje y dibuja un territorio complejo, en donde la masiva comparecencia a dicha identidad puede significar la pérdida de la dimensión de la singularidad que todo acontecimiento potencialmente traumático tiene para una comunidad: la comunidad del dolor, en la que un sujeto dañado se funde con otros iguales (los grupos de familiares de detenidos desaparecidos, por ejemplo). Si como consecuencia de una violencia considerada estructural las personas procuran su lugar en el mundo como víctimas, se descubren y se concientizan socialmente como tales, buscan una ley que las instituya y son habladas por distintas instituciones (a cada víctima su institución), pasaremos a vivir en una era de víctimas.

M. Benyakar (2006) propone cambiar el uso excesivo del concepto identitario de víctima por el de damnificado. Esta propuesta resulta más que atinada para la pandemia. Si bien la pandemia es un trauma colectivo, como situación potencialmente traumatogénica va a ser vivido en forma absolutamente singular por cada persona. La pandemia puede reactivar traumas existenciales de desarrollo o por shock, experimentados previamente. Debemos poder discriminar, como especialistas del trauma, las marcas del sufrimiento encarnado, y de forma empática establecer con los damnificados por la pandemia una relación afectiva, emocional y profesional en donde el cuerpo de los damnificados sea el escenario (Rothschild, 2003).

Siguiendo los conocimientos del trauma desarrollados por Benyakar y Lezica (2005) una cosa es el hecho en sí (la pandemia es lo fáctico), otra cosa es el sentido que ese hecho adquiere en el contexto en el cual ocurre (la pandemia es global y afecta a todos los países, pero no a todas las personas ni a todos los grupos, por igual), y otra cosa es el significado personal que le da cada sujeto, en función de su historia personal y sus “series complementarias” (Freud, 1986).

Por lo tanto, a priori, no pudimos hacer futurología con cómo cada paciente va a activar su sistema defensivo; aunque sí fuimos observando tendencias caracteriales, como veremos en el capítulo 1.3.

Aquellas personas que, en su pasado, vivieron sus traumas en ausencia de un testigo empático y que usaron a la disociación como principal mecanismo de defensa, tuvieron una mayor tendencia a reactivar el histórico de traumas, al estar todo su sistema de apoyo nuevamente afectado (Heller y LaPierre, 2017). Es decir, aquellos que en su histórico usaron un mecanismo extremo de defensa (la disociación) cuando quedaron desprotegidos y desbordados por un trauma y lo experimentaron en ausencia de alguien fuerte, confiable y seguro que los protegiese y los amparase, tuvieron una mayor tendencia a la retraumatización durante la pandemia.

El trauma es información congelada en el tiempo que no ha podido ser procesada. Huimos del trauma para poder escaparnos del dolor que nos produce, pero, paradójicamente, esa huida es también lo que lo mantiene vivo.

Una de las variables más importantes a la hora de discriminar una experiencia traumatogénica de una experiencia traumática es si el sistema de apoyo social falló o no. Si en la familia, en el colegio, en el barrio no hubo nadie que nos apoyase cuando vivimos una situación traumatogénica, la misma puede devenir traumática. Es decir, frente a una situación traumatogénica, estamos frente a una situación potencialmente traumática cuando hubo seres humanos concretos que le fallan a otro ser humano concreto (Levine y Kline, 2016). Por ello, una vez instalado el trauma, para poder sanarlo, debemos buscar la cura a través de la corregulación vincular.

Para la teoría polivagal de S. Porges (2020) nos curamos en relaciones seguras, auto y corregulándonos con otro ser humano resiliente.

La resiliencia es ese poder interior que se va desarrollando a lo largo de nuestra vida, luego de experimentar situaciones traumatogénicas o traumáticas, y que se va resignificando con nuestro crecimiento. Es la posibilidad de aprender de las experiencias traumáticas y de los traumas existenciales, generando un paso más allá de la sobrevivencia. Con o sin apoyo psicoterapéutico, se puede aprender de los eventos traumáticos, haciendo conscientes las potencialidades y las limitaciones de cada uno. Se puede ver más allá del momento traumático, sabiendo que no va a ser eterno, y se puede entender el contexto dramático vivido, desde un entonamiento vital. Para ello es muy importante la posibilidad de hacer lazo social en el contexto del trauma, lo que aumenta las posibilidades de resiliencia.

La resiliencia es la burbuja curativa (Gonçalvez Boggio, 2020) que se crea en una situación traumática, cuando la presencia de un otro significativo nos da seguridad y calma, y nos permite construir una narrativa piadosa de los hechos y de nosotros mismos.

Podemos decir: “ok, me pasó esto, ¿qué puedo aprender? Puedo recuperar la confianza (en mí, en mis relaciones, en la vida) aceptando esta experiencia tal y cual se presenta, no dejando de asombrarme por las circunstancias, viéndola con objetividad, pero no intentando controlar todos los aspectos de mi vida, ni sintiéndome culpable, vergonzoso o inseguro por no poder hacerlo. Puedo ser flexible para adaptar mis planes y cambiar mis metas, valorando las diferentes alternativas. Puedo rodearme de personas positivas, puedo construir mi propia red de apoyo que me permita recibir ayuda cuando lo necesite”. Esta es una forma resiliente de encarar una situación traumática.

Sabemos desde la TPV de S. Porges (2018) que nuestro SNA se corregula con otros cuando está en calma y se siente seguro.

En la pandemia todo nuestro sistema de apoyo social y vincular está afectado, y, por lo tanto, es mucho más difícil tanto la autorregulación como la corregulación.

Para la TPV de S. Porges la corregulación es esencial para la cura. La cura del trauma difícilmente ocurre fuera de una relación segura y protectora.

En términos de la psicoanalista P. Aulagnier (1977, 1980) la elaboración del trauma no existe sin la co-metabolización de un tercero, ya sea una persona o un grupo social, que favorece su procesamiento.

En el ejercicio clínico de la psicoterapia el pasaje del trauma a la resiliencia implica, en primera instancia, volver a tomar contacto con nuestro sufrimiento, con nuestra historia de dolor, con nuestras heridas no curadas, para poder representar esas vivencias traumáticas y reprocesarlas en la reactualización de nuestra vida.

Nuestro cuerpo va a ser esa caja negra en donde está grabado nuestro histórico de traumas, y quizás también la historia transgeneracional de dolor de quienes nos preceden. Por ello, al momento de trabajar psicoterapéuticamente con trauma es más que importante poder experimentar y ser sostenidos en una relación segura, a partir de la capacidad empática de un psicoterapeuta que proporcione, desde un contacto sostenido, la calma y la confianza reguladora a través del reaseguramiento relacional con el paciente.

Siguiendo el modelo vincular de D. Siegel (2007) primero debemos ayudar al paciente a regular y calmar sus estados de lucha, de huida y de congelamiento. El paciente va a captar neuroceptivamente nuestro SNA que tiene que estar autorregulado y conectado con el suyo. El paciente traumatizado nos está calibrando permanentemente. Desde este objetivo de corregularnos con el paciente, debemos contactarlo desde lo reptiliano y lo límbico para poder superar la interferencia de la transferencia. En la transferencia proyectamos en los otros nuestras relaciones traumáticas.

Por ello, cuando trabajamos con trauma no nos focalizamos técnicamente en recrear y analizar el patrón de transferencia, sino en construir un nuevo patrón de resonancia (Boadella, 1982). Es decir, buscamos salir de la interferencia de la transferencia procurando una conexión de núcleo a núcleo con el paciente traumatizado. Para ello creamos una burbuja curativa a través de una presencia limpia, segura, plena, centrada en la experiencia de confianza. Esta burbuja curativa no nos impide trabajar con espontaneidad y alegría, ya que el paciente traumatizado depende, en el reaseguramiento del contacto, de nuestra experiencia y nuestra carga vital.

Limpiarse de transferencia implica desmontar las chácharas internas introyectadas en contextos de relaciones de inseguridad que el paciente experimentó, a lo largo de su vida (“no sos bueno para nada”, “sos un burro”, “deberías no haber nacido”).

Luego de establecida esta relación de contacto seguro, en segunda instancia, buscamos apoyar al paciente para que pueda pensar y analizar lo que le pasó o está pasando: recordar, reflexionar, articular y aprender sobre lo vivido, para poder trascenderlo.

El psicoterapeuta trabaja, así, como un pescador buscando emergentes verbales o corporales (gestos, miradas, coloraciones en la piel, vibraciones), procurando pescar ese material oculto que está encapsulado y que busca salir. Para un psicoterapeuta trabajar con el inconsciente significa dejar resonar en él las más ínfimas vibraciones del inconsciente del otro. Me recuerda mucho a la película “Azul profundo” de Luc Besson (*Le grand bleu*, 1988). En la intensidad de una escucha y una mirada profunda, se puede tener la impresión de bucear con apnea y de vivir la embriaguez de quien desciende hasta el más profundo abismo submarino, para cazar los conflictos escondidos que hacen sufrir al paciente. Y para volver de nuevo a la superficie y comunicarle lo que percibimos de su inconsciente.

Por ejemplo, cuando un paciente nos dice: “llorar no sirve para nada”. Nosotros le preguntamos: “¿cuándo llorar no sirvió para nada?”. Probablemente vamos a encontrar, en su historia, cuidadores primarios que no sirvieron para cuidar, o que cuidaron mal, y a partir de allí, esa función del llanto fue bloqueada, ya que cuando lloraban no fueron comprendidos, ni atendidos, o fueron reprimidos y castigados por expresarse llorando.

A través de estos “anzuelos” (*hooks*) buscamos las escenas nucleares, que aun están vivas, pero congeladas por la disociación.

Retomar el cuerpo disociado es un movimiento esencialmente vincular y relacional. Necesitamos un vínculo seguro, confiable y calmo que permita mirarnos, escucharnos y tocarnos con un otro. Que permita movernos del sufrimiento a la libertad. El psicoterapeuta ofrece una base de seguridad para que el paciente pueda abrazar ese sufrimiento, sostenerlo y sanar esa antigua herida no curada, que quedó congelada en el cuerpo, y atrapada por la disociación.

Al trabajar con trauma debemos poder crear seguridad y brindar un patrón de apego seguro y confiable en la relación psicoterapéutica (Bowlby, 1989). Este axioma clínico sería equivalente a ayudarnos a funcionar como miembros pertenecientes a una tribu. Cuando una cría sale de la manada y sufre una herida o se expone a un peligro importante, va corriendo a buscar a su madre, a su padre, o al resto en la manada, para que pueda incluirla nuevamente protegida dentro de su hábitat de pertenencia. Si en esa huida falla, es acorralada, y el peligro se vuelve más violento, la cría retira la energía de la periferia de su cuerpo, para sentir menos dolor o hacerse la muerta, intentando así, con esta medida extrema, sobrevivir. Es que si no atrae la atención del depredador quizás pueda escapar de la amenaza. En ese estado de congelamiento el cuerpo queda expuesto al agresor, pero la mente puede escapar, abandonando así el cuerpo, que entra en un estado disociativo, de letargo y de anestesia. Como la importancia de un otro es vital en el ser humano, sobre todo en etapas de de-

pendencia emocional, si no tenemos esa presencia significativa, estamos aun más desamparados para digerir lo potencialmente traumático (Levine y Kline, 2016). Por ello superar los traumas personales implica también un proceso colectivo (social, cultural, transgeneracional).

La pandemia *per se* no causó necesariamente trauma, no es lo que hemos visto en la clínica. Pero sí puede reactivar un historial de traumas (de abuso sexual, de agresión sexual o física, etc.). Las personas con este tipo de historial de trauma nos informaron una mayor reactividad autónoma, a partir de las semanas o meses de aislamiento y/o confinamiento, relacionada con la amenaza real o imaginaria de un peligro inminente que puede reactivar:

- a) síntomas de TEPT,
- b) reacciones defensivas de movilización (comportamientos de lucha/huida),
- c) reacciones defensivas de inmovilización (anestesia, disociación).

Este hecho fue confirmado por el equipo de investigación de S. Porges (2020) a partir de una encuesta a más de 1500 pacientes que se realizó a comienzos de la pandemia.

Una novedad de esta pandemia fue que, a diferencia de otras situaciones traumáticas o traumáticas, el psicoterapeuta no está implicado: está sobreimplicado. No está por fuera de la experiencia fronteriza, de la locura o de la neurosis colectiva: está por dentro. Está movilizado por su salud y la de sus seres queridos, está temiendo por su economía a futuro. Es muy difícil sostener el trauma de nuestros pacientes cuando nosotros, al mismo tiempo, estamos siendo traumatizados ... pero no fue imposible.

La psicoterapia, en las primeras semanas de la pandemia, fue un espacio de desahogo para los pacientes, que pudieron poner en palabras lo que

sentían, pero también tener un contacto con este psicoterapeuta (sobre) implicado.

Los propios pacientes nos interpelaron en la necesidad de adaptar nuestros dispositivos para poder sostener el cuidado del vínculo y del proceso psicoterapéutico. Esta fue una responsabilidad ética ineludible. Sino lo hacíamos la vida nos pasaba por arriba. Tuvimos que estar a la altura de los acontecimientos. Tal cual como lo decían recurrentemente los protagonistas del film *The Irishman* de M. Scorsese (2019): *it is what it is*. La afirmación de la vida exigía la necesidad de la adaptación de los encuadres, asumiendo las responsabilidades afectivas de cuidar de nosotros y de los otros. Sabíamos que, tarde o temprano, el virus disolvería las fronteras. La realidad del movimiento de las fronteras (nacionales, jerárquicas, pero también epistemológicas y metodológicas) obligaba a correr los límites de nuestros conocimientos. Fuimos generando conciencia de que somos “terapeutas imperfectos”, pero invitados a ser lo “suficientemente buenos” como para salir de nuestros consultorios. En la pandemia fuimos psicoterapeutas en camino: “haciendo camino al andar” siguiendo la máxima de A. Machado.

En los primeros meses de consulta los pacientes vinieron al consultorio intentando buscar sentido a lo que les pasaba. No a movilizarse de más. Ni a estresar determinados grupos de músculos, como se trabaja generalmente desde la psicoterapia corporal. Ya estaban estresados, algunos debordados, otros estaban usando su energía caóticamente, como podían.

La presencia de un psicoterapeuta con foco, centrado y enraizado fue muy importante, en esos momentos, para poder darle un orden a ese caos. Para poder reestructurar los aspectos escindidos y disociados, para poder contener los aspectos desbordantes, para poder expresar los temores en un vínculo seguro y confiable, que permitiese ponerle palabras a los afectos que no podían ser nominados o que nunca habían sido nombra-

dos o vividos, y que ahora estaban teniendo un impacto más visible, en la dimensión energética de los cuerpos.

La pandemia cambió los territorios existenciales de todos, y, junto a ello, los equilibrios neurovegetativos de cada uno.

En las intervisiones entre colegas fue importante pensar el cómo nominar lo que no se sabe, a través de cadenas de significantes que pudieran darle sentido a este nuevo contexto de incertidumbre; cómo procesar los traumas que ya habían sido procesados y que se reactivaron en el contexto del aislamiento y del confinamiento. Parafraseando a Spinoza nadie sabe, a priori, lo que puede un cuerpo. Solo que un cuerpo tomado por el aislamiento y por el confinamiento, por la depresión y por la ansiedad, por la tristeza y por el miedo puede poco, puede mucho menos.

Otra constatación empírica que tuvimos en los primeros meses de atención en la pandemia es que la incertidumbre ya estaba instalada en el estrés cotidiano y en la clínica (Puget, 2015). En la pandemia más que tiempos de incertidumbre estamos viviendo tiempos de toma de conciencia de la incertidumbre.

En un nivel profundo, con todos los miedos que se fueron desplegando llevamos a límites extremos la negación omnipotente de nuestra esencial e incierta condición humana: nuestro desamparo y fragilidad (García, 2018).

Como psicoterapeutas nos fuimos volviendo cada vez más conscientes de nuestra precariedad laboral y profesional, de nuestra vulnerabilidad física y psíquica.

Si en los momentos de aislamiento necesitamos fortalecernos afectivamente, ¿de qué manera podremos hacerlo?

Si la incertidumbre económica enrarece aun más el aire del encierro; si las cuarentenas amplifican los malestares y los padecimientos de nuestros

vínculos de pareja y de nuestras relaciones familiares; si nuestro estado de ánimo oscila como una veleta al viento y se va modificando, día a día, a medida que nuestra rutina se desordena y se desorganiza, ¿cómo habitamos la paradoja del encierro que, al mismo tiempo que protege a nuestro cuerpo para que pueda seguir vivo, lo desvitaliza en su potencia de afectar y de ser afectado por otros cuerpos?

1.1.4 Lo paradójal

¿Qué fue lo más novedoso de este coronavirus a diferencia de los otros virus con los que ya convivíamos?

El COVID-19 nos obligó, masivamente, a ir en contra de lo que somos para poder protegernos de él: seres gregarios y sociales que necesitamos estar conectados afectiva y socialmente.

¿Cómo habitar esta situación paradójal que va a estar actuando permanentemente hasta que hayamos desarrollado inmunidad grupal a través de la vacunación masiva?

Al ser seres gregarios y sociales nuestra sobrevivencia depende de nuestras grupalidades, de la posibilidad y de la necesidad de estar conectados afectiva y socialmente. No sobrevivimos sin contacto. Estamos programados desde lo más profundo de nuestro ser para conectarnos con otros. Pero en esta pandemia se instituyó, como nunca antes, el peligro de estar cerca, y la necesidad de evitar, incluso, a los que nos son próximos. Por lo tanto, a esa función y a esa necesidad tan importante de nuestro SNA de estar en contacto, se le activa y se le superpone el modo defensivo de evitar el contacto, porque nuestro SNA detecta el peligro.

Tener que aislarnos en momentos de crisis parecería ser la peor paradoja (social, afectiva, familiar, laboral, cultural y hasta política). Nuestro SNA nos dice neuroceptivamente y sin palabras: “¡esa no es la forma que evolucionamos! ¡Necesitamos corregularnos!”.

¿Cómo lidiar con la paradoja de anhelar por lo gregario, al mismo tiempo que se nos exige estar aislados en medidas sanitarias de distanciamiento físico?

¿Cuál es el impacto emocional de necesitar al otro para el contacto, al mismo tiempo que el otro aparece como el principal peligro de contagio?

¿Cómo impacta en nuestras subjetividades la necesidad de conexión afectiva, de contacto social con el miedo al contagio?

¿Cómo impacta en nuestro deseo el bombardeo de tener una distancia corporal adecuada y la prohibición de tocarse? ¿Reforzará la intensidad de los vínculos con los demás o desarrollará un mayor recalque en los trastornos de deseo hipoactivo que ya veíamos creciendo en la clínica?

¿La tensión paradójica entre la necesidad de contacto y el miedo al contagio, impactará en nuestro deseo debilitándolo o intensificándolo (Han, 2014)?

Si el encuentro psicoterapéutico se da a través de una paradoja entre la presencia y la ausencia, entre el estar y no estar presentes: ¿qué sucede con la presencia frente a la ausencia de la presencialidad física? ¿Cómo hacemos para estar presentes estimulando nuevas posibilidades de presencia? ¿Cómo estar más cerca y más próximo en el vínculo psicoterapéutico, a pesar de la distancia física? ¿Desarrollaremos e intensificaremos una nueva sensibilidad? ¿Cómo se puede “abrazar” a alguien sin manos y brazos? ¿Cómo generar proximidad en la distancia? ¿Cómo lidiar con el desafío de no dejar de comunicarnos ni relacionarnos, superando la tensión paradójica entre un exceso de conexión virtual y el deseo y el derecho a la desconexión?

En las Jornadas de investigación “(Neo)liberalismo, cuerpos, clínicas de la transformación”, organizadas en setiembre de 2019 en la Facultad de Psicología de la UDELAR estuvimos trabajando la problemática del pen-

samiento paradójal, lo que nos permitió anticipar estas situaciones paradójales que vivimos con tanta intensidad en la pandemia.

El campo de lo paradójal es un campo de multiplicidades (Deleuze, 1994) que intenta desmontar los dualismos del pensamiento. El incluir lo paradójal como campo de análisis va a permitir articular saberes, más que superponerlos o unificarlos, creando zonas heterogéneas de saberes relativos. El saber paradójal es un saber que no termina de saberse (Singer, 2019). Aporta la visualización de zonas heterogéneas entre-saberes. La zona-entre implica una heterogeneidad de multiplicidades que permite deshacer las oposiciones, pasando por el medio como una línea de fuga (Deleuze y Parnet, 1980) que puede arrastrar a los dualismos, intensificando así las diferencias.

Lo paradójal implica construir un pensamiento leve, delgado, fluido, ligero que intenta esquivar las grandes oposiciones y aporta un saber discontinuo (Derrida, 1989). Este saber discontinuo va más allá de los saberes ya constituidos, generando muchas veces una necesaria extraterritorialidad a las teorías, como pasó en el contexto de la pandemia, en donde lo novedoso obligó a pensar desde un registro de la complejidad, más allá de todo dogma.

Desde la lógica paradójal vamos a poder pensar, desde una organización dinámica, los territorios existenciales y los campos de fuerzas que los atraviesan, a partir de la inclusión y la complementariedad de elementos diferentes y aun opuestos, que coexisten en su diferencia y se interrelacionan sin perder cada uno su especificidad. Sería un grave error querer oponer lo científico a lo político, lo sanitario a lo social, la salud mental a la salud física. En esta pandemia fue más que importante pensar y actuar desde lo conjuntivo en la condicionalidad de un saber que se vio interpe-lado desde su desconocimiento.

¿Cómo habitar las paradojas de lo contemporáneo?

En relación a la temática cuerpos y neoliberalismo en el contexto de la pandemia, podemos realizarnos las siguientes preguntas.

En relación a lo laboral: ¿cómo la tensión entre el fin del trabajo y el trabajo sin fin puede generar nuevas libertades paradójicas en donde la violencia de la auto-explotación (Han, 2012) resulta más eficaz que la explotación extraña y externa, pues va acompañada del sentimiento de libertad, en donde internalizamos ser sujetos del rendimiento, y nos explotamos más a nosotros mismos que en aquellos tiempos en donde la explotación tutelar era esencialmente externa y uno se rebelaba contra ella?

En relación a la depresión y al pánico como dos de los principales analizadores de la clínica contemporánea: ¿por medio de qué mecanismos los cuerpos cada vez más saturados de estimulación están, paradójicamente, cada vez más anestesiados (Gonçalves Boggio, 2008)?

¿Cómo resolver la paradoja de que, en lo contemporáneo, nada está realmente prohibido, pero tampoco nada es verdaderamente posible, y que el exceso de posibilidad genera una contracara: el exceso de sentimientos de insuficiencia y de inferioridad (Ehrenberg, 2000)?

¿Porqué en una sociedad de control (Deleuze, 1991) el miedo principal emergente es, paradójicamente, el miedo a perder el control?

¿Cómo no vivir con miedo si lo único previsible es que ocurra lo imprevisible y la única certeza que portamos es que la inestabilidad y el desequilibrio son la única permanencia ya que todo cambia vertiginosamente (Gonçalves Boggio, 2014)?

En relación al tiempo: ¿cómo puede ser que, paradójicamente, cuánto más aprisa se va, menos tiempo se tiene (Virilio, 1997)?

1.1.5 El tiempo de la pandemia

Uno de los temas más interesantes que nos permitió reflexionar la pandemia es nuestra relación con el tiempo.

Fuimos obligados a encontrar otros tiempos, otros ritmos, otras velocidades para vivir este nuevo tiempo de pandemia.

En los espacios clínicos se percibió la necesidad de los pacientes de transformar la relación con su tiempo. De la aceleración de la urgencia y de la inmediatez, de los ritmos frenéticos e intensos (en el trabajo, en el estudio, en la sexualidad), pudimos pasar, en los primeros meses de pandemia, a la desaceleración de las pausas obligadas, pero, al mismo tiempo, reparadoras y reparatorias.

Pudimos tomar contacto con la tensión entre lo que deseábamos hacer y no podíamos ya hacerlo, y entre lo que ya no deseábamos hacer y estábamos obligados a hacer.

La aceleración puede cobrar un precio muy alto en nuestra salud, llevando a traspasar los límites de lo realizable, y posteriormente los límites de lo posible. A partir de la desaceleración pudimos tomar contacto con lo intolerable del esfuerzo sobre humano; esfuerzo que, a la vez, buscamos y al que nos sometemos. Ya que, a veces, nuestro cuerpo es tratado por una máquina por los otros y, a veces, es tratado como una máquina por nosotros mismos.

Este cambio en la aceleración-desaceleración llevó a muchas personas a la reinención de nuevos modos de vida en espacios-tiempos en donde se restringió la capacidad de contacto social y de movimiento. Quizás la mayor enseñanza, en términos de ritmos internos, fue hacer consciente la posibilidad y la necesidad de abandonar los ritmos insustentables. Y permitir así el pasaje del trauma a la resiliencia:

Aislados → Protegidos
Confinados → Salvando vidas, cuidando de mí y de los otros
Tragedia → Cambio, mutación
Problema, crisis → Oportunidad de reinventarnos
Miedo → Confianza
Soledad → Autoconocimiento y profundidad
Aburrimiento → Pausas reparadoras
Consumo voraz → Consumo más sensato y ecológico
Sufrimiento generalizado → Redescubrimiento de la solidaridad

La solidaridad es la ternura de los pueblos

Gioconda Belli

La intervención clínica que realizamos en el ejercicio psicoterapéutico estuvo basada en una concepción de la solidaridad en donde el encuentro con el mundo real del dolor del otro está acompañado por una mirada crítica y reflexiva sobre la injusticia existente.

Quizás el filósofo italiano “Bifo” Berardi (2020) fue quien más logró captar la esencia del pasaje del trauma a la resiliencia en un futuro post pandemia. En uno de sus bellos y potentes textos, escrito durante la pandemia, planteó la necesidad de redescubrir la solidaridad abandonando el espíritu de competición agresiva, saliendo del miedo del contagio hacia un deseo renovado de contacto corporal.

El pasaje del trauma a la resiliencia implica hacer consciente que el trabajo de salud mental en la pandemia es de toda la sociedad, en el ejercicio ético del cuidado de sí y del cuidado del otro. No solo de la psicología clínica y de los psicoterapeutas. El trabajo en el contexto de la pandemia debe ser poco narcisista. Tenemos problemas narcisistas cuando nos peleamos a lo interno en las instituciones de la salud mental: entre los do-

centes y los estudiantes, entre los psicólogos y los psiquiatras, entre los psicólogos clínicos de una corriente y de otra, entre los psicoterapeutas de una misma corriente o de una misma escuela. Y quizás estos hechos penosos, sean lo más habitual en la dimensión organizacional de las instituciones y se intensifiquen en el contexto de la pandemia.

En el encuentro con el dolor real del otro es necesario poder desarrollar un apego seguro y experimentar un apego comunitario e institucional confiable.

La pandemia está mostrando que el apego a otras personas sólo puede ser lo suficientemente seguro como parte de un apego grupal e institucional seguro.

1.2 EL TRAUMA Y LOS EFECTOS PSICOSOCIALES DE LA PANDEMIA

*La enfermedad es un lenguaje, el cuerpo es una representación,
y la medicina, una práctica política*

Donna Haraway

1.2.1 El poder transformador de los afectos. Lidiando con el miedo y la incertidumbre

Para el sociólogo polaco Z. Bauman (2007) “el más horrendo de los nuevos temores añadidos es el miedo a ser incapaces de impedir o conjurar el hecho mismo de tener miedo”.

La experiencia de la vida en la Europa del siglo XVI, momento y lugar en el que estaba a punto de dar comienzo nuestra era moderna, fue escuetamente resumida por L. Febvre (1993) en sólo cuatro célebres palabras: “*peur toujours, peur partout*” (“miedo siempre, miedo en todas partes”). Febvre vinculó esa omnipotencia del temor a la oscuridad, que empezaba al otro lado de la puerta de la choza y envolvía el mundo existente más

allá de la valla de la granja. En la oscuridad todo puede suceder, pero no hay modo de saber qué pasará a continuación. La oscuridad no es la causa del peligro, pero sí el hábitat natural de la incertidumbre y, por tanto, del miedo. La modernidad tenía que ser el gran salto adelante: el que nos alejaría del miedo y nos aproximaría a un mundo libre y cada vez más seguro. Pero lo que iba a ser una ruta de escape, una puerta de salida del túnel de la oscuridad acabó convirtiéndose en un largo rodeo.

Transcurrido cinco siglos, como espectadores que contemplamos desde el extremo del presente, el veredicto de Febvre suena, de nuevo, sorprendentemente oportuno y actual. Los nuestros vuelven a ser tiempos de miedo (Bauman, 2007).

Estamos frente a la primera crisis sanitaria mundial de la era digital del capitalismo mundial integrado (Guattari, 1998). Estamos procesando flujos de información del planeta entero en tiempos vertiginosos, y la situación que estamos intentando elaborar, emocional y energéticamente, puede cambiar radicalmente de un día para el otro.

Si bien, más tarde o más temprano, el coronavirus va a ser controlado y vencido, para entonces ya habrá cumplido con una tarea: habrá terminado con un mundo conocido, que creíamos único e inmodificable. Habiendo perdido durante 2020 nuestras ilusiones de inmutabilidad y control, no sucedió lo mismo con nuestros miedos.

Miedo es el otro nombre que le damos a la indefensión. Habiendo tratado de exorcisar nuestros temores, hemos fracasado en el intento. En el contexto de esta pandemia, miedo es también el nombre que le damos a nuestra incertidumbre y a nuestra ignorancia con respecto a lo que hay que hacer y a lo que puede y no puede hacerse, en esta nueva lógica viral.

Para Bauman (2007) “el miedo es más temible cuando es difuso, disperso, poco claro, cuando flota libre, cuando la amenaza que deberíamos temer puede ser entrevista en todas partes, pero resulta ser imposible de ver

en ningún lugar concreto”. El miedo se alimenta de la inseguridad y de la incertidumbre, que nacen, a su vez, de la sensación de impotencia. Tememos aquello que no podemos controlar o desconocemos. La comprensión nace de la capacidad de manejo. Lo que no somos capaces de manejar nos es desconocido. Y lo desconocido nos asusta.

Una diferencia significativa del COVID-19 frente a otras epidemias vividas en nuestro país, fue que nuestro presente no pudo ser pensado exclusivamente desde un ayer. La vida durante el año 2020 comenzó a fluir por decursos inesperados para todos.

Desde los comienzos de la detección del nuevo virus en Wuham (China) y su posterior expansión por todo el mundo, quedó claro que esta pandemia del siglo XXI estaba hecha “de otro material”. Aun así los derroteros que se adoptaron en Occidente para enfrentar su alto grado de contagiosidad no fueron muy disímiles de los dispositivos higienistas que se desplegaron, siglos atrás, para lidiar con la lepra y con la peste, como lo describiera M. Foucault (1988) en su texto “Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión”. Foucault analizó el pasaje de la gestión de la lepra a la gestión de la peste como dos modelos de poder; en realidad, como el proceso a través del cual se desplegaron las técnicas disciplinarias de espacialización del poder de la modernidad. Tal como lo describe P. Preciado (2020) “si la lepra había sido confrontada a través de medidas estrictamente necropolíticas que excluían al leproso condenándolo, si no a la muerte, al menos a la vida fuera de la comunidad, la reacción frente a la epidemia de la peste inventa la gestión disciplinaria y sus formas de inclusión excluyente: segmentación estricta de la ciudad, confinamiento de cada cuerpo en cada casa”.

En el siglo XXI la arquitectura del cautiverio para enfrentar al virus, mientras se gana tiempo para la vacunación masiva, se desplegó siguiendo estos dos modelos en forma combinada: cierre de fronteras, disminución de los contactos y de la movilidad, medidas disciplinarias higienistas y de

control biopolítico de la trazabilidad para rastrear, identificar y aislar a los contagiados, sistemas de cuarentenas para las personas que estuvieron en contacto con una persona contagiada, medidas de confinamiento y/o aislamiento para los contagiados, etc. En nuestros países vecinos pudimos observar dos actitudes contrarias y antagónicas. Ninguna de ellas pudo prescindir de momentos de alta tensión y de resultados desafortunados u ominosos para los ciudadanos. El peligro de un encierro militarizado a través de una policía sanitaria y de la tutela de un Estado paternalista, siguiendo el modelo argentino de “la cuarentena más larga del mundo”, se opuso a la necropolítica indiferente del modelo brasilero, que privilegió lo económico sobre lo vital y cuyo obituario a comienzos de 2021 avanza aceleradamente, pasando ya las 200.000 personas fallecidas por/con COVID-19 (el 10% de los fallecidos a nivel mundial).

La epidemia de coronavirus es una extraordinaria emergencia sanitaria, social y económica. También es una emergencia estética. Las posibilidades de contagio, y las medidas implementadas para contenerlos, han barrido y transformado nuestro universo perceptivo. Nuestro espacio de movimiento se ha reducido drásticamente. Siendo cada vez más conscientes de la fragilidad, nuestros cuerpos padecen.

¿Cuán preparados estábamos emocional, vincular y socialmente para lidiar con los efectos psicosociales de esta pandemia?

En las primeras consultas psicológicas los pacientes traían muchas escenas temidas que pudimos organizar a partir de dos preguntas: ¿cómo vamos a lidiar con las distintas emociones que nos va a provocar la posibilidad de contagiar o ser contagiado? ¿Cuál va a ser la forma que tenemos de dar y de recibir afectos en el contexto de situaciones de aislamiento y/o de confinamiento?

En algunos pacientes apareció el miedo al contagio; la culpa y la vergüenza por la posibilidad de haber contagiado; la desesperación frente a la imposibilidad de no poder respirar o que se enferme gravemente un ser

querido; la angustia frente al aislamiento o frente a la detención de las actividades que nos daban placer y nos mantenían en un estado de salud mental; la impaciencia y la bronca por no haber sido atendidos por los servicios de salud como lo esperábamos; la incertidumbre y la inseguridad frente a nuestros ingresos, con todo el coste que esto representa para nuestras familias, elevando los niveles de estrés, de angustia y de ansiedad.

Frente a estos estados de desborde emocional y turbulencia social, las primeras tareas educativas que tuvimos que realizar en nuestra consulta, a través de la psicoeducación, fue la de dar confianza para aumentar la seguridad y disminuir las ansiedades y los miedos más profundos.

Los psicólogos clínicos tuvimos que mantener los espacios de soporte y de sostén de quien lo necesitaba y lo demandaba, tanto en el consultorio, en sesiones a distancia, como en el trabajo en redes desde intervenciones institucionales o comunitarias, para ayudar a las personas a poder transitar las situaciones de crisis sin que se volvieran aterradoras o desbordantes de angustia.

Educar en el poder curativo de las emociones (Fosha et al., 2016) y en el poder transformador de los afectos (Fosha, 2019) como alternativa a la incertidumbre y la inseguridad, fue nuestra opción estratégica en el ejercicio de la psicoterapia. Tanto el miedo como la angustia si se viven en soledad, generan mayores niveles de ansiedad y/o depresión.

En las primeras semanas de la pandemia el miedo se desparramó más rápido que el virus.

Las imágenes y las noticias iniciales de Oriente y las posteriores de Occidente (sobre todo las provenientes de España y de Italia) estuvieron asociadas a la posibilidad de la devastación de países, a la desolación y el aislamiento de comunidades y al colapso de sus sistemas sanitarios.

El hecho de estar frente a un virus invisible, incorpóreo e inverificable para los simples mortales, que circula con un alto grado de contagiosidad y puede generar muchos efectos deletéreos en los principales vectores de nuestra vida, hizo tambalear las ilusorias creencias de seguridad, de previsibilidad así como las sensaciones de inmunidad.

¿Cómo opera el miedo a nivel de masas?

El miedo es un afecto asociado a lo instintivo y a la sobrevivencia, y por ello penetra y se expande en la malla social con mucha capacidad expansiva.

De una alarma y una alerta racional, podemos pasar rápidamente al pánico y a la catástrofe. El miedo es muy manipulable y se mueve en un gradiente que, en sus extremos, puede ser nuestro principal enemigo. Por un lado, el congelamiento del shock emocional que nos paraliza y nos anestesia, por el otro el pánico que nos lleva a una zona de descontrol.

Para Z. Bauman (2007) los peligros que se temen y los miedos derivativos que estos temores despiertan pueden ser de tres tipos:

- a) los que amenazan el cuerpo y las propiedades;
- b) los que amenazan la duración y la fiabilidad del orden social del que depende la seguridad del medio de vida o la supervivencia;
- c) los que amenazan el lugar de la persona en el mundo (desde su inmunidad sanitaria a su lugar social).

El avance invisible del miedo, en el contexto de la pandemia, genera un “estado de excepción viral”, como lo nomina el filósofo J. L. Nancy (2020), que podríamos deducir se monta sobre los cinco miedos que el historiador G. Duby (1995) pudo cotejar presentes en el pasado milenio, en toda sociedad:

1. el miedo a las epidemias: aquel enemigo omnipresente, mutante e invisible, personificado ahora en este nuevo virus;
2. el miedo al otro: todo aquello que nominamos como vector de riesgo y/o de contagio, y que colocamos fuera de nuestras fronteras (nacionales, corporales, de clase social, afectivas, etc.). Primero en Oriente, pero una vez arribado a nuestro país, lo depositamos en el personal de las emergencias móviles, en los médicos, enfermeros y en el personal de limpieza que trabaja en los hospitales, etc.;
3. el miedo a la escasez: el miedo a caer en la escala social, el miedo al desamparo de la miseria, el miedo al hambre;
4. el miedo a la violencia de la fragmentación social y sus efectos deletéreos sobre nuestra propia corporalidad;
5. el miedo al “más allá” que, en última instancia, es una derivación del miedo a lo invisible y a lo desconocido, pero que se encarna ahora en la escena temida del ingreso a un CTI y en el miedo a la muerte, en una situación de total aislamiento físico y sin poder respirar (que es la sensación más cercana a la muerte que podemos tener estando vivos).

Estos miedos se viven en un contexto en donde la voz de los informativos (de los “enfermativos”, me decía irónicamente una paciente) no dejaron de repetirnos, durante meses y en formato *loop* que: “las próximas dos semanas van a ser cruciales”. Parecía que, en el registro imaginario, la enfermedad y la muerte corrían detrás de nuestros pies mordiéndonos los talones.

El miedo a nivel de masas vende y esclaviza cuando está amplificado por distintos dispositivos. Si desde los medios de comunicación se bombardea con información, desde un enfoque alarmista, se puede vehicular fácilmente un pensamiento catastrófico, que se traslada muy rápidamente a lo social.

En esta pandemia se pasó, en cuestión de semanas, de un miedo al lejano y al distinto al miedo a quien se tenía al lado, al que se acerca mucho. En cuestión de semanas también cambió muy rápidamente la percepción en torno de quienes pueden morir de una enfermedad infectocontagiosa: ya no son los otros los únicos en riesgo. Una vez instalada la idea de que cualquier compatriota puede ser víctima de contagio, durante meses estuvimos mirando atentamente las estadísticas de contagiados, los porcentajes en relación con la población y por dónde va circulando el virus. Sin lugar a dudas, la cotidianeidad en las primeras semanas de pandemia, estuvo diagramada por el miedo. Situación similar que se vivió en el invierno del 2009 con la llegada de la gripe H1N1 (Gonçalvez Boggio, 2009).

Puestos a elegir entre la salud y la libertad muchos pueblos pueden inclinarse por el despotismo: el pánico también engendra monstruos.

El miedo es un sentimiento que conocen todas las criaturas vivas. Los seres humanos compartimos esa experiencia con los animales. ¿Qué nos diferencia de los animales? Que los animales-humanos conocemos un sentimiento adicional, un temor de “segundo grado”, un “miedo reciclado” social y culturalmente. O como lo denominó H. Lagrange (1996) un “miedo derivativo”. Este miedo opera tanto si hay una amenaza inmediatamente presente como si no. Podemos considerar a ese miedo como un sedimento de una experiencia pasada de confrontación directa con la amenaza: un sedimento que sobrevive a aquel encuentro y que se convierte en un factor importante de conformación de la conducta humana, aun cuando ya no exista amenaza directa alguna para la vida o la integridad de la persona.

Esta discriminación que hacemos los humanos entre un miedo real y un miedo imaginario nos hace susceptibles de vivir con más ansiedad y de llegar a estados máximos de la misma, como los ataques de pánico.

Pero ¿qué nos hace, singularmente, susceptibles al peligro real o imaginario?

Nuestra sensación histórica de inseguridad y nuestra vulnerabilidad.

Una persona que haya interiorizado la inseguridad y la vulnerabilidad como visión de mundo recurrirá de forma rutinaria a este miedo derivativo como recurso para lidiar con el peligro. Es como un fotograma mental doble. El mundo está lleno de peligros que pueden caer sobre nosotros y materializarse en cualquier momento sin apenas mediar aviso. Si el peligro nos agrede, habrá pocas o nulas posibilidades de escapar de él o de hacerle frente con una defensa eficaz. La suposición de nuestra inseguridad y nuestra vulnerabilidad frente a los peligros no depende tanto del volumen o la naturaleza de las amenazas reales como de la ausencia de confianza en las defensas disponibles.

A la luz de la expansión del miedo por toda la malla social es importante interrogarse sobre cuales serán las consecuencias de tanto mensaje que pueda reforzar la idea de alejarse del otro, que se puede instalar junto con la idea del aislamiento social.

Si bien el miedo es un afecto muy contagioso a nivel de masas, no es el único afecto que circula entre nosotros y que podemos hacer pasar. Desde los medios masivos de comunicación y desde las redes sociales los comunicadores hicieron mucho hincapié en que estamos en un momento, no sólo de hablar, sino de pensar y actuar con empatía, compromiso y compasión. En estos momentos lo más importante es cómo hacernos cargo de las responsabilidades afectivas que implican que el cuidado de sí depende del cuidado del otro, y viceversa.

Desde la teoría polivagal aprendimos que para sobrevivir como especie, debemos poder determinar cuándo un entorno es seguro o no lo es, y debemos poder comunicárselo a nuestra "unidad social". Esto implica estrategias conductuales que usamos para navegar diariamente en el estrés de la vida, y forman la base para después desarrollar y expresar los procesos cognitivos y emocionales superiores de la conexión social (*social engagement*).

A diferencia del Ébola, por ejemplo (que era más mortífero, pero no tan contagioso), el COVID-19 mata poco y no tan rápido, pero se aprovecha muy bien de nuestro comportamiento social. Es como si dijera: “yo sé que estos animales-humanos son incapaces de dejar de interactuar entre ellos durante 14 días, están hechos para eso, así que me voy a “quedar piola” acá y dejarlos hacer lo que siempre hacen” ... ¿para qué? ... “para pasarme de un humano a otro”. Si el virus hablara pensaríamos que es un gran estratega. Al igual que el VIH en los 80.

Ahora bien, en momentos de turbulencia emocional y social ¿qué y quién es lo que nos puede dar confianza para aumentar nuestra seguridad y disminuir nuestras ansiedades y miedos más profundos?

En los años 80, mi generación pasó por la pandemia del VIH/SIDA.

En los principios de los 80 hubo una siniestra coincidencia entre un máximo de esplendor de actividad sexual promiscua (no así en el Cono Sur en donde estábamos viviendo las dictaduras cívico-militares) y un retrovirus que utilizaba el contacto y la unión entre los cuerpos para su expansión a través de los flujos seminales y de la sangre. Dentro de la lógica viral, el VIH era el virus mutante por excelencia. Frente a cada combinación para matarlo, el virus se transformaba. Como en una obra de ciencia ficción, el virus venía vestido de árabe, pero en cuento se lo detectaba así, asumía un devenir-imperceptible, al decir de G. Deleuze, hasta transformarse en hawaiano. Imposible de seguirlo, el virus se combinaba con el propio código genético de la célula anfitriona y la transformaba en “copias de sí misma”. Al igual que el proceso por el cual un ejército mina el territorio enemigo para posteriormente destruirlo, la persona infectada con VIH lo iba a estar hasta la muerte, aunque no desarrollase la enfermedad del SIDA. Actualmente el VIH es un retrovirus que ya no nos mata. Pero durante más de una década podía penetrar en nuestros cuerpos, descifrar los códigos de seguridad, seducir hasta nuestros gendarmes más fieles, inmunizando la inmunidad y convenciéndonos, desde adentro, que morir

se puede morir de todo, hasta de nosotros mismos. Esa era la metáfora con la que convivíamos en los 80–90. Las imágenes que consumíamos de los enfermos de SIDA, a fines de los 80 y a principios de los 90, eran absolutamente angustiantes y aterradoras. Con los retrovirales actuales el VIH pasó a ser una enfermedad de contagio sexual (como el herpes, el HPV, la hepatitis B, que no tienen cura, a diferencia de las bacterias como la chlamydia, la gonorrea o la sífilis), que te deja en un estado de cronicidad, pero sin matarte.

La mayoría de mis coetáneos, ante la emergencia del VIH, no optó por la opción “más segura” que sugería la religión, que era no tener sexo. Hubo errores de la comunidad científica, imperdonables en su momento, como atribuir el virus del VIH a una “peste rosa” exclusiva de quienes tenían prácticas homosexuales promiscuas. Hoy, a casi 40 años después de aquel 1982 que apareció el primer uruguayo contagiado, podemos decir que estamos viviendo una vida sexual e íntima mucho más plena y conectada a los otros que hace cuatro décadas. Estamos convencidos que este proceso de crecimiento afectivo y espiritual requirió la capacidad de sentir y utilizar nuestra experiencia sexual como una experiencia profundamente emocional. Así como transmitíamos vida a través de la sexualidad, fuimos conscientes que podíamos también transmitir enfermedades, e incluso la muerte. Y esto implicaba una ética del acto y una ética del sentir: una responsabilidad afectiva en el cuidado de sí y en el cuidado del otro. Estuvimos obligados, al igual que ahora, a contagiar solidaridad y apoyo mutuo, en hacer todo para que el otro no se contagie, en hacer todo para que el otro viva.

1.2.2 Trauma, fobias y confinamiento

En nuestro país se experimentaron dos de las tres formas de cuarentena: la voluntaria y flexible (para la población en general), y la sanitaria obligatoria (para quienes son portadores activos del virus o han estado

en contacto con portadores activos). No se llegó a instrumentar, como en otros países de la región, de Europa y de Asia, una cuarentena total, obligatoria y con confinamiento.

Sabemos por investigaciones realizadas en catástrofes o en incidentes críticos y postraumáticos, que la cuarentena obligatoria amplifica y potencia los padecimientos psíquicos.

De los pacientes que atendimos cursando la enfermedad, la totalidad de estos desarrollaron un miedo o una fobia al contacto y/o trastornos agorafóbicos, aunque estos síntomas remitieron con el correr de los días.

La agorafobia puede darse en los pacientes con crisis de angustia recidivantes o sin historia de dicho trastorno de angustia previo.

Para muchas personas el encierro les aumenta la ansiedad y salir del encierro les produce mucha angustia y aprensión.

En el contexto de la pandemia la agorafobia es de las fobias que más se pueden acrecentar, ya que puede abarcar a un conjunto de fobias relacionadas entre sí que pudieran estar solapadas: el miedo al contagio o a contagiarse –ya sea por ser portador asintomático o por estar incubando el virus–, el temor a salir de la casa, a las multitudes, a los espacios públicos, a viajar solo o acompañado en ómnibus, aviones, en subtes y en trenes. Estos miedos, más o menos latentes, pueden generar conductas evitativas que si no se abordan pueden derivar en ansiedad creciente y en la instalación de síntomas de ansiedad o de un trastorno fóbico.

Generalmente la agorafobia aparece como consecuencia de que la persona está en lugares o situaciones en donde percibe, subjetivamente, que no puede escapar o que no va a poder recibir ayuda si le pasa algo.

El hecho de volver a trabajar y/o a estudiar luego del encierro, con la pandemia desparramándose aun con mayor intensidad por el país, derivó (en el segundo semestre de 2020 y en los primeros días de 2021) en un au-

mento de casos de ataques de pánico, con posterior desarrollo de agorafobia y/o depresión, como forma de estrategia defensiva.

El aumento creciente de estos trastornos en la consulta es consecuencia de que, si bien durante el 2020 nuestro país fue uno de los que tuvo mejor controlada la pandemia, en el 2021 somos uno de los países en que el COVID-19 pasó a propagarse con mayor rapidez y descontrol.

El aislamiento físico (#quedateencasa) y luego la circulación en burbujas no debería implicar un distanciamiento social, sino un aislamiento preventivo y un distanciamiento solidario, en el cuidado de sí y el cuidado del otro.

El padecimiento o no de las medidas de aislamiento y su costo psíquico tiene mucho que ver con las condiciones en las cuales transcurre el encierro. Cada situación es absolutamente singular. Si para muchas familias el encierro puede ser vivido como algo provisoriamente positivo ya que pueden estar fuertemente comunicados por la presencia de todos sus afectos en la casa, para otras personas el confinamiento se produce en entornos en los que hay abusos infantiles, o una mala convivencia entre los padres o en el sistema familiar. Si fuerzas a un pequeño grupo de este tipo a permanecer confinados por un largo periodo de tiempo, el resultado probablemente sea muy deletéreo.

En el trabajo clínico durante la pandemia detectamos tres grupos de pacientes, en función de cómo transitaron las cuarentenas.

Las personas que estuvieron confinadas, aisladas en soledad, y que no tuvieron a nadie junto a ella con quien consolarse y compartir esta novedosa experiencia, vivieron la pandemia con mayor miedo y angustia. La consulta con estos pacientes implicó aumentar su nivel de carga energética para animarse a relacionarse, a conectarse socialmente a través de distintos dispositivos que tuviesen a su alcance, intentando así crear nuevos vínculos o recuperar lazos sociales antiguos.

Las personas que estuvieron aisladas pero en compañía padecieron mucho estrés y “saturación de vínculo”. La salida de este estado implicó, necesariamente, producir espacios saludables de soledad y de intimidad, de manejo de las emociones y de las tensiones. Cada persona que estuvo aislada junto a otros tuvo que procurar construir momentos y espacios para estar solo, y poder entrar en contacto con su intimidad, para luego volver a estar junto a la presencia de los otros, pero en un estado de menor irritabilidad o saturación. Discriminando los límites que cuidan y protegen de los límites que restringen que a veces son fastidiosos, con estos pacientes tratamos de verbalizar los conflictos reales y discriminarlos de los imaginarios, tratando de que los conflictos derivados del encierro no se extendiesen en el tiempo. Hicimos mucho hincapié en poder sentir las emociones en el cuerpo (algunas de ellas contradictorias) haciendo un mapa de ellas, para, así, poder asumirlas y manejarlas sin actuarlas, ni intentar resolverlas todas a la vez.

Las personas que estuvieron haciendo cuarentena sin aislamiento (personal de la salud, periodistas, trabajadores del comercio y del transporte, trabajadores de la construcción, policías y militares, etc.) tuvieron un mayor estrés por la misión social y laboral que tienen que cumplir, y padecieron un mayor miedo de ser contagiados por las personas con las que interactúan laboral y socialmente, y un mayor miedo a contagiar a sus seres queridos, una vez que regresaban a sus casas. Estas personas necesitaron soportes afectivos luego de sus intensas jornadas laborales, y los alentamos a que lo buscaran en sus círculos de pares, en su unidad social básica, en sus amistades, o en el propio espacio psicoterapéutico. Su red de contactos fue fundamental, así como la red de intercambio afectivo, de sostén y soporte que necesitaron encontrar después de la tarea.

1.2.3 Ataques de pánico

Un ataque de pánico es un episodio de ansiedad máximo, de comienzo brusco, con sensaciones corporales de pérdida de organicidad e incontrolabilidad, con la emergencia intensa de una aprensión total, invasiva y paralizante con miedo a morir o enloquecer. Puede ser activado por situaciones o lugares, pero también presentarse espontáneamente sin que medie una causa determinada. Por lo menos aparentemente.

El síndrome de pánico (que implica un creciente miedo al miedo) es una de las formas más estruendosas de presentación actual de la angustia y de la ansiedad.

Las sensaciones corporales que tanto asustan a quienes tienen recurrentemente ataques de pánico y padecen del trastorno de pánico, generalmente son provocadas por dos causas:

- a) por la hiperventilación y/o
- b) por la prevalencia de una reacción desajustada de alarma, lucha y fuga del sistema nervioso simpático.

Nuestra respiración tiene una importante función energética y emocional en nuestro organismo, además de la función fisiológica. Generalmente, la ventilación en una persona que padece estrés puede llegar a alterar sus sistemas corporales cuando alcanza un nivel de hiperventilación (una respiración rápida y superficial, o rápida y profunda). En un estado de hiperventilación una persona procesa un volumen de aire superior al necesitado por su cuerpo en ese momento (tomando demasiado oxígeno y liberando demasiado dióxido de carbono). Ello provoca irritabilidad neuronal, vasoconstricción y una amplia alteración de la química corporal. Siendo en sí misma un síntoma de estrés, la respiración excesiva de la hiperventilación crea síntomas derivados de la vasoconstricción cerebral y coronaria:

- visión borrosa, mareos y/o vértigo,
- dolor de cabeza,
- trastornos visuales con pérdida de foco,
- transpiración y manos frías,
- parestesias, adormecimiento y hormigueo de las extremidades,
- tetania o tensión muscular que genera contracciones dolorosas,
- dolor en el pecho,
- palpitaciones,
- en algunos casos: desorientación, pérdidas momentáneas de la conciencia (*blackouts*), lipotimias.

La aprehensión que crean estos síntomas, que se parecen a los síntomas de la actividad del sistema nervioso simpático, puede liberar catecolaminas (adrenalina, noradrenalina, cortisol) que refuerzan los síntomas iniciales, estableciendo un círculo vicioso como se muestra en la figura 3.

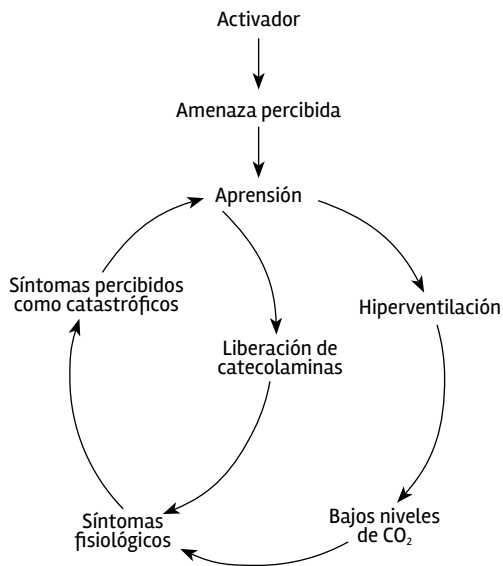


Figura 3

La respiración se hace más rápida elevándose, en algunos casos hasta 30 o más inspiraciones por minuto, se producen interrupciones en el ciclo respiratorio con bostezos y suspiros constantes, con dificultades para recuperar el aliento y con un movimiento acusado en las regiones superiores del pecho.

En la figura 3 vemos cómo un activador (*trigger*) puede ser el estímulo desencadenante tanto de un proceso de hiperventilación como de la activación del sistema nervioso simpático.

La persona con ataques de pánico comienza a focalizarse en las interpretaciones catastróficas que hace de las sensaciones de origen interno (la taquicardia o las parestesias, por ejemplo), no registrando, ni relacionándose con las eventuales causas externas que pudieron haber desencadenado esta respuesta defensiva (las situaciones estresantes o traumáticas más o menos cercanas).

En los pacientes COVID+ que atendimos y que tuvieron ataques de pánico durante su enfermedad o a posteriori del alta clínica, los mismos fueron desencadenados fundamentalmente, por dos motivos:

- a) desde el punto de vista biofísico: por dificultades de respiración y por episodios de asfixia;
- b) desde el punto de vista emocional: por situaciones y/o sensaciones de soledad y/o desamparo.

Su sistema nervioso central percibía la falta de aire, a veces en forma real o a veces en forma errónea, interpretándola como un riesgo de asfixia y/o de muerte.

La sensación de estar sufriendo una amenaza a la integridad física sin poder contar con los soportes emocionales necesarios para poder transitar la enfermedad, dado los criterios de aislamiento y confinamiento que tiene la misma, intensificó en los pacientes COVID+ las sensaciones

de fragilidad y de desamparo. En aquellos pacientes que contaban con un histórico de desamparo, las sensaciones de desintegración de los ataques de pánico fueron más intensas y perturbadoras.

Con todos los pacientes tratados utilizamos el enfoque polivagal para identificar los desencadenantes de sus respuestas fisiológicas y neurovegetativas estresantes para, posteriormente, restaurar la sensación de seguridad en sus cuerpos. Desde la TPV, en un primer momento no intentamos cambiar activamente las cogniciones y percepciones catastróficas de los pacientes, sino que los animamos a identificar en sus cuerpos las respuestas de ansiedad, haciendo conscientes los patrones de bloqueo energético y biofísico (*holding*).

Lo primero que le enseñamos a los pacientes fueron ejercicios de respiración (lenta y profunda) para que pudiesen controlar y revertir los procesos de hiperventilación o de falta de aire. Luego pasamos a trabajar el control de sus estados neurovegetativos con dinámicas de relajación y de activación del sistema parasimpático, usando distintas técnicas energéticas como TFT (*Thought Field Therapy*), EFT (*Emotional Freedom Techniques*), *Tapas Acupresure*, o ejercicios derivados del Análisis Bioenergético (Gonçalvez Boggio, 2019).

Percibimos que la narrativa de los pacientes comenzó a cambiar, a medida que sus estados neurovegetativos autónomos se modificaban, y a medida que comenzaban a sentir (neuroceptivamente) sensaciones de seguridad y de confianza, tanto en su propio cuerpo, como en el vínculo psicoterapéutico.

Conociendo y aprendiendo a modificar las respuestas neurovegetativas del SNA los pacientes comenzaron a desarrollar un control sobre su propia fisiología y sobre la respuesta autónoma de las reacciones de pánico. Se les enseñó además a completar la reacción defensiva, descargando el exceso de tensión a través de los ejercicios para la liberación del estrés y del trauma del dispositivo bioenergético TRE (*Traumatic Releasing Exer-*

cises), como veremos en el capítulo 2.4, creando así un atajo para volver a la homeostasis.

Una vez que los pacientes recuperan la confianza en su cuerpo (pueden percibirlo como su aliado y no como su enemigo), los ataques de pánico se vuelven más espaciados, disminuyendo en su intensidad y haciéndose más controlables. A partir de allí comenzamos a desensibilizar y reprocesar los ataques de pánico vividos (el primero, el último y/o el peor) con el protocolo de EMDR+ET (como veremos en el capítulo 2.2).

Si con los pacientes que tienen ataques de pánico y/o agorafobia vemos importante identificar, reconocer y desactivar los lugares y situaciones que les causan ansiedad extrema (por ejemplo, los grandes conglomerados de gente o hacer una cola), con los pacientes COVID+ la variable más importante es cómo ser capaces de manejar el estrés de la enfermedad.

Es muy importante generar la calma necesaria para que los pacientes puedan manejar el malestar sin desbordarse emocionalmente, mientras vuelven a recuperar su equilibrio. Nuestra presencia como psicoterapeutas juega un rol clave desde la corregulación en el vínculo para la autorregulación orgánica del paciente. Por ello es cardinal que el paciente siempre se sienta seguro en el *setting* psicoterapéutico. Para ello buscamos construir momentos de conexión vago ventral, transmitiendo la sensación de estar a salvo, para explorar las situaciones traumáticas o estresantes con mayor seguridad. Desarrollamos la capacidad de establecer contacto y transmitir seguridad entre los distintos sistemas (entre el SNA del psicoterapeuta y el del paciente), buscando, emitiendo y recibiendo sensaciones de calma y seguridad, a través de una mirada compasiva, una voz cálida y un toque benevolente, maternante y humanitario.

Tenemos que tomar en cuenta que el SNA de los pacientes COVID+ queda traumatizado, y el proceso de volver a la normalidad es lento, teniendo pequeñas alteraciones durante días o semanas. A medida que el SNA va

sanando, los intervalos entre las alteraciones (simpáticas y vago dorsales) y el equilibrio (vago ventral) suelen acortarse.

Con cada uno de los pacientes en recuperación que fueron retornando progresivamente a las actividades cotidianas y a la interacción con lo social, luego del alta clínica fuimos chequeando, en el día a día, los matices de este retorno:

- a) ¿Será capaz de mantenerse centrado, enraizado, con foco en las tareas que tenga que desarrollar?
- b) ¿Tiene suficiente energía para lo que quiere hacer?
- c) ¿Cómo manejará la posible ansiedad o el eventual malestar que le produzca volver a trabajar y/o estudiar fuera de su casa?
- d) ¿Se siente seguro con las actividades que va a realizar? En caso negativo, ¿qué necesita para estarlo?
- e) ¿Dispone de apoyo (de un amigo, de un profesional) si comienza a sentir algún tipo de perturbación física o emocional?

A medida que cada paciente se fue afirmando nuevamente en sus actividades cotidianas fuimos instalando cognitiva y neuroceptivamente un estado postraumático de recuperación de la enfermedad: “he sobrevivido, mi cuerpo está en proceso de recuperación”, “me estoy moviendo a un nuevo capítulo de mi vida”, “puedo aceptar lo que he perdido”, “puedo valorar que la vida sin lo que he perdido es posible”. Hay un cese de los mensajes subcorticales de peligro, y en su lugar, aparece un mensaje autónomo de seguridad.

Sesión tras sesión ayudamos a los pacientes a restaurar la sensación de seguridad en sus cuerpos, desensibilizando y reprocesando así los miedos subyacentes, que van a persistir durante un pequeño periodo de tiempo de días o semanas. Es primordial que el paciente no se sienta traicionado

por su cuerpo a partir de estos sucesos de desregulación, y que pueda considerar sus comportamientos y creencias postraumáticas, como respuestas adaptativas al servicio de la supervivencia y la adaptación.

Cada persona va a vivir singularmente, en función de su historia y de su carácter, los síntomas que pueden aparecer en la pandemia, como veremos a continuación.

1.3 TRAUMA, PANDEMIA Y ESTRUCTURAS DE CARÁCTER

En la clínica psicológica hemos podido percibir que, en el contexto de la pandemia, se fueron acentuando los rasgos caracteriales de las personas. Entendemos por carácter la suma de mecanismos de defensa organizados en forma de rasgos de conducta rígidos, que forman parte de la personalidad, y que se activan e intensifican en situaciones de crisis, traumáticas, de estrés agudo y/o de estrés crónico.

Coincidiendo con lo que plantea nuestro colega reichiano X. Serrano (2020), pudimos observar que, durante los períodos de confinamiento, y a medida que se fueron construyendo nuevas temporalidades, fueron tomando fuerza las actitudes caracteriales predominantes de cada persona, para hacer frente a la situación de crisis. Sabemos que con el tiempo estas estructuras caracteriales se pueden ir desmoronando, dando paso a reacciones desorganizadas del patrón de organización caracterial, por lo que pueden emerger fundamentalmente:

- a) conflictos adaptativos, personales o relacionales (en las estructuras neuróticas);
- b) reacciones impulsivas o disociativas (en las estructuras *border-line* o fronteras);
- c) crisis pánicas, paranoicas, conspirativas e incluso delirantes (en el caso de las estructuras psicóticas).

Los siguientes apuntes sobre psicopatología caracterial no son extrapolables al total de la población, sino que son conclusiones que hemos sacado en la pandemia, con una muestra de aproximadamente 100 pacientes, a partir de la cual hemos podido visualizar –en la clínica y en los espacios de supervisión– los siguientes patrones caracteriales, siguiendo la caracterología de A. Lowen (1977, 1995).

1.3.1 Esquizoides

Para los esquizoides que están acostumbrados al aislamiento social, al repliegue íntimo y a la distancia emocional, la combinación entre cuarentenas y distanciamiento físico les produjo un alivio, ya que los puso en sintonía con la forma con que los esquizoides se relacionan con el mundo exterior. Esta forma (que implica una barricada que los separa del resto) se manifiesta en una actitud distante, fría y rígida. Son personas que tienen miedo al intercambio emocional y ponen distancia física y relacional, cultivando más que nada su mundo interno. Muchas veces perciben con envidia el movimiento exterior. Cuando van a psicoterapia se cuestionan que: “las personas viven felices en los bares, en las discotecas, en los recitales, saliendo a bailar, y yo estoy solo sin posibilidad de ser como los otros”. Ahora, con las cuarentenas, el confinamiento y la distancia física dicen: “estamos todos iguales... encerrados en nuestras casas”.

La tendencia al tele-trabajo, a los espacios virtuales de enseñanza y a la propia psicoterapia que ha comenzado a realizarse *on line*, justifican ahora (socialmente) su resistencia a “poner el cuerpo”, y pueden legitimar así la ausencia de la presencia del cuerpo del otro en sus vidas, que transcurre entre las comunicaciones a través del e-mail, WhatsApp, Zoom y Skype. Un paciente me decía: “es como si me hubiese estado preparando, toda mi vida, para lidiar con esta pandemia”.

1.3.2 Orales–depresivos

Los depresivos se sintieron más confortables, al comienzo de la pandemia, cuando todo el mundo tuvo que desacelerarse con las medidas de confinamiento y se pasó a convivir en cuarentena en una modalidad más doméstica.

Luego de las dos primeras semanas en donde todos estaban iguales (de *joggings* y pijamas, con los horarios alternados, con un desplazamiento de los horarios de sueño, comiendo de más, cansados y sin encontrarle sentido al modo de vida corona virus), la situación de las personalidades depresivas comenzó a empeorar. Comenzaron a tener dificultades para salir de la cama, para higienizarse y para vestirse, así como para desarrollar rutinas saludables.

Se comenzó a instalar, en sus pensamientos, una visión muy pesimista de la salida de la pandemia. Se intensificó su miedo al futuro y al porvenir, sintiendo una tensión interna en relación a los conflictos sociales, lo que les generó un miedo al colapso de sí y del mundo, percibiéndose a sí mismos más vulnerables, desprotegidos y desamparados.

Son, junto a las personalidades esquizoides, los que tienden a aislarse con mayor facilidad. Pero, además, disminuyen mucho su carga energética y su vitalidad. Su deseo de estar vivos se debilita en el confinamiento.

Cuando la depresión es mayor pueden entrar en un estado de desesperación, exagerando las angustias que ya sienten, esencialmente por una situación de soledad y/o de desamparo, victimizándose en exceso o colapsando como mecanismo de defensa para sentir menos. Pueden derivar en consumos problemáticos ya que como me decía un paciente: “el dolor narcotizado duele menos, así puedo vivir mi vida, sin sentido, pero sin sentirla”.

1.3.3 Orales-ansiosos

Los ansiosos generalmente viven en un estado alarma y expectativa, que puede ir desde un simple estado de alerta a un estado panico. Están en permanente estado de alerta porque creen que en cualquier momento “puede acontecer algo”. El eventual peligro del contagio y de una crisis social (“voy a perder el trabajo”, “me pueden asaltar o copar la casa”, “puedo enfermarme y contagiar sin saberlo a mis seres queridos”, “mis padres y abuelos se pueden morir”, etc.) puede intensificar su ansiedad.

Consumen mucha información referida al COVID-19 sin poder ponerse límites, y las alertas que antes eran vividas como fantasías (escenas temidas) ahora se transforman en una posibilidad real. También pueden derivar en consumos problemáticos (desde el uso diario de marihuana hasta benzodicepinas combinadas con alcohol).

Para algunos ansiosos la aceleración de la curva de contagio o la transición de las cuarentenas a la vida social puede intensificar los miedos subyacentes y disparar la ansiedad. El miedo al contagio puede derivar en una fobia al contacto o en una agorafobia, en donde sienten que no pueden escapar a una situación de peligro o que no van a poder ser ayudados, por lo que desarrollan conductas evitativas (no salir de la casa, no asistir a reuniones, etc.).

1.3.4 Narcisistas

Las personalidades narcisistas pueden pasar fácilmente de la omnipotencia a la impotencia, hasta que logran acomodarse en un lugar mucho más real.

En la pandemia se vieron afectados por la cancelación de viajes, proyectos e iniciativas laborales, lo que les provocó un shock inicial. Luego pasaron por un trastorno del humor: ansioso y/o maníaco, hasta que “les cayó la ficha” que esta pandemia se iba a extender por no se sabe cuánto tiem-

po, y los invadió una sensación de amargura y tristeza que los deprimió momentáneamente. Finalmente aceptaron la nueva realidad, en la que no paran de hablar de sí y de todo lo que perdieron, como si fueran los únicos afectados.

Por lo general son personas agitadas, estresadas y desbordadas de actividades, pero que con la activación del modo de vida corona virus se ven intimados, contra su voluntad, a desacelerar su vida cotidiana. Su cotidianidad en confinamiento ya no los hace tan propensos a cultivar su imagen narcisista, sino que los obliga a reflexionar cómo pueden reinventarse desde las pausas obligatorias.

El confinamiento les pone límites y ahora el desafío es cómo encontrar mayores grados de libertad y de movimiento con límites, ya sin la posibilidad de desplazamiento. Lo que los obliga a pasar de la acción a la sensación. En el espacio psicoterapéutico comienzan a indagar en los recursos internos y no sólo los externos con los que cuenta para lidiar con estas crisis. Se permiten ahora “bajar la pelota al piso” para preguntarse: *“¿cómo estoy viviendo y sufriendo esta terrible crisis? ¿Qué sensaciones estoy experimentando? ¿Cómo me siento durante la noche y durante el día? ¿Cómo me vinculo con los demás?”*.

1.3.5 Psicopáticos

Los psicopáticos pueden apegarse a teorías conspiratorias (con sus luchas de poder implícitas) al igual que las personalidades paranoides, pero además van a intentar minimizar lo que está realmente sucediendo. Van a intentar negar cualquier emoción que le produzca un conflicto interno, sobre todo el miedo y la angustia. No paran de afirmar que: “esto va a pasar”, “fue un invento de los chinos”, “es una gripecita que a la mayoría no nos va a dar síntomas”, “yo estoy inmunizado porque soy joven y hago deportes”, etc.

Pierden contacto con las emociones, y no entienden ni participan de la necesidad de dar y de recibir afecto, aun en momentos de crisis. Por eso niegan el miedo y no sienten angustia frente a las eventuales pérdidas. Tienen mucha dificultad de cuidar de sí y del otro.

Se les dificulta mucho cambiar los patrones de conducta habituales, no solo porque niegan el miedo, sino porque no les interesa pensar en el entramado de relaciones afectivas que el cuidado amerita, como única forma de prevención del contagio. Pensar de esta manera la trama de la vida, implicaría que tuviesen que renunciar a su forma de vivir, a lo que no están dispuestos. Siempre se auto-conceden excepciones por considerarse diferentes del resto. Su mayor sentimiento es ser especiales lo que los pondría al margen de las reglas y las normas. Por lo que son transgresores de toda medida de confinamiento y cuarentena, e incluso son más que reticentes a la hora de usar barbijos y/o mascarillas.

1.3.6 Masoquistas

Las personalidades masoquistas han podido adaptarse con bastante facilidad a este nuevo principio de realidad.

Son excelentes cuidadores y, precisamente, su rol de cuidador se ha visto valorizado, tanto dentro de la familia como demandado fuera de ella.

Si bien su carácter se caracteriza por la queja permanentemente, paradójicamente, en esta situación en donde hay una remisión notoria del principio de placer en todos los registros de la vida cotidiana, son los que menos se quejan de las medidas de confinamiento, aunque sí son muy críticos con quienes no las acatan. Pueden desarrollar comportamientos hipocondríacos, al igual que los histéricos conversivos.

1.3.7 Obsesivos-compulsivos

Las personalidades obsesivo-compulsivas que tienen miedo al contagio, a las enfermedades y a la muerte, pueden ver intensificadas tanto las ideas obsesivas como las conductas compulsivas y sus rituales de control. Pero, por otra parte, pueden encontrar una justificación a su síntoma, ya que lavarse las manos periódicamente, o la limpieza diaria de las superficies, ahora pasa a ser algo necesario.

Así como es normal estar un poco más miedosos frente a la posibilidad del contagio, o más hipocondríacos frente a determinados tipos de síntomas, la pérdida de tiempo que el obsesivo compulsivo invierte en la limpieza ahora está social e incluso científicamente justificada.

1.3.8 Histéricos

A diferencia de los masoquistas, son los que se sienten más afectados por la cuarentena, en particular, y por la pandemia, en general, llegando a desarrollar un pensamiento y un comportamiento hiper-sensibles (“todo lo que está pasando en el mundo me afecta”, “no soporto la falta de liderazgo de los gobernantes”, “ya no puedo entrar a Twitter o escuchar las noticias porque siento asco”, “estoy todo el tiempo angustiado, con un nudo en la garganta, con un dolor profundo en el pecho y la espalda que no me dejan respirar libremente”).

A diferencia de las personalidades esquizoides, el clima de pasividad, indolencia y procrastinación, el “dejar que las cosas pasen” de la cuarentena y el confinamiento, para las personalidades histéricas es un sinónimo de muerte, y les produce mucha angustia y/o ansiedad.

Sus estrategias de seducción, que estaban acostumbrados a desplegar permanentemente en distintos escenarios, ahora quedan restringidas casi a un único lugar: su casa, su teléfono móvil y su computadora.

La subordinación del principio de placer al principio de realidad, la imposibilidad de desplegar la seducción corporalmente, y quedar limitados a un tele-contacto, les debilita su potencia de “actuar en escena”. La rutina les baja mucho su humor, y ven disminuida su capacidad de conquista sexual. Siendo la histeria un carácter predominantemente sexual que tiende a erotizar todos los vínculos y a generar triángulos amorosos, ahora, en tiempos de pandemia, su performance sexual queda reducida a la monogamia o al *sexting*.

Capítulo 2

Intervenciones clínicas

2.1 VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LA PSICOTERAPIA ON LINE

El contexto mundial de la pandemia obligó a los psicoterapeutas a recrear nuevas modalidades de lazo social venciendo el desafío de transformar la presencia física en presencia virtual.

Lo virtual fue “la salvación” y permitió avances que no hubiéramos aceptado hace un año atrás. Fue una opción para el mundo profesional e institucional, y consideramos que ya no habrá vuelta atrás.

Se acortaron distancias entre las fronteras (nacionales, internacionales, institucionales) produciendo procesos de expansión académica y profesional, generando nuevas formas de participación colectiva con otras temporalidades, rompiendo uniformismos, acercando a las generaciones, permitiendo entrar a cada persona allí donde se sintió convocado.

El trabajo que realizamos en el contexto de la pandemia era un impensado un par de años atrás. Particularmente en la organización de psicoterapeutas que presido y de la que soy miembro didacta (TEAB) habíamos dado formación *on line* por Skype a dos generaciones de terapeutas de Alemania, Brasil, Chile y Colombia. Pero en aquellos años (2013–2016), y luego de un análisis crítico, la descartamos como opción de formación.

“Con el diario del lunes” podemos decir que, en realidad, construimos una creencia limitante que tuvimos que rever, necesariamente, en el contexto de la pandemia. Durante el 2020 la especialización en psicoterapia corporal bioenergética del TEAB se realizó sin ningún tipo de inconveniente, en un formato que combinó lo virtual y lo presencial, y se va a extender, de la misma forma, durante el 2021.

El mundo, a partir de esta pandemia, cambió. No podemos quedar congelados en un *impasse*. Como psicoterapeutas tenemos que asumir la responsabilidad de seguir contribuyendo a la salud mental y física de las personas. Tenemos que usar las tecnologías al beneficio de nuestra práctica. En este sentido, debemos estar a la altura de los significantes de la época. El principal signifiante hoy se llama pandemia (Anzalone y Bafico, 2020). Como plantearon estos colegas del Grupo Lacaniano de Montevideo (GLM) en uno de los primeros *lives* que se transmitieron en vivo simultáneamente por Facebook e Instagram: “es la vida misma, sino la reconocés y no estás a la altura de ella ... te pasa por arriba”.

Esta afirmación nos remite a que tenemos que estar implicados con el tiempo que nos corresponde. Vamos a tener que reinventarnos en un momento en que, incluso para otras profesiones, es muy difícil trabajar. Estuvimos trabajando durante el 2020 de una forma que en el 2019 la hubiésemos imaginado como impensable. Si bien no podemos abrazar este cambio como “lo mejor que nos ha pasado en la vida”, sí podemos hacerlo como algo de lo novedoso a lo que tenemos que recurrir en función de las medidas de contingencia. Tampoco creemos que tengamos que abrazar esta novedad como una moda (a la que hay que seguir para no quedarse atrás), ni podemos quedar agarrados a purismos. Los psicoterapeutas, como no tenemos la obligación de seguir a ninguna ortodoxia, ya que nuestra profesión es fundamentalmente un arte y no necesariamente una ciencia, tenemos la plasticidad necesaria para lidiar con este y otros significantes de la época.

Por otro lado, no hemos dejado de constatar que los pacientes necesitan ser escuchados y sostenidos de otra forma. Las psicoterapias “sin cerebro” no tienen en cuenta el avance de las neurociencias. Las psicoterapias que no toman en cuenta la articulación entre lo inconsciente y lo social no trabajan con la singularidad de las subjetividades contemporáneas. Las psicoterapias “sin cuerpo” comprenden solo una dimensión de los efectos del estrés y del trauma, limitándose exclusivamente a las intervenciones verbales. Necesitamos psicoterapias con cerebro, con mente y con cuerpo, que trabajen cada vez más en forma integrada, que puedan tomar en cuenta las mutaciones, las transmutaciones y la transducción de las subjetividades contemporáneas (Simondon, 2009).

Necesitamos además construir una epistemología y una fundamentación metodológica de la psicoterapia *on line*. Uno de los textos que primero leí para interiorizarme en la terapia *on line* fue la “Guía para la intervención telepsicológica” escrita por De la Torre y Pardo del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, que fue creada en 2001 y revisada, en una versión ampliada, en 2008. En esta guía se trabajan las intervenciones telepsicológicas mediante tecnologías, que permiten la comunicación psicoterapéutica en ausencia de las posibilidades de la presencialidad.

La ausencia de posibilidades de presencialidad en los primeros meses de la pandemia implicó algunos cambios significativos, por lo que en el pasaje de la presencialidad a lo virtual nos hicimos las siguientes preguntas:

1. ¿Qué riesgos, qué limitaciones y qué beneficios, qué ventajas y desventajas tenemos en la atención *on line*? Por ejemplo: ¿cuáles son los riesgos clínicos de la atención en crisis de las líneas de atención emocional? ¿Dónde y cómo se preparan los telefonistas y cómo van a ser supervisados? ¿Cuál va a ser el grado de su desgaste por empatía?
2. ¿Va a haber nuevas demandas de análisis? ¿O van a bajar las demandas?

3. ¿El tratamiento *on line* va a ser una moda y todas las ofertas va a tener que procesarse a través de Internet, de lo contrario quedaremos fuera del mercado? ¿Se introducirá así una lógica empresarial en la clínica?
4. ¿Qué principios que rigen nuestra práctica vamos a tener que mantener y en cuáles no podremos ceder a nuevas adaptaciones?
5. ¿Hay que adaptar la protección legal de los datos personales de los pacientes y la firma de los consentimientos informados para realizar las intervenciones *on line*?
6. ¿Encontraremos en un futuro una conveniencia al combinar sesiones presenciales y sesiones *on line*?
7. ¿Podemos trabajar con todos los pacientes o quizás sea más que importante tomar en consideración cada caso en particular, y eventualmente, considerar la posibilidad de la derivación frente a la posibilidad de no atender a un paciente *on line*?
8. ¿Podemos ser flexibles y creativos, y al mismo tiempo, ser fieles a los protocolos y metodologías estudiados?
9. ¿Qué cambios vamos a introducir en las dimensiones espacio temporales? ¿Cómo podemos asegurarnos de que los pacientes estén enraizados en sus cuerpos, aun teniendo las sesiones en sus cuartos, fuera de su casa o con su familia alrededor?
10. ¿Qué se pierde, y eventualmente, qué se gana con este nuevo encuadre en la dimensión corporal?
11. ¿Cómo podemos resolver el problema de la distancia física en el intercambio afectivo de una sesión? ¿Cómo podemos producir otras entradas sensoriales de afecto (a través de la mirada, de la voz, de comidas, perfumes, canciones, llamadas, mensajes de texto, objetos transicionales, etc.) cuando no podemos tocar al otro físicamente?

12. ¿Qué va a pasar en el futuro post pandemia? ¿Los pacientes volverán al consultorio? ¿Aceptaremos la psicoterapia *on line* como una nueva modalidad de análisis? Por ejemplo, los pacientes que tienen más de una hora de transporte para llegar al consultorio, ¿preferirán volver al consultorio o querrán, a través de un *click*, conectarse al psicoterapeuta para tener su sesión *on line*? En ciudades densamente pobladas como Buenos Aires, San Pablo, Caracas y Ciudad de México la psicoterapia *on line* se usa como alternativa, en función de los avisos de Waze. ¿Los pacientes volverán a la modalidad presencial si la modalidad *on line* les resulta más práctica?
13. ¿Es el analista el que lleva la dirección de la cura (Lacan, 2015) y decidirá cómo realizar la psicoterapia, o el paciente tendrá la opción de escoger el encuadre?
14. Metodológicamente, ¿cuál va a ser el lugar del análisis para que el paciente pueda depositar la transferencia? ¿Cómo se construye la transferencia y la resonancia en una sesión *on line*?
15. ¿El pasaje de lo presencial al uso de la tecnología en el análisis toca el síntoma y el carácter de cada paciente?

Al comienzo de la pandemia escuchábamos de otros colegas opiniones que, literalmente, nos rompían el corazón y nos llenaban de preocupación. Por ejemplo: “no puedo trabajar porque no puedo ir al consultorio”, “mis pacientes no quieren venir por miedo a salir y contagiarse”, “voy a esperar que pase la pandemia porque no pude readaptar el encuadre”, “sólo puedo trabajar en mi *setting* porque acá en casa están mi esposo y mis hijos rebototeando”, “no me siento bien trabajando *on line*”, “no fui entrenado para trabajar virtualmente, no sé como hacerlo”, “tengo miedo de producir más daños que beneficios”, “no logro que los pacientes se focalicen y puedan realizar el procedimiento de EMDR”, “no puedo trabajar

corporalmente con el formato *on line*, me da la sensación que estoy haciendo “como si” trabajase en un acto performativo”.

En las primeras semanas de la pandemia hubo muchos colegas que no pudieron adaptarse a trabajar en un contexto virtual, y no pudieron sostener la transferencia con sus pacientes, dejándolos momentáneamente a la deriva. Esta situación no era para nada sensata. Dejar caer las transferencias implicaba un abandono de los pacientes.

Lo que escuchábamos detrás de estas narrativas, es que los colegas se estaban sintiendo no preparados, desprotegidos e indefensos para lidiar con este nuevo contexto de pandemia y de eventual atención *on line*.

En las primeras sesiones de supervisión del año que dimos a colegas, nos fue de muchísima utilidad todo lo que habíamos aprendido, un año antes en Barcelona, al hacer un curso internacional con D. Dana sobre las aplicaciones clínicas de la teoría polivagal de S. Porges. La TPV fue clave para ayudarnos a estar movilizados activamente sin quedar ni congelados ni hiper activados, y para poder sostener a los colegas menos experientes en los espacios de supervisión.

Al comienzo de la pandemia, al trabajar los dos primeros meses en el nuevo setting *on line* y pensar que íbamos a tener que trabajar más con psicoterapia verbal que con intervenciones psicocorporales, la sensación era de muchísima incertidumbre. La asociación internacional de EMDR había desaconsejado, en un principio, usar EMDR con los protocolos tradicionales, por lo que necesitamos pensar cómo trabajar dando seguridad a los pacientes pero sin prescindir de estas herramientas tan poderosas. Pudimos adaptar habitaciones de nuestras casas a un *setting* psicoterapéutico similar al de la clínica para realizar las sesiones a través de video-llamadas, y también mantener la opción de trasladarnos hasta el consultorio para tener las sesiones *on line* con el *setting* ya armado, o para realizarlas presencialmente.

Como en toda situación traumática, en nuestro rol de psicoterapeutas, fue más que importante no perder la calma.

Lo primero que hicimos en el equipo del TEAB fue redactar un mensaje, que reenviamos a cada paciente, manteniendo la opción de seguir trabajando presencialmente o de pasar a un modo virtual:

“Debido a la situación sanitaria que estamos viviendo queremos transmitirles que extremaremos las medidas para que nuestros consultorios sean para ustedes un sitio seguro. Es importante que podamos ajustarnos a las medidas que están recomendando las autoridades sanitarias para los profesionales de la salud. Al llegar evitaremos saludarnos con un beso. Les solicitaremos que antes de ingresar al consultorio se laven las manos o se pongan alcohol en gel y dejen el calzado fuera de la sala. Limpiaremos con algodón y alcohol las sillas y el diván, entre uno y otro paciente, y también colocaremos papel de camilla descartable. Las sesiones se realizarán usando barbijos o mascarillas. El consultorio será ventilado luego de cada sesión. Les rogamos cancelar la consulta en caso de sentir cualquier tipo de síntoma (fiebre, tos seca, pérdida de olfato o de sabor, dificultad para respirar). Por último, les ofrecemos la posibilidad de tener consultas por video llamada, si por algún motivo no pueden concurrir o lo prefieren así para sentirse más seguros. Creemos que es importante cuidarnos entre todos y este quizás sea el mensaje más potente que nos dejará esta situación de pandemia. Muchas gracias por la confianza de siempre”.

Las sesiones *on line* cambiaron las coordenadas espaciotemporales de la clínica. Por ejemplo, se perdió la dimensión corporal del saludo inicial o del cierre de cada sesión, que implica para algunos pacientes todo un ritual ceremonial. Cambió el gasto subjetivo del tiempo del paciente para desplazarse hasta el consultorio del psicoterapeuta. Este viaje generalmente implica toda una preparación del paciente y también un movimiento posterior de asentamiento de lo trabajado, a la salida del consultorio.

El lugar físico del encuadre (el consultorio) que representa –temporalmente– un paréntesis de la vida cotidiana del paciente, la pausa que hace el paciente para poder subjetivarse y pensarse, y que representa –espacialmente– el lugar para que el paciente se encuentre con lo profundo de su historia y de su intimidad, se transformó radicalmente con las sesiones *on line* (Anzalone, Bafico, 2020).

Cada uno de los pacientes tuvo que encontrar un espacio privado para poder hablar de su intimidad y no ser escuchados por sus padres, por su cónyuge, por sus hijos, por sus concubinos, etc. Por ejemplo, hay pacientes que descubrieron que no tienen ningún lugar privado en sus casas para hablar de sí. Una paciente tuvo que colocar un cartel en su cocina: “*silencio; estoy en terapia*”. Otros pacientes tuvieron las sesiones en el garaje, dentro del auto.

Los psicoterapeutas, por nuestra parte, tuvimos que crear un ambiente apropiado para sostener las demandas que traían los pacientes. El secreto tiene que ser siempre preservado, independientemente de la modalidad empleada. Tenemos que darles a los pacientes la seguridad y las garantías necesarias de que todo lo que se trate en las sesiones *on line* es confidencial. Por ejemplo, tenemos que asegurarnos que no circulen personas por la sala, usar auriculares para que lo que nos comentan los pacientes no sea oído por otros, etc.

No siempre es posible garantizar un *setting* psicoterapéutico en toda su complejidad como podemos hacerlo en la consulta presencial. Por ejemplo: para los psicoterapeutas corporales la dimensión del toque no puede ser sustituida. Para el abordaje del trauma en donde la cercanía emocional y la presencia empática del profesional es clave para la resolución y el procesamiento del trauma, el encuadre digital puede ser sentido como un *setting* más frío, distante y aséptico, y no necesariamente seguro y confiable. Esto puede interferir en la alianza terapéutica tanto como bloquear el procesamiento del trauma.

¿Cuáles son las principales ventajas y limitaciones que encontramos en la atención *on line*?

Dentro de las ventajas se facilitó el acceso a personas que presentan dificultades para acudir, en el contexto de la pandemia, a la psicoterapia presencialmente.

El *setting on line* generó una gran facilidad de inicio de la psicoterapia psicológica para aquellas personas que tenían dificultades de acceder a lo presencial. Fue además una opción para no discontinuar los procesos psicoterapéuticos ya iniciados. La psicoterapia *on line* permitió el mantenimiento y la regularidad en aquellos casos en los que no se podría dar una continuidad al proceso de forma presencial (por ejemplo: personas con COVID+, que no podían desplazarse de un departamento a otro, que migraron o que viven en el extranjero).

Permitió una mayor rentabilidad y eficiencia al reducir los tiempos y gastos de desplazamiento, teniendo además una gran disponibilidad de información y facilidades tecnológicas en las distintas plataformas *on line* (llamadas a través del teléfono en línea, videollamadas a través de WhatsApp, FaceTime, Zoom o Skype).

Como desventajas se tuvo que tomar en cuenta que las tecnologías no son usadas por muchos grupos de personas.

Existen riesgos clínicos de la atención *on line* con aquellos grupos de personas que requieren una atención en crisis y con pacientes impulsivos, con ideación suicida o intentos de auto-eliminación previos, pacientes con depresiones mayores; pacientes con psicopatologías complejas y comorbilidades (doble núcleo disociativo y depresivo, estructuras blandas con somatizaciones o biopatías, conductas auto o heteroagresivas y abusos de sustancias, etc.); pacientes con falta de recursos internos y/o falta de soporte social.

No siempre es posible garantizar un *setting* psicoterapéutico con toda la complejidad de cada técnica psicoterapéutica como podemos hacerlo en la consulta presencial.

Pueden darse dificultades de establecimiento de un buen *rappor*t y de la alianza psicoterapéutica, fundamentalmente en el inicio de un proceso.

Existen, además, riesgos adicionales para la protección de la información y para la confidencialidad de las sesiones.

La escasa formación de los profesionales *psi* para adaptar los procesos psicoterapéuticos a un encuadre *on line* y para la sistematización de una metodología de trabajo congruente, fue uno de los puntos clave a sortear, en el pasaje de la presencialidad a lo virtual.

¿Hubo riesgos en el pasaje de la presencialidad a lo virtual?

Sí, pero los mismos fueron manejables.

Sabiendo que los beneficios son mayores que los riesgos que tenemos que prever y disminuir, no podemos dejar de lado que la forma en cómo hacemos nuestro trabajo altamente especializado es tan importante como nuestros objetivos finales.

Como especialistas en el abordaje del trauma, y a la hora de readaptar el encuadre a la psicoterapia *on line*, tuvimos que escoger con cuales pacientes podríamos seguir trabajando sus historias traumáticas y con cuales no. Tuvimos que discriminar con cuales de los pacientes íbamos a poder ofrecerles esta nueva forma de terapia trabajando su histórico de traumas sin la presencialidad del contacto físico.

Otra conclusión que sacamos fue que, en aquellos pacientes en los que su presente y sus conflictos actuales colisionaban o hacían colusión inconsciente con su histórico de traumas, sería necesario el poder trabajar con aquellas escenas traumáticas que, probablemente, estuvieran en lo

fundante de su sufrimiento actual. Disminuir el ruido de lo traumático posibilitaría una mejor funcionalidad y un desbloqueo de su realidad y de su sintomatología presente (el no poder dormir, el no poder llevarse bien con sus hijos o con su cónyuge en el confinamiento de la cuarentena, el estar trabajando desorganizadamente, etc.).

En el contexto emergente de la pandemia por más que fuese necesario focalizarse en los desequilibrios que se comenzaban a generar en la vida cotidiana, no podíamos prescindir del trabajo con el trauma del pasado.

2.2 LA PSICOTRAUMATOLOGÍA CONTEMPORÁNEA

2.2.1 El protocolo EMDR+ET

Durante los años 2011–2017 se desarrolló en la Facultad de Psicología de la UDELAR, a través del programa de Psicoterapias del Instituto de Psicología Clínica y en los centros de investigación CIBPSI y CIC–P, un ensayo clínico sobre estrategias psicocorporales para el abordaje del estrés post-traumático. Se investigó y logró sistematizar una propuesta técnica para el ámbito sanitario, que posibilita tratar un problema de urgencia social, como los trastornos de ansiedad derivados de situaciones traumáticas, en dispositivos breves y focales, con una remisión de la sintomatología del estrés postraumático en menos de 10 sesiones, lo que permite maximizar así los beneficios y reducir los costos de las intervenciones.

En dicha investigación, editada y publicada por CSIC–UDELAR con el nombre de “Las paradojas de la migración. Estrategias psicocorporales para el abordaje del estrés postraumático” (Gonçalvez Boggio, 2019) se logró sistematizar dicho estudio con un ensayo clínico realizado con 120 pacientes de una población de emigrantes uruguayos retornados que tenían algún tipo de trastorno de ansiedad.

La discusión de la investigación sugiere (en forma preliminar, y con todos los recaudos y consideración de sesgos relevantes) que el protocolo

EMDR+ET (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing & Energy Techniques*) puede ser muy útil de incluir en los dispositivos psicoterapéuticos que aborden la prevención de incidentes traumatogénicos o la sintomatología de los incidentes traumáticos.

La formación teórico-práctica de profesionales en el protocolo de EMDR+ET puede realizarse en un período acotado de tiempo (de 24 hrs. presenciales), lo que permite capacitar técnicamente a profesionales de cualquier corriente teórico-técnica en el uso de esta herramienta psicoterapéutica, pudiendo ser utilizada como técnica mono-terapéutica o integrarla en una estrategia multi-modal con otra psicoterapia, con o sin el uso de psicofármacos asociados.

La técnica EMDR+ET fue creada siguiendo las directrices actuales de tratamiento del Departamento de Salud del Reino Unido, EEUU, Holanda, Australia, Francia, España, Italia y el Consejo Nacional Israelí de Salud Mental, entre otros países centrales, que han asignado a EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) como uno de los tratamientos más efectivos para tratar el TEPT. En nuestro caso, el protocolo EMDR básico (Shapiro, 2004) fue complementado con aquellas técnicas energéticas (*Energy Techniques*) de la psicoterapia corporal y de la psicotraumatología que, empíricamente, demostraron ser muy eficaces para la remisión de los síntomas de ansiedad (Hartung y Galvin, 2003).

Este modelo de intervención psicológico, de alto impacto para la comunidad por tratarse de un tratamiento eficaz y de bajo costo, debido a su duración e insumos necesarios, ha sido (desde nuestro punto de vista) uno de los dispositivos más eficaces y rentables, en lo que respecta a la relación costo-beneficio, para resolver los trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, síndrome de pánico, TEPT, agorafobia) con los pacientes que hemos trabajado en el contexto de la pandemia.

El protocolo EMDR+ET *on line* ha sido nuestra opción de primera línea para trabajar con el trauma de la pandemia, combinándolo con el enfoque

polivagal y con herramientas derivadas de la psicoterapia corporal como el TRE.

Partiendo del protocolo básico de EMDR, para el trabajo con trauma se realizaron las siguientes modificaciones en la creación del protocolo EMDR+ET:

1. Se simplificó el modelo terapéutico de EMDR de 8 fases, a 3 etapas en donde los aspectos cognitivos del modelo inicial se trabajan finalmente en la 3ra. etapa. Se hace hincapié, en las primeras dos etapas, en tomar contacto con las emociones y con las sensaciones que aparecen al recordar el evento traumatógeno, y no necesariamente en los componentes cognitivos.
2. Se creó un protocolo de preparación de los pacientes para el trabajo con las escenas traumáticas, antes de aplicar las técnicas energéticas y de estimulación bilateral, para poder focalizarse con mayor facilidad en dichas escenas.
3. Se sistematizó el trabajo con las emociones y con las sensaciones emergentes del procesamiento y de la desensibilización desde los principios de experiencia somática de P. Levine y de psicología de la forma de S. Keleman.
4. Se le indicó a los pacientes un protocolo de ejercicios bioenergéticos y de estimulación bilateral combinados, para la auto-aplicación fuera del *setting* psicoterapéutico.
5. Se sistematizó una metodología de aceleración y desaceleración de los procesos, para poder lidiar discriminadamente con aquellos pacientes hipo-responsivos e hiper-responsivos al protocolo básico de EMDR, y como forma de desbloquear los procesamientos estancados. Se constató que no podía ejecutarse un mismo abordaje general para aquellos pacientes que son fácilmente invadidos y desbordados por las emociones, y para aquellos pacientes que tienen poco o ningún acceso a sus

sentimientos. A diferencia del protocolo básico de EMDR que centra la aceleración y la desaceleración de los procesamientos fundamentalmente en los cambios de velocidad y de distancia de los movimientos oculares o en el cambio del tipo de estimulación bilateral, decidimos trabajar integrando técnicas energéticas que incluyan estimulación bilateral e integración cerebral (para la aceleración de los procesamientos), y técnicas energéticas con toques suaves acupresivos o deslizantes (para su desaceleración).

Como técnicas de desaceleración para los pacientes hiper responsivos se utilizaron: TAPAS *acupresure*, TFT (*Thought Field Therapy*), EFT (*Emotional Freedom Techniques*), *Havening* y *Gentle Bioenergetics*.

Como técnicas de aceleración para los pacientes hipo responsivos se utilizaron: TIC (Técnicas de Integración Cerebral), AMSB (técnicas de activación multi sensorial breve), TRE y actings neurovegetativos específicos de la psicoterapia corporal bioenergética.

2.2.2 El protocolo EMDR+ET on line

Veamos a continuación 30 recomendaciones para la utilización del protocolo EMDR+ET *on line*.

1. Es posible trabajar virtualmente con el protocolo EMDR+ET *on line*, y luego de un año de trabajo sistematizado hemos tenido muy buenos resultados.

Para realizar el pasaje de lo presencial a las sesiones *on line* tenemos que actualizarnos en la cultura digital y aprender lo más rápido que podamos el uso de cada plataforma, tomando en cuenta que todos estamos aprendiendo juntos al mismo tiempo. En un principio va a haber una dinámica de ensayo y error. Debemos ser amables con nosotros mismos en este proceso, sabiendo que no estamos solos en este pasaje y que, por lo tanto, no debemos aislarnos. Debemos ac-

tualizarnos apoyándonos mutuamente con otros colegas, rompiendo situaciones de aislamiento que generalmente teníamos previo a la pandemia al estar trabajando solos en nuestros consultorios.

2. Cambiar el encuadre y readaptar nuestra forma tradicional de trabajar puede producirnos mucha ansiedad y puede confrontarnos con la resistencia al cambio. Aun así, tenemos que actualizar nuestro “*software profesional*”. Debemos hacernos amigos de la tecnología y poder disfrutar de aprender novedades que nos harán crecer técnicamente.
3. Cuando le proponemos trabajar *on line* a nuestros pacientes debemos garantizar una comunicación confidencial y segura. Como psicoterapeutas somos esencialmente guardianes de secretos. Este punto es fundamental para la alianza terapéutica, independiente de la plataforma que usemos en el *setting on line* (ya sea nuestra casa o el consultorio).
4. Debemos poder establecer la comunicación a través del lenguaje verbal y del lenguaje no verbal. ¿Qué importancia adquiere lo que se calla, lo latente y lo manifiesto, lo consciente y lo inconsciente? Por ejemplo: ¿qué significado adquieren ahora los silencios en este nuevo contexto de transferencia digital? ¿Es un reforzamiento de las resistencias, de los mecanismos de defensa o es un problema de conexión a la red, un *delay* en la comunicación digital?
5. Estamos cada vez más codependientes con los dispositivos electrónicos, a tal punto que si nos olvidamos del móvil o lo perdemos tenemos una sensación de hipocorporalidad (Balaguer, 2002). Algunos psicoterapeutas han dejado de tomar notas en las sesiones e incluso ya no escriben a mano. En algunos países es obligación tener registro de las sesiones. ¿Qué pasa cuando se pierden los dispositivos y no tenemos respaldada la información? Zoom permite grabar las sesiones. Esas grabaciones pueden ser enviadas posteriormente a los pacientes para recordar ejercicios, técnicas de estabilización, de centramiento, etc.

También podemos realizar videos cortos con nuestro celular y posteriormente enviárselos a los pacientes, con ejercicios domiciliarios.

6. Debemos asegurarnos la conexión en cualquiera de las salas que estemos trabajando y usar nuestro celular como respaldo. Así, si perdemos la conexión desde la *laptop* o desde el *lpad*, podemos pasar a WhatsApp, a una llamada de línea o a través de FaceTime. Esto le da mucha seguridad a los pacientes de que no van a quedar desconectados, por ejemplo, en el medio del procesamiento de una escena traumática.
7. Le pedimos a los pacientes que usen auriculares para poder conectar con la prosodia de la voz del psicoterapeuta. Todos los sonidos, pero fundamentalmente la voz del psicoterapeuta, son más que importantes en psicoterapia.
8. Para usar la cámara de la *laptop* tenemos que apoyarla en una base segura buscando una orientación cara a cara con el paciente. Para realizar los procedimientos de EMDR es importante que el paciente pueda visualizar también nuestros brazos y manos. Las fuentes de luz deben ser frontales y no traseras, ya que las traseras generan sombras en nuestro rostro, y el contacto cara a cara es importante para activar sensaciones de seguridad vago ventrales.
9. Sugerimos usar la misma vestimenta que utilizaríamos si estuviésemos trabajando presencialmente con los pacientes. Necesitamos crear un ambiente terapéutico, por más que estemos trabajando desde nuestra casa. Zoom nos permite tener un *background* virtual en nuestras reuniones. Hasta podemos tomar una foto de nuestro consultorio y ponerla detrás. Es más que importante que el paciente pueda proveerse de este espacio en su casa para poder tener la sesión en un contexto de privacidad. Si el paciente no logra tener un espacio de privacidad para poder trabajar su intimidad sin ser escuchado por su pareja, sus hijos, sus padres, sus concubinos, etc., es pertinente pro-

blematizarlo. Tenemos que lograr que el espacio *on line* tenga el mismo efecto de confidencialidad y seguridad que el espacio compartido del consultorio. No necesariamente trabajaremos en un *setting* ideal. Los pacientes pueden incluso encerrarse en la cocina, en el baño o en el auto, para tener la sesión con privacidad.

10. Debemos poder generar todas las condiciones para que la terapia *on line* no sea terapia virtual sino terapia real (*face to face*). En la terapia *on line* también es posible ver cómo el paciente respira, su color de piel, la expresión de su voz, de su mirada y de su rostro, en un vínculo que trataremos siga siendo cercano, cálido y seguro.
11. Sobre la Estimulación Bilateral (EB). El paciente puede usar *apps* de EB. Hay varias. El paciente puede encargarlas o descargarlas entre sesión y sesión: *Bilateral stimulation (BLS) settings / BLS buzzers / neuro tech BLS / Touch Points Technology / EMDR kit*, etc. Puede ponerse auriculares de oído con el sonido de la EB, junto al auricular envolvente para seguir escuchando la voz del psicoterapeuta. Si usando Zoom, por alguna situación didáctica queremos compartir la pantalla, nuestra imagen queda reducida y perdemos la calidad del contacto cara a cara, por lo que sugerimos no hacerlo si vamos a trabajar al mismo tiempo con EMDR y estimulación bilateral.
12. Si vamos a trabajar con movimientos oculares no podemos usar la posición “barcos que se cruzan”, por lo tanto, estaremos cara a cara con el paciente.
13. El “abrazo mariposa” es muy útil para producir una doble EB que es auto-aplicada por el paciente. No necesariamente puede ser usada por pacientes que tuvieron un histórico de abuso sexual en la infancia, por lo que con ellos debemos hacer una EB (auto-aplicada) en sus brazos o en sus cuádriceps.

14. Integrando la TPV con la psicotraumatología y la psicoterapia corporal vamos a apoyarnos permanentemente en la sabiduría del SNA. La dimensión corporal y energética de los pacientes va a ser el termómetro emocional de sus posibilidades de resiliencia, de estabilidad, de equilibrio, y de las posibilidades de conexión afectiva y social. El SNA va a ser el portal de apoyo para trabajar todo el resto. Este es uno de los principales cambios que vamos a introducir desde la TPV (Porges, Dana, 2019).
15. Vamos a darle a los pacientes guías para que puedan trabajar por sí mismos, que tendremos previamente escritas en forma de fichas con fotos ilustrativas: TAPAS, Un ojo por vez, TRE, mapas de la TPV, ejercicios de enraizamiento y de respiración, etc.
16. Desde la TPV vamos a comenzar las sesiones de una misma manera con cada paciente y darles un cierre integrador. Es decir, vamos a elegir un forma previsible e integradora de inicio y cierre de sesión, que le permita a cada paciente sentirse confiado y seguro, tanto a la entrada como a la salida del consultorio o de la sesión *on line*. Le vamos a dedicar ese tiempo, en el espacio del *setting* (ya sea presencial u *on line*) para poder afirmar e instalar esas sensaciones de confianza y seguridad en su organismo.
17. Vamos a hacer mapas del SNA siguiendo el modelo jerárquico de D. Dana (2019) para poder situar en dónde está el SNA en cada momento. Usaremos esencialmente el mapa neuroceptivo, el mapa de desencadenantes, y el mapa de auto y correulación, combinados con el mapa de “la sopa diaria”.
18. Al trabajar con trauma vamos a promover y dar el tiempo necesario para el trabajo con la fase 1 del trauma: la estabilización (Gonçalvez Boggio, 2008, 2019). Estabilizar y garantizar la seguridad de los pacientes es uno de los factores más importantes que podemos hacer con respecto al trauma en las sesiones *on line*. En este contexto digital

le vamos a dar más tiempo a la fase de estabilización. Especialmente si estamos trabajando con pacientes nuevos. No tenemos que estar permanentemente preguntándonos “¿cuándo va a pasar algo?” o “¿cuándo comienza “el trabajo real?””.

Podemos trabajar con ejercicios de *grounding* que promuevan equilibrio, arraigo, estabilidad; podemos trabajar con ejercicios de centramiento a través de la respiración, incidiendo así en el tono y en el freno vagal (Dana, 2019); podemos trabajar haciendo hincapié en la psicoeducación, o instalando y reforzando recursos (Levine, 2012).

19. Reducir el ritmo del procesamiento del trauma puede marcar una gran diferencia. En el procedimiento *on line* debemos aprender a reducir los tamaños de los pasos. Esta, en realidad, va a ser una enseñanza del COVID-19 para toda la humanidad. Reducir la cantidad y aumentar la calidad. Menos cantidad y más calidad (de viajes, de consumo, de estímulos, de velocidades, etc.). Gran parte de la frustración en el tratamiento del trauma proviene de haber establecido pasos más grandes de los que cada paciente puede manejar. No debemos pensar que todo lo que resulta demasiado para el paciente es una resistencia.
20. Recomendamos bordear el trauma actual para luego centrarse en el trauma del pasado. Con algunos pacientes vimos que mejoraron bajando la fase 1, pero, aun así, luego de semanas tuvieron una recidiva sintomática. Este hecho implica la necesidad de reevaluar el proceso. ¿La situación por la que vino a consulta el paciente, es decir, su situación actual, es lo que realmente le motivó a buscar ayuda? ¿O quizás le distrae, en su avance, la historia de un trauma pasado? ¿Qué desencadenamientos hubo entre el desencadenante que motivó su consulta y su histórico de traumas? ¿Por qué comenzó psicoterapia ahora? Este motivo siempre es importante, pero también los hechos traumáticos puntuales que pueden haber ocurrido semanas o meses antes del motivo desencadenante, y que pueden haber quedado marginalizados de

su conciencia o de su territorio existencial (Gonçalvez Boggio, 2008). Si el paciente puede responder la pregunta de qué lo trajo a la consulta en este momento, una vez resuelto el problema que le ha traído hasta nosotros podremos abordar el trauma anterior con más seguridad.

Una sugerencia práctica es no permitir que sean los pacientes que presionen para tratar los recuerdos prematuramente, o realizar algún paso para el que consideremos que el paciente, o el vínculo psicoterapéutico, aun no estén preparados. Nunca dejemos de lado el sentido común cuando estamos trabajando con trauma. Escuchamos nuestra sabiduría y seguimos nuestra intuición. Siempre recordamos el viejo precepto de la clínica médica: antes que nada, no lastimar. Si vemos que no estamos pudiendo trabajar con los pacientes porque nos sentimos frustrados, o porque los propios pacientes sienten que no avanzan en el proceso, asegurémonos de darle continuidad al tratamiento derivándolos a algún colega.

21. Vamos a seleccionar los *targets* más recientes en oposición a los *targets* referidos a traumas de la infancia. Podemos trabajar haciendo un *float back* entre los desencadenantes de los conflictos actuales y aquella situación traumática que fue vivida en la primera infancia, de la que se tiene un leve recuerdo. Por ejemplo, intentando disminuir el ruido que el pasado genera en el presente, alternando y volviendo al *target* presente, para terminar enraizados en él. Podemos alternar la búsqueda de la escena fundante (Solvey y Solvey, 2012) concentrándonos en las sensaciones del presente.
22. Hacemos sets de EB cortos y breves (de 20 a 40 segundos).
23. Somos realistas con el nivel de SUDS (*Subjective Unity Disturbance Scale*) que podemos trabajar con los pacientes en cada sesión. Es irreal pensar que, en estos tiempos de incertidumbre, podemos bajar a 0 la perturbación en todas las sesiones, porque no va a ser creíble. Aun en SUDS de 3 podemos instalar una sensación de paz y de tranquilidad,

pero no necesariamente de seguridad. Podemos incrementar cogniciones positivas creíbles: “no estoy solo”, “puedo tener control ahora”, “puedo manejarlo”, “esto va a pasar”. Cogniciones que no vayan en contra de las neurocepciones del SNA, que se sabe no totalmente regulado en este contexto de pandemia. En tiempos de COVID-19 es normal sentirse ansiosos y estresados por el futuro. Debemos crear un espacio realista y seguro para darle sentido a esa ansiedad y hacerla manejable, aunque aun no tengamos respuestas sobre el futuro post pandemia.

24. Instalamos recursos y estabilizamos a los pacientes para que el trabajo en el *setting on line* no sea ni caótico, desbordante y desestabilizador, ni frío, aséptico y poco contenedor. Para ello tenemos que trabajar en forma más minimalista, con movimientos lentos y pendulares entre el vórtice curativo y el vórtice traumático. Cuando trabajamos con trauma no podemos olvidar la máxima: menos es mas. Nuestro principal objetivo es no retraumatizar a los pacientes, pero también que los procesos avancen, sesión tras sesión. No entramos en “piloto automático” (movilizando de menos), pero tampoco alentamos el uso de defensas catárticas o histeriformes (movilizando de más). El paciente va aprendiendo a reducir la hiper activación de su SNA y cómo controlar las reacciones neurovegetativas a través de descargas dosificadas. Para ello usamos las técnicas de dosificación y pendulación de la experiencia somática de P. Levine (2012).
25. En lo que respecta a la relación entre trauma y memoria debemos darles una forma segura a los pacientes para que puedan acceder a la memoria traumática, generando anclajes en lugar seguros antes de salir de los estados disociativos vago dorsales (Levine, 2018). Tanto la hipervigilancia como los estados evitativos disminuyen el interés en los damnificados para recordar el hecho traumático. La re-narración de la experiencia traumática se tiene que realizar con el paciente ob-

teniendo y desarrollando el control de la historia. Podemos usar *on line* la técnica de reducción de incidentes traumáticos (TIR) desarrollada por G. French y F. Gerbode (2003) y sus estrategias de desbloqueo (*unblocking*).

26. En las intervenciones verbales hacemos un mayor hincapié intencional en el entretejido cognitivo relacional. Es decir, no solo decimos: “¿qué viene?”, “¿qué aparece?”, “concéntrate en eso”, “déjalo pasar”. Sino que intencionalmente vamos a usar palabras o frases que concentren al paciente en nuestra presencia, en nuestro vínculo, en nuestra relación: “estoy ahí/aquí contigo”, “vamos a focalizarnos en eso, ¿qué te parece trabajarlo ahora juntos?”. En vez de decir: “deja venir lo que venga a tu mente sin ningún tipo de juicio o de crítica”, le decimos: “estoy aquí para ser un testigo que no te va a juzgar para todo lo que venga y aparezca”. La frase que más repetimos entonces es “estoy aquí contigo” y luego estimulamos bilateralmente. Este entretejido cognitivo relacional le va a dar más seguridad a los pacientes.
27. Con algunos pacientes podemos trabajar con metáforas referidas al COVID-19. Por ejemplo, una metáfora que usamos durante las primeras semanas de trabajo *on line* fue la de la TV y el control remoto, y la dividimos en cuatro puntos.
- a) La pandemia nos sacó varios canales de la opción de nuestro control remoto. La mayoría de los mejores canales o ya no están habilitados o quedaron en pausa o en cámara lenta. El COVID-19 nos sacó muchas de nuestras opciones vitales con las que nos conectábamos socialmente.
- b) La pandemia subió el volumen del control remoto. En situaciones de confinamiento comenzamos a ver y a escuchar a nuestra pareja, a nuestros hijos, a nuestros concubinos, de una forma más intensa; ahora los estamos viendo, los estamos escuchando y los estamos sintiendo verdaderamente. La pandemia subió la intensidad. Lo que

antes era un 3 o un 4 ahora es un 9 o un 10. Ya no puedo no verlo, ya no puedo no sentirlo. Este pasaje repica directamente sobre nuestros vínculos, sobre la dinámica de nuestras relaciones, sobre nuestros patrones de apego y desapego con nuestras parejas, con nuestros hijos, con nuestros padres, con nuestras amistades. ¿Qué otro impacto tiene subir el volumen del control remoto? Aparecen con mayor visibilidad los desencadenantes de nuestro estrés. Y ahora los podemos ver con mayor facilidad. Los desencadenantes pueden hacer recordar algo “allá atrás” (positivo o negativo). Hay más tiempo y espacio para verlo, y también para ver las respuestas adaptativas caracteriales que pueden ser útiles, o ya no, en este nuevo contexto de pandemia.

c) La pandemia cambió el *zoom* de la tele, el contraste y el brillo. ¿Qué podemos ver ahora con más claridad? ¿Qué se hace más brillante y podemos ver como esencial? ¿Qué de nuestra historia, de nuestra narrativa, podemos cambiar al modificarse el foco y hacer *zoom* en otras áreas vitales? Por ejemplo, trabajando con el contraste entre lo esencial y lo no esencial: ¿qué necesito en mi vida? ¿tengo o no tengo lo que necesito? ¿lo puedo valorar o no lo valoro aún? ¿Cuánto de la historia que nos contamos de nosotros mismos está condicionada por nuestros traumas y conflictos pasados?

d) ¿Cómo vamos a usar el control remoto de aquí en más? Asumiendo que podemos controlar algo de este proceso: ¿qué puedo elegir y qué no? Quizás ahora con un mayor entendimiento y conciencia, con mayor contacto y responsabilidad ¿qué deseo elegir entre las distintas opciones que aparecen en mi TV?

28. Para el trabajo con la dimensión temporal en la pandemia una técnica que utilizamos fue la de armar una nueva cartografía deseante orientada al presente y al futuro. La pregunta con la que empezamos a trabajar fue: ¿qué pasa cuando no podemos hacer lo que deseamos? La pandemia es una situación inédita. Se nos desequilibraron nuestros

parámetros de desarrollo personal, profesional, familiar, de pareja, cultural, social, laboral. Se disolvió parte de nuestros territorios existenciales: el proyecto de vida 2020 y su agenda que teníamos previo a la pandemia. Cuando no podemos hacer lo que deseamos queda anulada la decisión individual y la conexión social, poniendo en evidencia nuestros recursos, pero también nuestros déficits e insuficiencias. Aparecen nuevos conflictos entre las demandas del *ello*, coartadas por el aislamiento, y los ideales del *superyo*, que ya no permiten controlar la angustia a través de nuestros rituales cotidianos, lo que nos obliga a crear acciones sustitutivas que nos llevan a la oscilación entre diferentes estados de humor.

Una variable importante y determinante que vimos en los pacientes es que la posibilidad de continuar trabajando es uno de los emergentes predominantes de las personas que han atravesado la pandemia con salud de las que no. Nosotros, como psicoterapeutas, hemos sido parte de las personas privilegiadas que han podido seguir trabajando en la pandemia, en la medida en que hayamos podido readaptar nuestro encuadre y metodología. La interrupción súbita de un devenir de un territorio existencial puede ser disruptivo, pero no necesariamente traumático. ¿Qué pérdidas hemos tenido que hacer y qué duelos implicaron? ¿Dónde quedó *eros* a partir de estas pérdidas y frustraciones? ¿Dónde hemos podido ubicar nuestro goce para poder seguir haciendo lazo social?

29. Otra cartografía posible de trabajar es visualizar el sujeto pre pandémico, el sujeto pandémico, para luego crear un sujeto post pandémico. Hacemos una cartografía tomando contacto con los cambios suscitados en todas las áreas: en los roles profesionales, docentes, parentales, vinculares, en la pareja, etc. Trabajamos la caída de las expectativas, de las ilusiones y de los ideales. Hay un cambio significativamente importante sobre lo que podíamos hacer pre pandemia y lo que podemos hacer durante la pandemia.

¿Cuál ha sido tu “pandemia *slogan*” o tu “pandemia mantra”? Le podemos preguntar a los pacientes sobre su *slogan* o mantra de la pandemia y luego reflexionar sobre él. Para una paciente anglosajona su *slogan* de la pandemia fue: *simple pleasures small victories*, y se hizo una remera con esta frase. Otra paciente se hizo tazas para su familia, para sus vecinos y amigos, con un dibujo con la frase: *Can I let this go?* ¿Qué es lo que puedo soltar? es una poderosa pregunta que nos podemos hacer en el escenario post COVID-19. ¿Cómo será el paciente post COVID-19? Podemos pensar el paciente pre pandemia, el paciente de la pandemia y cómo será el paciente post pandemia. Podemos detallarlos usando tres columnas. La tercera quizás sea una mezcla de las dos primeras mejorada, o quizás sea algo completamente novedoso.

30. Otra técnica que podemos usar es indagar el don que aparece en el contexto de la pandemia. El don es un rasgo que te singulariza frente a ti mismo y a los demás. No es un nombre, un apodo dado por otros, o un título. Es el rasgo que nos hace distintos para establecer una conexión social y afectiva genuina. El don es la cualidad que hace una diferencia y nos abre espacios singulares. Proviene de lo transgeneracional, de los aprendizajes cotidianos, de los aprendizajes institucionales, etc. El don que debemos tener como psicoterapeutas es la empatía.

Por más empáticos que seamos como psicoterapeutas no debemos olvidar de cuidar de nosotros mismos. De lo contrario aumentaremos el desgaste por empatía (*compassion fatigue*) y el trauma vicario (*vicarious traumatization*). Para los psicoterapeutas que trabajan en la dimensión organizacional es aun mayor el peligro de quedar quemados en el trabajo (*burn out*).

Como psicoterapeutas debemos prestar mucha atención a la hipertrofia de nuestros sistemas de cuidar a otros y la hipotrofia en los sistemas

de organizar nuestros propios cuidados, traspasando permanentemente nuestros límites.

El tratamiento del trauma agota muy rápidamente las reservas emocionales, físicas y energéticas de los psicoterapeutas. Si usamos a nuestro cuerpo como nuestro termómetro energético, físico y emocional podemos prestar atención a lo siguiente:

- Vista: observar los posibles cambios en la percepción visual (enfoque, nitidez, color, cansancio).
- Oído: prestar atención a las posibles variaciones en la percepción de los sonidos que nos rodean (más altos, más bajos, más claros, atenuados, saturación, zumbidos).
- Tono muscular: notar los cambios en el tono muscular (algún cambio de tensión o de flacidez en algunas partes de nuestro cuerpo).
- Respiración: fijarnos adonde va el aire que respiramos, la profundidad y la velocidad de nuestra respiración.
- Temperatura: observar los cambios de temperatura en las distintas partes de nuestro cuerpo.
- Sensaciones varias: por ejemplo, hormigueos, parestesias, presiones y dolores que vienen y van.
- ¿Cuál de estos indicadores se hace más vívido? ¿Las sensaciones corporales, los estados de ánimo, los sentimientos, los pensamientos, las imágenes mentales?

Es importante, en estas largas jornadas *on line* (ya sea en casa o en consultorio) preguntarnos permanentemente: ¿qué necesito? ¿Cómo puedo cuidar mejor de mí? ¿Qué reajustes puedo realizar en mi SNA?

2.3 LA TEORÍA POLIVAGAL

A healing environment is a safe environment

Stephen Porges

2.3.1 Reprogramando el SNA desde el enfoque polivagal

S. Porges (2020), el mayor investigador contemporáneo sobre el SNA, relata en una de sus últimas entrevistas públicas que a nuestro sistema nervioso no le gusta no saber. El problema con el COVID-19, es que estamos llenos de incertidumbres: no podemos tener la certeza de quien es portador del virus y quien no, si nos contagiarnos por aire o por superficie, por gotas o por aerosoles, si una vez contagiado los síntomas serán graves o no, si tendremos inmunidad por más de un semestre, o no, una vez cursada la enfermedad, etc.

No podemos ni interactuar con otros ni tener certezas, dos necesidades básicas para nuestro SNA. Estamos en un estado neurofisiológico muy extraño que a nuestro cuerpo no le gusta nada. Aun así, tenemos que entender e interpretar lo que nuestro cuerpo trata de decirnos. Gran parte de esa información que nuestro cuerpo nos está transmitiendo en forma de sensaciones desagradables, tiene que ver con el elevado grado de incertidumbre que nos rodea. Nuestro sistema nervioso está en modo defensivo porque detecta peligro.

¿De dónde recibe la información nuestro SNA en cada experiencia? La recibe a través de lo que Porges (2018) denomina neurocepciones. Las neurocepciones son la forma que nuestro SNA detecta, a través de sistemas subcorticales, las señales de peligro o de seguridad. A las señales que enviamos y que recibimos desde el SNA Porges las llaman neurocepciones, y son anteriores a las percepciones. A diferencia de las percepciones se trata de “detecciones sin conciencia”, una experiencia subcortical que ocurre muy por debajo de los dominios del pensamiento consciente.

Las neurocepciones nos dan la información adecuada para hacer los ajustes necesarios en nuestro SNA. Son el fundamento biológico para detectar las señales de peligro y hacer los ajustes que necesitamos para auto y corregularnos. Este proceso neurovegetativo se produce molecularmente, con un alto grado de flexibilidad.

En cada encuentro clínico, pero también en nuestra vida cotidiana desde la TPV nos preguntamos: ¿qué señales estoy recibiendo del entorno y qué señales estoy mandando desde mi SNA? Hay señales que nos hacen sentir más seguros y regulados que otras, y otras nos hacen sentir más inseguros y desregulados. La TPV nos proporciona una serie de mapas (Dana, 2019) para poder reprogramar y reconfigurar nuestro SNA.

Desde la TPV al igual que desde los ejercicios de TRE (que veremos más adelante en el capítulo 2.4) invertimos los principios básicos de la psicoterapia verbal. Porque la mente narra lo que el sistema nervioso ya sabe. La historia (narrativa) sigue al estado (del SNA). Antes que el cerebro entienda y comprenda el significado de un incidente, el SNA, a través del proceso de neurocepción, ha reaccionado e iniciado una respuesta adaptativa de supervivencia. Por eso la neurocepción precede a la percepción y la historia sigue al estado. Dado que la historia sigue al estado, la narrativa que lo acompaña reflejará la intensidad del cambio de estado (Gonçalves Boggio, 2019a).

La historia que podemos narrar de la pandemia es consecuencia del estado en que está nuestro SNA. Las señales de seguridad, de peligro, de amenaza, de muerte o de enfermedad pueden ser similares o muy diferentes entre las personas. Ello depende del perfil neural de cada SNA. Nuestro cuerpo, a través de nuestro SNA es un gran termómetro. Tenemos que ser comprensivos y respetuosos con nuestros estados neurovegetativos y con nuestras respuestas físicas, que son absolutamente congruentes con nuestros estados emocionales y energéticos, siguiendo los principios de la identidad funcional de W. Reich (1986). Si bien el principio reichiano y

bioenergético de la identidad funcional está en la línea del enfoque polivagal, el trabajo que se hace del SNA desde la TPV es mucho más delicado y se relaciona con los avances en la investigación neurocientífica que se han dado en las dos últimas décadas, pudiendo guiar un regreso apacible a la coherencia del sistema nervioso, lo que minimiza las posibilidades de que el trauma vuelva a aparecer. A modo de ejemplo: en lugar de liberar las emociones mediante los actings neurovegetativos del Análisis Reichiano o de los ejercicios catárticos y abreactivos del Análisis Bioenergético, desde el enfoque polivagal los poderosos estados emocionales y energéticos se hacen conscientes y se contienen para que puedan ser integrados y transformados en una mayor capacidad de conexión. Mantenerse presente ante el afecto intenso, y poder sustentarlo, aumenta la resiliencia del SNA y fomenta el desarrollo de la profundidad emocional. Junto al acercamiento progresivo y suave de la experiencia somática (P. Levine) y los ejercicios de liberación del estrés y del trauma (D. Bercei) que fomentan la descarga energética de las intensas energías de supervivencia de las respuestas corporales de lucha y de huida que están bloqueadas, hiper activadas o disociadas en los cuerpos, la TPV aporta herramientas adicionales (relacionales y vinculares) para abordar los traumas por shock y la superposición con los traumas de desarrollo (Heller y LaPierre, 2017).

Existe una anatomía de las neurocepciones que podemos cartografiar a través de los mapas del SNA (Dana, 2019).

La primera pregunta que trabajamos con nuestros pacientes es: ¿esto es seguro o es inseguro para mí? ¿En este momento, en este lugar, en contacto conmigo y con esta(s) persona(s), cuál es mi neurocepción del SNA?

El trabajo principal del SNA en mamíferos y humanos es hacerse, sin palabras, la siguiente pregunta: “¿estoy a salvo?”. Si el sistema vagal dice, “no estoy a salvo” se activa el sistema simpático de lucha/huida o el sistema vago dorsal de la paralización, como veremos en la figura 4.

¿Cómo reacciona nuestro SNA frente al miedo y a la inseguridad?

Para la TPV, en esta pandemia nuestros cuerpos están en un estado fisiológico de tal incertidumbre que dispara nuestros resortes defensivos.

La primera respuesta es movilizarse, actuar, seguir moviéndonos, lo que llamamos, en términos del sistema simpático, la preparación para luchar o huir de una situación de inseguridad o de peligro. Esta es nuestra principal estrategia defensiva. Pero, evidentemente, en estados de cuarentena y/o confinamiento, y al no poder resolver la situación, esa energía del sistema nervioso simpático queda atascada. Surge entonces el malestar psicológico de la ansiedad.

La siguiente respuesta frente a tanta sobrecarga es bajar la carga (embotarse, anesthesiarse), para posteriormente rendirse (disociarse o deprimirse). En este estado las posibilidades de enfermar son aun mayores.

Para deshacernos de esa angustia/ansiedad que nos produce estar todo el tiempo alertas, nos apagamos, concluimos que no hay nada que hacer, que no merece la pena tal estado de tensión. Allí pasamos del estado de ansiedad a un estado de depresión, como si hubiese una resignación biológica (Reich, 1985) en nuestro organismo, más o menos consciente.

La salida a estos estados la encontramos en la corregulación, que tiene que ver con nuestra capacidad de relacionarnos y de regularnos a través de la interacción social, en lugar de hacerlo solos a través de la autorregulación, que es necesaria, pero sola no alcanza.

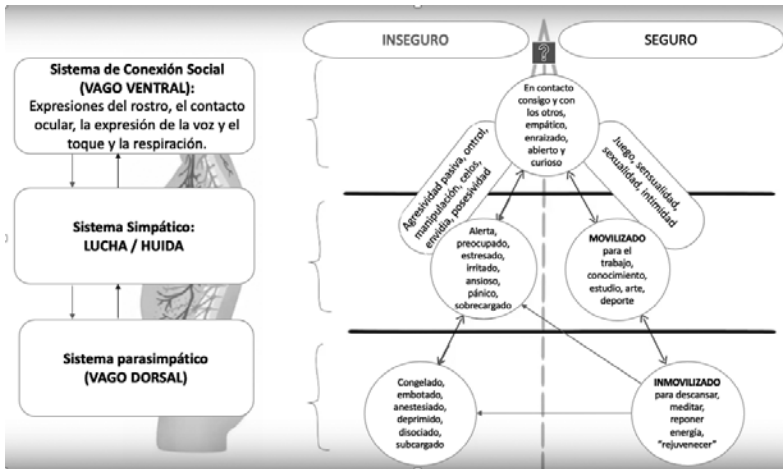


Figura 4

En el contexto de la pandemia es más difícil corregularse con otros porque estamos confinados en casa o en nuestras burbujas. Si bien contamos con el teléfono y las videollamadas, que son mejor que nada, necesitamos volver a la conexión afectiva y al contacto social, lo que Porges (2018) denomina estado vago ventral.

Para Porges la correulación es un requisito previo necesario para la autorregulación. El historial de traumas de los pacientes está marcado por la ausencia de experiencias de correulación seguras y predecibles.

La TPV identifica la correulación como un imperativo biológico, una necesidad que debe cumplirse para sostener la vida. A través de la regulación recíproca de nuestros estados autónomos nos sentimos seguros para conectar y crear relaciones de confianza con otros. Para estar sanos necesitamos la conexión que nos da la correulación con un otro seguro.

Las personas traumatizadas, las personas ansiosas, las personas deprimidas no pueden usar la interacción con el prójimo para sentirse mejor

consigo mismas. El modo en que hablan y respiran, la forma en que se vinculan y relacionan, favorece comportamientos de lucha/huida o de congelamiento/disociación, no pudiendo disfrutar de las interacciones recíprocas que pone en marcha el sistema de conexión social (vago ventral).

La correulación es la esencia de las relaciones positivas: alianzas de trabajo, amistades duraderas, conexiones íntimas. Si perdemos las posibilidades de correulación en nuestra infancia, nos resentimos por ello en las relaciones adultas (Di Bártolo, 2016).

El trauma –ya sea en experiencias de comisión (acciones dañinas) u omisión (falta de atención)– hace que la correulación sea peligrosa e interrumpe el desarrollo de nuestras habilidades de correulación. La correulación es un requisito para sentirnos seguros. Nuestra fisiología se regula en conexión con los demás.

Cuando dos SNA comienzan a correularse en la conexión vago ventral forman un circuito de retroalimentación que crea una espiral ascendente de aumento de tono vagal (Porges y Dana, 2019).

La correulación no crea dependencia, sino que construye una base para la autorregulación y la capacidad de recuperación de los pacientes. Con este punto en mente usamos la relación psicoterapéutica para ofrecer oportunidades frecuentes y predecibles para la correulación.

El arte de trasladar la TPV a la psicoterapia consiste en respetar la sabiduría innata del SNA y en encontrar formas de aportar el grado adecuado de desafío para reformar los patrones de protección en patrones de conexión. Sabiendo que el estado de seguridad y de conexión vago ventral es el que fomenta el cambio, nuestra primera responsabilidad como psicoterapeutas es encarnar ese estado y luego ayudar a nuestros pacientes a entrar en ese lugar de seguridad.

La TPV nos fue muy útil para trabajar en la pandemia con nuestros pacientes ya que permite responder la pregunta ¿cómo podemos cuidarnos? Y para ello necesitamos poder responder la pregunta: ¿dónde está nuestro SNA en cada momento?

Desde la TPV buscamos tener respuestas flexibles frente a las situaciones estresantes y traumáticas.

Tenemos que tomar en cuenta que quien ha estado afectado por una situación traumática y ha desarrollado TEPT está desconectado de la sabiduría de su SNA. El trauma desbalancea al SNA, lo desequilibra y lo bloquea.

El SNA guía nuestras experiencias cotidianas. Al ser seres sociales que necesitamos relaciones fiables y recíprocas en nuestras experiencias de la vida diaria para poder obtener bienestar físico y emocional, lo primero que intentamos en nuestro SNA es desenvolvernos usando nuestro sistema vago ventral. Utilizamos estrategias para establecer contacto (compromiso y comunicación social) en un intento de corregulación.

Cuando no conseguimos usar la conexión y la comunicación social para asociarnos con otros, nuestro SNA sale de la seguridad del estado vago ventral y se involucra en las respuestas del sistema nervioso simpático. El estado simpático aporta estrategias de confrontación (lucha) o evitación (huida) en un intento por solucionar el peligro y regresar a la seguridad de la regulación vago ventral.

Este ciclo de reacción y vuelta a la regulación entre estos dos estados autónomos es una experiencia frecuente en el transcurso del día. Cuando las tácticas de movilización del sistema nervioso simpático no funcionan, damos el último paso atrás, en la línea temporal evolutiva, hacia el colapso vago dorsal. Entonces, nos desconectamos de nosotros mismos, de los demás y de nuestros recursos internos y externos. Esperamos en la

respuesta de inmovilización vago dorsal, sintiéndonos perdidos e incapaces de encontrar nuestro camino de regreso a la conexión (Porges, 2018).

Para recuperarnos de este estado vago dorsal tenemos que avanzar, a lo largo de la línea temporal evolutiva, a través de la energía del sistema nervioso simpático para alcanzar la regulación vago ventral. Sin los recursos suficientes (habilidades internas, seguridad del entorno, apoyo social) puede repetirse un patrón de inmovilización–movilización–inmovilización en un bucle autónomo doloroso. El anhelo de alcanzar un estado vago ventral no se cumple y se instalan así sentimientos de desesperanza. Cuando el sistema comienza a salir del colapso vago dorsal, existe la posibilidad de que surjan momentos de desorden de la energía del sistema nervioso simpático.

Cuando estas estrategias adaptativas no dan como resultado una sensación de conexión, ya sea con uno mismo o con los otros, la repetición del patrón inmovilización–movilización–inmovilización provoca un agotamiento, y el paciente vuelve a buscar la conservación necesaria de energía a través del colapso (Porges, 2018).

Una de las formas de intervención clínica desde la TPV es trabajar con la respiración de los pacientes, lo que es muy dúctil realizarlo *on line*, y es una forma directa y accesible de aumentar el tono vagal. Desde los ejercicios respiratorios podemos regular los estados autónomos tonificando el nervio vago al trabajar con los segmentos torácico, diafragmático y abdominal. Combinándolos con ejercicios de tensión y de relajación y con las descargas neurogenéticas del TRE, podemos incidir en el tono vagal de los pacientes buscando anclar estados vago ventrales de seguridad, de contacto y de conexión social. Podemos trabajar además otros grupos de músculos. Por ejemplo: los trabajos de desacorazamiento con el músculo trapecio a través del movimiento, rotación y estabilización de la escápula, proporciona señales de seguridad no verbales. La activación y liberación intencional del trapecio activa cambios sutiles en la neurocepción. Per-

mite descongelar patrones cristalizados de la anatomía emocional, como consecuencia de las experiencias traumáticas. Cuando se está relajado, la neurocepción es de seguridad y puede sentirse una apertura a la conexión social. En situaciones postraumáticas de inmovilidad, el músculo trapecio puede colapsar. Asimismo en un estado de TEPT la rigidez de los músculos esternocleidomastoideos produce bilateralmente una neurocepción de peligro produciendo respuestas de inmovilización. En el trabajo de des-acorazamiento, a través de micromovimientos suaves y fluidos con la cabeza y el cuello, podemos estimular el tono vagal, liberando suavemente los pequeños músculos suboccipitales que unen la base del cráneo, para luego trabajar con los trapecios y los esternocleidomastoideos (González Boggio, 2019a).

Otra forma muy útil para trabajar con el TEPT en un setting *on line* es realizar mapas del SNA.

2.3.2 Los mapas del SNA

El SNA se configura a través de la experiencia. En respuesta a las experiencias vamos desarrollando un perfil neuronal personal con patrones habituales de reacción: de conexión, desafío, evitación, colapso. Reconocer estas respuestas y percibir qué patrones se activan es el primer paso en las prácticas del enfoque polivagal (Porges y Dana, 2019). Tenemos que tomar en cuenta que los patrones autónomos se construyen con el tiempo. La buena noticia es que cartografiando nuestras respuestas podemos predecirlas y reconfigurarlas.

Nuestra tarea clínica, desde la TPV, es crear una narrativa de seguridad.

Conectarnos con nuestros anclajes vago ventrales de forma predictiva e intencionada. Para ello debemos rastrearlos y nominarlos. Ese va a ser nuestro principal objetivo psicoterapéutico. A medida que vamos traba-

jando, sesión tras sesión, van apareciendo nuevos anclajes vago ventrales. El objetivo es tener varios.

Cuando trabajamos en psicoterapia lo que quiere saber el SNA del paciente es que no está solo para lidiar con sus conflictos y para trabajar con sus escenas traumáticas. El lenguaje que usamos es el de la conexión. Con nuestro SNA le transmitimos al SNA del paciente: “pase lo que pase, no me voy a ninguna parte, estoy aquí enteramente disponible para trabajar contigo, ese es mi principal objetivo durante el tiempo que dure de la sesión”. No usamos necesariamente el lenguaje del córtex para instalar estados vago ventrales de seguridad, pero sí usamos el lenguaje del SNA para instalar dichos estados: “quiero decirte que estoy aquí y que no estás solo”, es un mensaje que se envía y que se instala energéticamente desde nuestra corporalidad (en la forma en que miramos y escuchamos, en el modo en que nos movemos y prestamos atención) en el *setting* psicoterapéutico. Esta energía de conexión es la energía que va a permitir al paciente descongelarse y moverse desde los estados vago dorsales y simpáticos a estados vagos ventrales. Estas transiciones vamos a hacerlas de la forma más segura posible, usando los mapas de la TPV (Dana, 2019) como anclas orientadoras, creando el hábito de saber dónde está nuestro SNA en cada momento.

Los mapas que vamos a realizar sesión tras sesión con los pacientes nos van a permitir, en primera instancia, comprender las estrategias que los cuerpos han adoptado para adaptarse y sobrevivir a esta situación de pandemia, y en segunda instancia, con esa información, elaborar estrategias que le permitan sentirse más a salvo, permitiendo cambiar la fisiología (moldear el SNA) por medio del análisis y la reconfiguración del comportamiento social.

Para la realización de los mapas del SNA desde el enfoque polivagal D. Dana (2019) usa la imagen de una escalera “jerárquica” que divide en tercios. Cada tercio representa un estado autónomo: el estado vago ventral

en el tercio superior, el estado simpático en el tercio central y el estado vago dorsal en el tercio inferior, como se muestra en la figura 5.

A los pacientes les vamos a preguntar a través de distintos mapas: ¿dónde estás en la escalera? Y vamos a rastrear los cambios de estado (utilizando la imagen de subir y bajar por la escalera). La idea central es identificar sus perfiles individuales de activación y de conexión en cada momento. Los mapas son una herramienta poderosa, y un ancla orientadora, para crear el hábito de saber dónde estamos en nuestro SNA en cada momento. Hay un rango de respuestas para cada uno y una progresión al moverse entre los estados. El uso de una progresión ascendente y descendente en la escalera no implica que una dirección sea buena y la otra mala, sino que más bien pretende representar la jerarquía y la supervisión del estado vago ventral (el estado de la conexión social y afectiva, del equilibrio y de la paz) para mantener la homeostasis. Cuando salimos del estado vago ventral por sentirnos inseguros, nuestro SNA se dirige hacia la movilización, la sobrecarga, la alerta, la ansiedad y/o el pánico del sistema

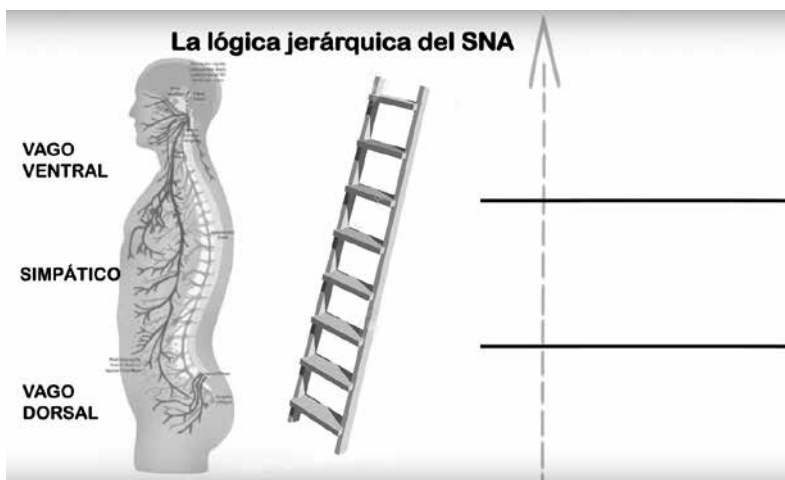


Figura 5

nervioso simpático; si esta respuesta defensiva no es eficaz nos deslizamos hacia la inmovilización, el embotamiento, la subcarga, la anestesia, la disociación, la depresión y/o el colapso del sistema parasimpático vago dorsal. Para retornar al estado vago ventral tenemos que ascender desde el estado vago dorsal al simpático, y de este al vago ventral. No podemos saltar del estado vago dorsal al estado vago ventral. Para recuperarnos del estado vago dorsal tenemos que avanzar a través de la carga de energía del sistema nervioso simpático para poder alcanzar la regulación vago ventral. En este pasaje de lo vago dorsal a lo simpático, las psicoterapias corporales son muy eficaces, pero tenemos que estar muy atentos ya que existe la posibilidad de que surjan momentos de desorden de la energía del SNA –actings out, conductas auto-flagelantes, etc.– (Gonçalves Boggio, 2019a).

Los mapas que vamos a realizar nos van a permitir, en primera instancia, reconocer y comprender las estrategias que nuestro cuerpo ha adoptado neurovegetativamente para adaptarse y sobrevivir, y en segunda instancia, con esa información, elaborar estrategias que nos hagan sentir más a salvo, permitiéndonos cambiar nuestra fisiología por medio de un comportamiento social que promueva el estado de equilibrio vago ventral.

En el mapa de desencadenantes (Dana, 2019) vamos a poder cartografiar cuáles son los eventos concretos que ponen en movimiento los cambios de nuestro estado autónomo. Vamos a poder cartografiar desencadenantes (*triggers*) y destellos (*glimmers*) que son los hechos, eventos o situaciones concretas que nos mueven hacia abajo y hacia arriba en la escalera autónoma, respectivamente.

Los desencadenantes son el resultado de un reto neuronal que es demasiado grande para la flexibilidad del sistema. Son aquellas señales de peligro que provocan una movilización simpática o un cierre vago dorsal.

Los destellos son aquellos momentos o situaciones que activan un estado vago ventral y pueden ayudar a calmar un sistema en modo de supervi-

vencia y brindar un retorno de la regulación autónoma. La investigación de Kolk (2017) demostró que, a pesar de que la experiencia de una emoción positiva es breve, puede generar recursos duraderos. Son “aquellas pequeñas cosas”, aquellos pequeños momentos que llevan a nuestro SNA a un punto de inflexión. La existencia de múltiples micro momentos puede ser lo suficientemente significativa como para crear un cambio autónomo.

Con este mapa ayudamos a los pacientes a identificar qué acontecimientos activan los cambios de estado específicos, para que comiencen a considerar que sus experiencias autónomas pueden anticiparse de manera fiable. Con una sensación de previsibilidad, los pacientes ya no se sienten a merced del “destino” de la pandemia. Este mapa nos permite comenzar a entender lo que “simplemente sucede”, para intentar darle sentido a los factores (las causas) que precipitan cada estado, y que puedan, desde allí, comenzar a reconocer su movimiento de salida y de entrada a los estados. Con este mapa aportamos la energía de la observación a cada estado autónomo, y nos va a permitir predecir, gestionar, o recrear los cambios de estado. Una vez desplegado, el mapa de desencadenantes y destellos nos permite visualizar que podemos hacer las cosas de una manera diferente. Por más que estemos en el contexto de la pandemia, aun tenemos opciones y podemos elegir cómo vamos a vivir.

Otro mapa que usamos es el de recursos reguladores (Dana, 2019). Este mapa identifica los patrones autónomos y permite cartografiar las experiencias de auto y corregulación para sintonizar con la neurocepción de seguridad y tonificar el sistema vago ventral y su conexión social. Desde la pregunta: “¿qué me saca de aquí?” para los estados simpático y vago dorsal, y desde la pregunta: “¿qué me ayuda y me permite quedarme aquí?” para el estado vago ventral, este mapa permite visibilizar los recursos con que los pacientes accionan su freno vagal (Porges, 2018) para volver a un estado vago ventral.

El freno vagal funciona de manera similar a los frenos de una bicicleta. Imaginen que están bajando una colina en bicicleta y quieren ir un poco más rápido. Cuando sueltan un poco los frenos sienten que las ruedas giran más rápido. Luego, cuando quieren reducir la velocidad de nuevo, aprietan los frenos. El freno vagal se vuelve más o menos activo, relajando y reconectando a través del uso de señales eléctricas y neurotransmisores. Es responsable de acelerar y ralentizar la frecuencia cardíaca para responder eficazmente a las necesidades del momento. Permite que una mayor parte de la energía del sistema nervioso simpático entre en el sistema, mientras mantiene el sistema vagal ventral en línea y a cargo. A medida que el freno vagal comienza a relajarse, la energía que fluye a través de la vía vagal se reduce un poco y la energía simpática que está de fondo comienza a moverse hacia el primer plano. Después, a medida que el freno vagal se reconecta, el proceso se invierte, el simpático se desplaza hacia el fondo y el vago ventral regresa al primer plano. De hecho, este sutil patrón ocurre con cada ciclo respiratorio. En cada inhalación, el freno vagal se relaja un poco, lo que permite una ligera aceleración del corazón y, a continuación, se vuelve a activar en la exhalación para lograr un retorno del latido más lento. El freno vagal se libera para que podamos cargarnos de energía rápidamente y vuelve a accionarse para devolvernos a un estado de calma. A través de sus acciones en el corazón, el freno vagal ofrece flexibilidad a nuestro sistema. Esta capacidad para la regulación rápida y las transiciones suaves se ve afectada por las experiencias traumáticas. La pérdida del freno vagal desregula. El freno vagal está diseñado para liberarse y volver a accionarse como forma de responder a los desafíos mientras se mantiene la regulación vagal ventral (Dana, 2019a).

El mapa de recursos reguladores (Dana, 2019) discrimina y busca lograr un equilibrio entre los recursos personales del paciente (autorregulación) y los recursos vinculares interactivos (corregulación). Nos sirve para visibi-

lizar e instalar recursos: aquello que se emplea o que aparece en nuestros momentos difíciles, cuando las cosas se ponen jodidas, como una posibilidad de alivio, de sostén y de recuperación.

Este mapa nos sirve también para aprender a estar más regulados en las sesiones con los pacientes. Con el aumento del tono vago ventral los psicoterapeutas podemos sintonizar mejor con las experiencias de los pacientes, y proyectar señales de seguridad, lo que conduce a un mayor sentido de conexión y confianza en la relación psicoterapéutica y en el vínculo con los pacientes. A través de los procesos de correulación y de reciprocidad los pacientes pueden experimentar micro momentos de regulación vago ventral y, con el tiempo, su mapa autónomo comienza a cambiar.

Un proceso psicoterapéutico polivagal va a implicar entonces:

- a) generar neurocepciones de seguridad,
- b) eliminar las señales de peligro,
- c) expresar gestos faciales positivos y una prosodia cálida y contenedora,
- d) ejercitar el freno vagal para mejorar la flexibilidad autónoma y la regulación emocional.

El pasaje del trauma a la resiliencia surge al poder movernos flexiblemente entre y hacia:

- a) los estados de inmovilización vago dorsales (colapso, subcarga, anestesia, disociación, depresión),
- b) los estados de movilización simpáticos (alerta, lucha, huida, sobrecarga, ansiedad, pánico)
- c) los estados de seguridad (conexión, equilibrio, enraizamiento, curiosidad, juego, tranquilidad, paz).

¿Qué es lo que contribuye a producir cambios en el nervio vago?

Por parte del psicoterapeuta:

1. Contacto visual: la verdad del estado emocional y energético de una persona se puede ver en sus ojos y en el contacto ocular. El contacto ocular en la psicoterapia es vital como forma de conexión entre paciente y psicoterapeuta.
2. Tocar: el toque es un proceso que permite no sólo liberar oxitocina y otras hormonas relajantes de placer, sino que también nos permite trabajar con distintos objetivos clínicos reforzando un contacto seguro con los pacientes.
3. Voz: la voz del psicoterapeuta y sus entonaciones puede ser reconfortante para el paciente y dar un marco de seguridad.
4. Escuchar: más que oír pasivamente y recibir informaciones, saber escuchar al paciente y hacerlo sentirse escuchado es un acto de profunda empatía por parte del psicoterapeuta.

Tenemos que tomar en cuenta que los tres primeros ítems, fundamentalmente, pueden generar también estados simpáticos o vago dorsales (no sólo en psicoterapia). Para reforzar estados vago ventrales el psicoterapeuta debe tener una apertura a la conexión social y desarrollar una resonancia vibratoria empática en su presencia. Su tono vago ventral no puede ser bajo, ya que, de ser así, puede producir el efecto contrario (reforzar o recrear estados simpáticos o vago dorsales).

Por parte del paciente:

1. Respirar: las respiraciones funcionales, generalmente lentas y profundas, ya sean abdominales o que involucran la mayor cantidad de grupos de músculos posibles, movilizan la energía de los pulmones y del diafragma, e instalan un estado vago ventral. El acto de suspirar, por ejemplo, permite un “reseteo” del SNA. Nuestro sistema se regula na-

turalmente (o a veces intencionalmente) a través del suspiro, incluso interrumpe los pensamientos negativos. La respiración y su uso dentro y fuera del *setting* también puede ser peligrosa y activar otros estados.

2. Calor: promueve la vasodilatación periférica y relaja la musculatura.
3. Ejercicio: ayuda a liberar tensiones acumuladas sin inducir a un estado de lucha/huida, nos saca del congelamiento.
4. Estiramiento: estirar la musculatura es uno de los mejores métodos para lidiar con la causa y la consecuencia de la activación simpática de los procesos de acorazamiento.
5. Reír o llorar: son expresiones emocionales que permiten un derretimiento de la coraza y habilita las descargas vago ventrales a través de los ojos, de la voz, usando la musculatura de los labios, de la mandíbula, del pecho y del abdomen.
6. Gritar: el grito produce vibraciones que ayudan a aliviar las tensiones superficiales y crónicas. Si bien puede ser una señal de angustia para los otros, ayuda a evitar que la angustia se aprisione en el cuerpo. Para descargar la bronca, y el miedo que muchas veces la acompaña, usamos tonos altos y no tonos bajos. Si bien gritar es una acción simpática permite, a posteriori, instalar estados vago ventrales. La expresión de la rabia envuelve simultáneamente un tono simpático y un tono vago ventral, al igual que la excitación sexual.
7. Vomitar: el acto de vomitar estimula el nervio vago directamente. El reflejo de vómito fue utilizado por los psicoterapeutas W. Reich y A. Lowen como estrategia central de desbloqueo del segmento diafragmático.
8. Movimiento rítmico: cualquier tipo de movimiento rítmico nos permite instalar estados vago ventrales, especialmente la danza.

Estas actividades que podemos realizar con el paciente en el *setting* psicoterapéutico presencial u *on line*, pueden reforzarse fuera del *setting* con toda una serie de rituales (familiares, culturales, sociales) que el paciente puede realizar solo o con otros: actividades creativas y recreativas, lúdicas y placenteras, que permitan instalar y enraizar al paciente en estados de seguridad, de paz, de tranquilidad y de conexión vago ventral (Gonçalvez Boggio, 2019a).

2.4 LA PSICOTERAPIA CORPORAL: UN CAMINO VIBRANTE HACIA LA SALUD Y UN CAMINO HACIA LA SALUD VIBRANTE

El comportamiento inducido por el trauma no puede ser rectificado con las técnicas tradicionales de intervención ante la crisis, que dependen de procesos lógicos de pensamiento.

El comportamiento del trauma es una respuesta ilógica e instintiva que no está bajo el control del cerebro racional

David Bercei

2.4.1 Ejercicios para la liberación del estrés y del trauma

Van der Kolk (2017), uno de los principales investigadores en trauma, afirma que tenemos que usar terapias que actúen desde el sistema límbico para curar el cerebro subcortical. Para ellos tenemos que dejar que la historia se cuente “de abajo hacia arriba”, que revele la entrada de información desde los órganos sensoriales y desde el cuerpo, para luego ser procesada cognitiva y corticalmente.

TRE (*Traumatic Releasing Exercises*) es una de las técnicas psicocorporales que trabaja activando el SNA a través de lo reptiliano y límbico para producir efectos posteriores en lo cortical. Fue la técnica central de las psicoterapias corporales que elegimos para trabajar en el contexto de la pandemia, para poder recuperar el equilibrio perdido a nivel energético,

emocional y biofísico. Se le enseñó a los pacientes en la consulta (preferentemente en forma presencial pero sino directamente *on line*) para luego poder ser realizada, diariamente, en sus casas.

TRE es una técnica desarrollada por D. Bercei (2007, 2012) a partir de ejercicios bioenergéticos creados por A. Lowen en el siglo pasado.

Aplica los principios básicos de la función del orgasmo descrita por W. Reich (1986), unida a técnicas de estiramiento (*stretching*). Se puede ejecutar en sesiones de aproximadamente 30–60 minutos. El paciente comienza realizando ejercicios de enraizamiento combinados con ejercicios de estiramiento, para luego derivar a la postura reichiana de “medusa” (*jellyfish*), en donde el paciente (en posición decúbito–supino) comenzará a abrir y cerrar milimétricamente las piernas con las rodillas flexionadas.

Usando movimientos involuntarios que comienzan a superponerse al movimiento voluntario de abrir y cerrar milimétricamente las piernas, se busca liberar la carga energética contenida en el cuerpo, provocada por el estrés cotidiano o por situaciones traumáticas presentes a pasadas.

TRE promueve el alivio de los síntomas provocados por el exceso de tensiones localizadas en la musculatura de la parte anterior del cuerpo, jerarquizando el trabajo con el músculo psoas.

A través de ejercicios combinados de estrés muscular y de estiramiento, crea la posibilidad de descargar el excedente de energía del estrés y del trauma desde la zona inferior del cuerpo, a través de un mecanismo de nuestro cuerpo muy fácil de activar: los temblores neurogénicos (*neurogenic tremors*).

Los temblores neurogénicos son uno de los mecanismos naturales que posee nuestro cuerpo para buscar un equilibrio entre la tensión y la relajación, entre la carga y la descarga, luego de experimentar una situación estresante y/o traumática.

2.4.2 ¿Porqué temblamos?

Nuestro organismo puede temblar por:

- estados emocionales fuertes de miedo, de bronca o incluso de placer;
- fatiga muscular, hipotrofia muscular, falta de coordinación intra o intermuscular;
- fiebre alta, hipotermia, hipoglicemia;
- pérdida de fuerza (en la vejez, luego de usar un yeso);
- heridas graves o quemaduras, pérdida de sangre, etc.;
- después del uso de determinados medicamentos (broncodilatadores de efectos adrenérgicos, anti-depresivos, neurolépticos, sustancias simpático-miméticas);
- en un posoperatorio luego de una anestesia general;
- por enfermedades del sistema nervioso como el Síndrome de Parkinson, por Delirium Tremens, por síndromes de abstinencia del alcohol u otras drogas.

Pero también, el temblar va a ser una forma natural con la que nuestro organismo responde frente a un evento traumático o una situación traumatógena (Weigand, 2006).

Por medio de la vibración del temblor la musculatura vuelve a su tono y sale del congelamiento del shock (que produce una vasoconstricción y una fuga de la circulación sanguínea de la musculatura voluntaria). Esta respuesta se observa tanto en el mundo animal como en los humanos (Levine, Frederick, 1999).

El temblor neurogénico es una forma de temblor muscular natural e instintiva de todos los mamíferos después de un episodio estresante. Es una descarga que tiene la función de restablecer el equilibrio neurofisiológico interno.

El cuerpo reconoce este temblor como propio ya que forma parte de su naturaleza. Es la reacción del cerebro más primitivo encargado de la supervivencia y de la vida.

Se origina en las cadenas musculares profundas, especialmente en el psoas (llamado en TRE el músculo de la supervivencia), subiendo por la columna vertebral y liberando la tensión desde el sacro hasta el cráneo.

El psoas enlaza las cinco últimas vértebras lumbares en la base de la columna, pasando por la pelvis, con el fémur. Está conectado a través de la respiración con el diafragma.

Permitir temblar el psoas es habilitar el temblor de los músculos ilíacos, la musculatura intervertebral que corre adosada hasta el cuello.

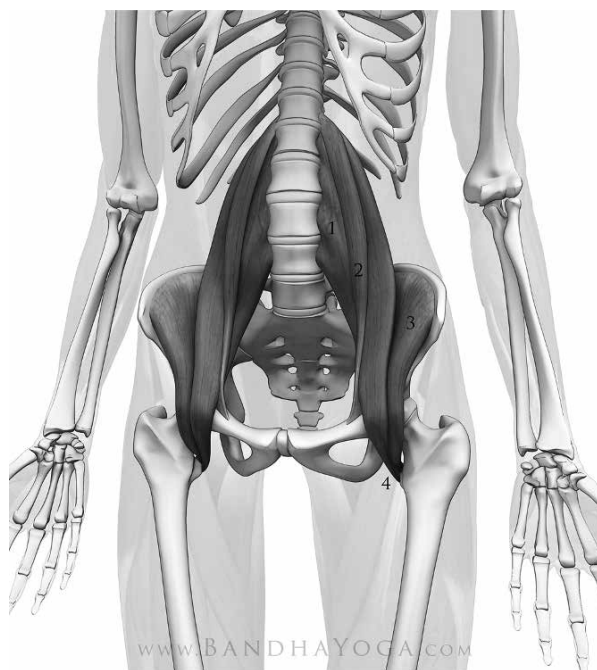


Figura 6

2.4.3 Las vibraciones en las psicoterapias corporales

Los psicoterapeutas corporales W. Reich, A. Lowen y J. Pierrakos (creadores respectivamente de la Vegetoterapia Carácter-Analítica, del Análisis Bioenergético y de Core Energetics) observaron que las vibraciones acontecían espontáneamente cuando los pacientes expresaban sus emociones. En las sesiones de psicoterapia corporal tanto Reich, como Lowen y Pierrakos observaban que los pacientes que no vibraban estaban subcargados, y profundamente acorazados emocionalmente.

El proceso de vibrar en psicoterapia corporal representa un aumento de la vitalidad e implica un descongelamiento emocional y un reblandecimiento de la coraza muscular.

A través de la vibración la energía se desliga de la fascia y comienza a circular por los músculos, dándole a los pacientes una mayor sensación de vitalidad, liberando la tensión de su tejido conjuntivo. Funciona como una válvula de seguridad, generando un equilibrio entre la carga y la descarga de energía, y entre la tensión y la relajación muscular. Ayuda a profundizar la respiración y viceversa.

En las sesiones de psicoterapia corporal bioenergética cuando comenzamos a habitar más nuestro cuerpo, empezamos a sentir y a vibrar con más intensidad.

La vibración es un mecanismo natural de nuestro cuerpo para aliviar y liberar sus tensiones. A medida que las tensiones musculares crónicas del cuerpo comienzan a ser liberadas en el proceso psicoterapéutico, el cuerpo comienza a vibrar en un temblor más leve y agradable.

Las vibraciones fuertes son un indicador de que los grandes músculos del cuerpo se están partiendo como *icebergs*; los bloqueos crean un fuerte temblor hasta que se disuelven y la energía comienza a fluir con más facilidad.

El propio cuerpo nos guía y sabe cómo vibrar (en forma gruesa y espasmódica, en forma fina y suave, combinando temblores fuertes con temblores leves) para suavizar y relajar los patrones de tensión que fueron sostenidos durante años.

La vibración es una de las claves de la vivacidad de un cuerpo vivo que pulsa y vibra, a diferencia de un cuerpo deprimido, o de un cuerpo anestesiado y disociado. Un cuerpo saludable se haya en un movimiento vibratorio constante. Cuando su estado vibratorio aumenta se desarrollan ondas pulsantes que se extienden a lo largo del cuerpo.

Las vibraciones permiten integrar conscientemente los movimientos voluntarios con los movimientos involuntarios del cuerpo.

Conforme la excitación se acumula y crece, nuestro cuerpo puede aumentar la tolerancia al estrés y a sustentar mayores niveles de excitación, identificándose con los movimientos involuntarios de la vibración a través de su expresión natural y espontánea. El placer de estar plenamente vivos se asienta en el estado vibratorio de nuestro cuerpo.

Para la psicoterapia corporal bioenergética un cuerpo saludable se haya en un estado constante de vibración. El principal objetivo de esta rama de la psicoterapia es que estemos vibrantemente vivos. Aumentar nuestro estado vibratorio nos ayuda a acercarnos a un estado de mayor calidad de salud. Por ello TRE fue una de las principales herramientas clínicas que elegimos para trabajar energética y biofísicamente con los pacientes en el contexto de la pandemia.

2.4.4 Los temblores neurogénicos como herramienta terapéutica

Cuando comenzamos a vibrar, nuestro cuerpo comienza a sentirse más vivo y es común, cuando la vibración aumenta, que la persona entre en un conflicto intentando controlar esa vibración. Es muy importante que

la persona deje vibrar su cuerpo, que no lo juzgue y que simplemente lo observe. Es el cuerpo el que le enseñará (al ego y a la mente) que puede entregarse a esa descarga, y que la misma puede ser al mismo tiempo liberadora, placentera y relajante. El problema no es el cuerpo vibrando sino cuánto el ego va a permitir al cuerpo liberarse sin asustarse o sin intentar controlarlo.

En el *setting* psicoterapéutico repetimos el ejercicio, sesión tras sesión, hasta encontrar la historia de trauma grabada en el cuerpo, dándole la posibilidad al cuerpo para que pueda derretir los bloqueos, a través de las vibraciones, liberando así la energía que quizás contenga tristeza, miedo, bronca, angustia, etc.

En el contexto de la pandemia le enseñamos a los pacientes a realizar TRE en sus casas. Generalmente se les indica realizarlo una vez al día, preferentemente a la noche.

La consigna que le damos a los pacientes es: “deja que la vibración te busque y te encuentre, mientras tú –pasiva pero receptivamente– recibes esa vibración como una corriente de vida, y le permites a tu cuerpo vibrar allí donde necesite vibrar”.

Un aspecto importante es no juzgar lo que comienza a acontecer involuntariamente en el cuerpo, sino simplemente observarlo, respirando lento y consciente, para ayudar a las tensiones a disolverse desde lo más profundo a lo más superficial de la fascia muscular.

No hay nada en nuestro cuerpo que pueda comenzar a emerger que tengamos que temerle. Si en el cuerpo está alojado el trauma (desde los más inocentes hasta los más complejos), también está la experiencia somática y el recuerdo de haberlo atravesado y haber sobrevivido.

Si el paciente comienza a sentir algún tipo de perturbación se le sugiere parar y estirar las piernas, para luego volver a comenzar cuanto se sienta más seguro.

Para la relajación en decúbito supino, ya con las piernas estiradas, se dirige sensiblemente la atención a la intención de liberar la tensión, finalizando con el cuerpo descansando en posición fetal o boca abajo.

Cada uno de nosotros tiene su propio patrón de tensión. No hay una forma correcta de temblar. Pueden existir patrones similares porque la estructura muscular del cuerpo humano es idéntica, pero existen tantas maneras de vibrar como cuerpos. Debemos dejar que cada cuerpo vibre de la forma que cada cuerpo necesite vibrar. No se trata tampoco de desear que nuestro cuerpo vibre de una manera distinta de lo que vibra, ya que allí interferimos mentalmente en el proceso.

Para la estructura de carácter neurótico si la persona no tiene miedo a la pérdida de control, la vibración puede tornarse una liberación de la rigidez de su coraza muscular. Para los pacientes de estructura de carácter border-line o de estructura psicótica una vibración muy intensa puede producir ansiedad y miedo, por lo que el psicoterapeuta tiene que estar pendiente de ofrecer seguridad en ese proceso de descongelamiento.

TRE no tiene ninguna contra indicación, pero debemos crear sustentabilidad para lo que sucede luego de realizado, pesquisando los efectos inmediatos y retardados.



Figura 7



Figura 8



Figura 9



Figura 10



Figura 11



Figura 12



Figura 13



Figura 14



Figura 15



Figura 16



Figura 17



Figura 18



Figura 19

2.4.5 Beneficios de TRE

La vibración es una manifestación de la vida de nuestro cuerpo.

TRE va a tener varios beneficios para ser utilizado en el contexto de la pandemia:

- a) Promueve una respuesta natural, interna y neurofisiológica del cuerpo (los temblores neurogénicos) para reducir su propio estrés y restaurar

el equilibrio y el bienestar perdidos por la detención y la coagulación del movimiento en el contexto de la pandemia.

- b) Este mecanismo natural que existe en nuestro cuerpo todos lo podemos activar, y además es muy fácil de ser activado. Puede realizarse diariamente luego de las largas jornadas de teletrabajo y de tele-educación.
- c) Como esta función no se controla corticalmente, sino que funciona automáticamente, no requiere “revisitar la historia”, ni precisa de la ayuda externa presencial del psicoterapeuta para su realización.
- d) Se puede enseñar en grupos (para la familia, para las comunidades que han experimentado un trauma masivo) y puede realizarse al aire libre, en el contexto de la pandemia.
- e) Al basarse en las respuestas fisiológicas naturales compartidas por todos los seres humanos puede trascender las barreras culturales, idiomáticas, etáreas, etc.
- f) Disminuye la ansiedad, reduce los síntomas de estrés postraumático, mejora el sueño y el descanso nocturno, provee mayor energía y resistencia, y una mayor flexibilidad muscular.
- g) No tiene contra indicaciones.

2.5 CASOS CLÍNICOS

En la experiencia clínica que hemos tenido durante 2020, trabajando y/o supervisando colegas que atienden pacientes COVID+, hemos confirmado los efectos deletéreos que avisorábamos que sucederían en personas que estuvieran en una situación más o menos prolongada de aislamiento y/o de confinamiento. En la mayoría de ellos vimos combinados síntomas de hiper activación, con síntomas evitativos de estrés postraumático, junto a síntomas depresivos. Luego del alta clínica los pacientes que atrave-

saron la enfermedad desarrollaron conductas evitativas por miedo a re contagiarse y emergieron síntomas de ansiedad y angustia, junto a la necesaria elaboración de las pérdidas y de los micro-duelos que tuvieron en el proceso.

A modo ilustrativo de lo que implica convivir con un diagnóstico positivo, compartimos dos breves viñetas clínicas para ilustrar el tránsito por la enfermedad.

Una paciente uruguaya de aproximadamente 40 años, médico internista que trabaja en unidades de cuidados intensivos, atravesó la enfermedad en su casa sin necesidad de ir al hospital. Cree haberse contagiado en una salida al cine y a un restaurante con tres colegas, y no en el hospital. En la misma semana falleció uno de sus pacientes tratantes por/con COVID-19, mientras ella estaba en cuarentena en su casa. Si bien los síntomas de la enfermedad fueron moderados, comenzó a desarrollar síntomas de TEPT. “Esa semana me sentí extremadamente vulnerable y me enfrenté a una profunda sensación de soledad, desamparo y desolación”, me decía en una sesión por Zoom. “Con la pandemia en general, pero en especial con mi diagnóstico positivo, se cerró una persiana de hierro hacia el mundo exterior. Quedé sola en mi casa, aislada con mis fantasmas, que son muchos”. Esta paciente sentía que el diagnóstico fue un “abre aguas”: una prueba para sus vínculos y para la forma en que ella hacía lazo social. En otra sesión, con mucha angustia, expresaba: “al vivir sola no tenés un otro que te interpele, ni siquiera en tu depresión o en tu estrés cotidiano, no tenés esa voz, esa mirada. Y lo principal, no tenés ese toque. Lo que más anhelo en este momento es un abrazo”.

En el análisis de su implicación se cuestionó su deseo de continuar trabajando como médico a nivel profesional. Visualizó sus largas noches de guardia en el hospital, el agotamiento físico y mental que conllevan, y cómo ese desgaste generó graves interferencias en su vida cotidiana e íntima. “Siento que he tenido un efecto *iceberg*, y no he tomado contacto

a tiempo con mi cansancio y mi angustia. Durante años estuve con *burn out* y no pude reconocerlo”.

Lo primero que hizo al tener el alta clínica fue salir a buscar lo que consideraba más importante y más esencial para sí: un abrazo de un ser querido. A esta paciente no solo le cambió la forma de respirar, la forma de caminar y de pararse frente a la vida, sino la forma de vincularse con los otros. Reafirmó su deseo profesional de querer seguir cuidando de otros, pero haciendo consciente que no se puede descuidar a los que cuidan. Luego del alta salió a caminar todas las mañanas por la rambla, a respirar aire libre y, en una sesión, me decía: “¿desde cuando una patología respiratoria se va a mejorar impidiendo respirar aire puro? ¿Desde cuándo cualquier persona va a mejorar su salud estando encerrado en su casa, sin posibilidad de salir, de tomar sol, de estar en la naturaleza, sin abrazar a sus personas queridas y en un permanente estado de confusión y de miedo?”.

Con una paciente de Miami, EEUU, tuve que adaptar el encuadre *on line* a sesiones diarias de aproximadamente 20–40 minutos. Esta mujer de 60 años, de nacionalidad colombiana y psicóloga clínica, estuvo 8 semanas entre cuidados intermedios, unidades de cuidados intensivos y posteriormente fue derivada a una clínica de recuperación neuro-muscular y de fisioterapia. Las primeras sesiones fueron muy intensas ya que su ansiedad se había disparado a niveles máximos, debido a que no soportaba la máscara de oxígeno. Su experiencia en la unidad de cuidados intensivos fue realmente una vivencia traumática que tuvimos que desensibilizar durante varias sesiones. Los ataques de ansiedad se disparaban una y otra vez a niveles máximos, en forma total e invasiva. Su mayor y único deseo, en esos momentos, era una necesidad imperiosa de salir y huir de esta situación, y fue desarrollando un miedo al miedo cada vez más perturbador. Como respuesta al aumento de ansiedad comenzó a defenderse deprimiéndose, haciendo un pasaje del estado simpático a un estado

vago dorsal. Su organismo casi llega a un colapso energético: bajó 20 kgs., perdió casi la mitad de su masa muscular, lo que durante días le impidió pararse y desplazarse de su cama al baño. Progresiva y gradualmente fuimos controlando los ataques de ansiedad, hasta que en una sesión tuvo un *insight* importante: ya no quería volver a vivir la vida que tenía antes de ser internada. Necesitaba instrumentar un cambio en donde todo lo que invertía en su *ego*, en su imagen de profesional exitosa, debería ahora invertirse en su salud emocional. El tiempo que había dedicado por años a ayudar a los otros, estaba obligada ahora a dedicárselo a sí misma. Pero para ello tenía que soltar una imagen omnipotente de sí, que había portado por años. Debía tomar contacto con su fragilidad y su desamparo. Este “darse cuenta” fue un cambio más que significativo. De allí en más realizamos diariamente una meditación en donde ella, humildemente, se pedía permiso para seguir viviendo, uniendo todas las partes de sí para, progresiva y gradualmente, ir en la dirección del bienestar. Su cambio luego del alta fue radical. Pudo dejar de lado sus trazos más compulsivos: hacer las cosas por deber pero sin placer, por la obligación de “tener que ser” de determinada manera para la mirada de los otros. Pudo desidentificarse de sus trazos más *workaholics*, de su “productivitis”, como ella misma decía. Se focalizó en reorganizar su vida para desacelerar sus ritmos y para disfrutar de las cosas más simples y esenciales: sus afectos. Previo al alta, un día fue upada por un enfermero joven y buen mozo, cálido y cariñoso, y sorprendentemente, reapareció en su cuerpo una energía en forma de excitación que hacía años no sentía. Pudo tomar contacto con ese deseo de intimidad, que reapareció en su cuerpo, era una llave para el placer que había abandonado por años sin darse cuenta, desilusionada quizás por los múltiples vínculos frustrantes que le habían hecho cerrar su corazón, en su pasado. En una sesión, me decía muy contenta: “pude ver que vivir sin placer es una lucha por sobrevivir, y que vivir con placer puede ser una aventura creativa llena de riesgos que quiero volver a tomar”.

Capítulo 3

El futuro post pandemia

En una sociedad de la supervivencia se pierde todo sentido de la buena vida. Sobrevivir se convertirá en algo absoluto, como un estado de guerra permanente

Byung Chul Han

La dimensión temporal de la pandemia nos hizo vivir durante casi un año en un presente perpetuo. Reconfigurar la dimensión de un futuro posible post pandemia, es uno de los desafíos que tenemos en nuestra línea del tiempo (Rodríguez Nebot, 2020). Siguiendo la máxima de San Agustín de que el presente del pasado es la memoria, el presente del presente es la acción y el presente del futuro es la imaginación; si cruzamos estos tres elementos podremos hacer el futuro. ¿Cómo va a ser el futuro postpandemia?

El futuro no es lo que va a ocurrir, sino lo que seamos capaces de construir.

En nuestro país hubo dos factores más que importantes para controlar, en los inicios, la expansión de la pandemia: un sistema de salud universal y una sociedad sin grandes grietas, que pocos países latinoamericanos pueden sustentar. Quizás un factor no menos importante, fue una fuerte disposición inicial a vincular la libertad individual de cada ciudadano del país con una más que visible responsabilidad social.

¿Esta variable ideológica y cultural que combina libertad y responsabilidad, forma parte de nuestra idiosincrasia, o fue solamente un factor circunstancial, que no pudo extenderse en el tiempo como para enfrentar eficazmente la pandemia?

Para el filósofo italiano G. Agamben (2020) las medidas de distanciamiento y confinamiento suponen haber resignado la libertad en pos de la seguridad y haber aceptado vivir en un estado de miedo permanente. Para Agamben “una sociedad en estado de excepción permanente no es una sociedad libre”. En su último libro nominado “¿dónde estamos?”, se pregunta: ¿cuánto tiempo estaremos dispuestos a vivir en un estado de excepción que se prolonga continuamente y cuyo final no se consigue vislumbrar?

En nuestro país fueron los jóvenes quienes, principalmente, más se resistieron a perder indefinidamente la relación con el cuerpo (con el cuerpo propio y con el cuerpo de los otros).

Previo a la pandemia, la teletransmisión ya estaba instalada en las nuevas generaciones. Pero quizás se había llegado a un límite, que la pandemia endureció aun más. El mundo del contacto se restringió manifiestamente, y los jóvenes, habiendo comenzado a resentirlo, comenzaron a resistirse a las medidas de contingencia sanitarias.

Previo a la pandemia en la ciber-sexualidad, la tele-sexualidad y la video-pornografía, en la planificación industrializada y medicalizada de la sexualidad la distancia alcanzó su punto máximo (Preciado, 2020). Ahora, en tiempos de pandemia, hay que agregarle a estas variables el teletrabajo y la educación a distancia.

La pandemia impactó diferencialmente en los grupos etarios. Uno de los vectores que más efectos nocivos tuvo en su salud mental fue el de los adultos mayores. Fue el grupo etario que más tiempo ha estado en cuarentena, teniendo que adaptarse a una mayor pérdida de la vida social y

cultural, y a la disminución de su vida familiar y afectiva, ahora reconfigurada por su burbuja primaria. La situación de aislamiento y labilidad social puede producir estragos en su psiquismo, ya que las personas mayores que viven solas, encerradas en sus casas o en geriátricos, pueden acelerar e intensificar sus síntomas y dolencias al intensificarse su sensación de soledad y desamparo. Si unimos la reclusión obligatoria al hecho de que, dadas las características de la morbimortalidad del COVID-19, el adulto mayor pasa a ser considerado masificadamente como “población de mayor riesgo”, puede borrarse de un plumazo la construcción de sentido que hizo a lo largo de toda su vida.

*Le sorprendió que en los momentos de crisis
no estemos luchando nunca contra un enemigo externo,
sino siempre contra nuestro propio cuerpo*
George Orwell

El gran encierro que describiera M. Foucault (1988) no es algo propio de los siglos XVII-XX sino de los comienzos del siglo XXI. Sin ánimos de santanizar o culpabilizar a las nuevas tecnologías, la cuestión que se plantea con las nuevas generaciones es como recuperar el contacto corporal. El siglo XXI será probablemente el momento de este descubrimiento: lo perdido será más importante que lo adquirido. Tenemos que ser conscientes de que no hay adquisición sin pérdidas. A través del uso masivo de tecnologías estamos perdiendo el propio cuerpo en aras de un cuerpo virtual y de un mundo virtual (espectral). En una verdadera polución de la dimensión natural, las pérdidas de la pandemia reflejaron para los jóvenes un acontecimiento tan insoportable como perder el cuerpo propio en el autismo o en la esquizofrenia.

Quizás el debate generado por la pandemia entre distintos filósofos contemporáneos reavive la vieja pregunta de si en las ciudades modernas preferiremos vivir con mayor libertad o con mayor seguridad.

Si se trata de pensar en una situación para hoy y para el futuro, la respuesta a esta pregunta pasa por la reorganización del lugar de vida común y de lo común como apuesta política (Dardot y Laval, 2015).

La sensación de libertad sin seguridad es una sensación y una experiencia espantosa, quizás igual de desalentadora que la seguridad sin libertad. Ambas son situaciones cargadas de amenazas y de miedos. Es como elegir una alternativa entre el fuego y las brasas. La diferencia es que ya hemos probado de ambas situaciones y ninguna está exenta de miedos. Woody Allen (1991), en clave de humor, describe este dilema moderno de la siguiente manera: “la humanidad está hoy, más que en ningún otro momento anterior de la historia, en un auténtico cruce de caminos. Uno de ellos lleva a la desesperación y la desesperanza más absoluta. El otro a la extinción total. Recemos para que tengamos la sensatez de elegir correctamente”.

En nuestro país, en la medida en que el virus comenzó a tener una transmisión comunitaria durante el último trimestre del 2020 y ésta se ha disparado en lo que va del 2021, no se estuvo pudiendo identificar y detener por completo la cadena de transmisión de cada brote, sobre todo en la capital del país.

¿Debimos ser más disciplinados y autoexigentes exigiendo un mayor cumplimiento de las medidas sanitarias y sus eventuales restricciones de contingencia?

¿Se debieron pensar y ejecutar medidas draconianas para poder controlar la expansión del virus, como se está haciendo en otros países o podemos apostar a la autorregulación, a la corregulación y al apoyo mutuo?

Durante los últimos meses del 2020 y los primeros meses de 2021 nos fue imposible mantener la preceptiva distancia social para minimizar el riesgo de contagio.

La combinación de una amenaza externa permanente con la relativa incontrolabilidad de la misma; la disminución de los contactos afectivos y sociales; la creciente sobrecarga de estrés laboral que vivimos muchos uruguayos; la incertidumbre de la economía y la posibilidad de que crezca la necesidad del confinamiento, son y han sido algunos de los principales factores deletéreos de la salud física y mental, y fueron los desencadenantes de lo que ahora denominamos “fatiga de pandemia”.

Del “quedáte en casa”, pasamos al “sálvese quien pueda”, ante la ausencia de medidas sociales de peso, para evitar el desgaste que conlleva mantener una estrategia de sobrevivencia tan prolongada. No es lo mismo sobrevivir en un contexto de incertidumbre económica un semestre que un año y medio.

El fantasma de la muerte pisándonos los talones fue solo un significante de poco peso, avalado empíricamente por la baja morbimortalidad que el virus que tuvo en nuestro país. A fines de 2020 en Uruguay teníamos una tasa de dos muertos por cada 100.000 personas. Cuando en Argentina esta tasa era de 89, en Brasil de 85, y en España llegó a los 99 (una de las más altas del mundo).

Actualmente el significante sanitario más importante sigue siendo evitar el colapso del sistema de salud.

Si bien el mismo es más que importante, no se monitorean los efectos deletéreos que tienen en la salud poblacional la ausencia de atención de urgencias no COVID-19 (dadas las medidas disuasivas del sistema sanitario a concurrir a los hospitales y la suspensión de las consultas prehospitalarias y comunitarias de medicina familiar); no se están realizando, o han disminuido significativamente, los controles más que necesarios y las intervenciones en enfermedades crónicas no COVID-19 (dado el pasaje compulsivo a la telemedicina, entre otros factores). Y ha sido además notorio el aumento de ansiedades y depresiones en la población en general, emergente ratificado por una investigación realizada por un importante

equipo de psicólogos de la Facultad de Psicología de la Udelar (Selma, et al., 2020). De seguir creciendo exponencialmente la tasa de contagios es esperable, además, un aumento del estrés postraumático y de la agorafobia en los contagiados, así como un crecimiento del *burn out* en los equipos de salud de primera línea.

En los quince años del gobierno anterior, Uruguay fue uno de los países que mejor previno en la región el temido colapso de los sistemas de salud. La decisión política de acompañar un acceso universal a la salud, a través de la creación de un sistema integrado de salud, generó la posibilidad de que se pueda pensar a la salud como un derecho en el que se debe invertir, y no un gasto social a retacear comercial y mercantilmente.

Uno de los aciertos del presente gobierno fue crear, en muy pocos días, un comité asesor científico honorario (el ya conocido GACH) formado por cerca de 60 científicos y académicos, coordinados por el bioquímico, médico y docente Prof. Dr. Rafael Radi, que, desde entonces, ha llevado las riendas en la lucha contra el virus.

Las rápidas respuestas tomadas por el gobierno en los primeros meses de la pandemia, la coordinación entre los recursos sanitarios y científicos, y la constitución de equipos interdisciplinarios e intersectoriales con el fin de asesorar en lo sanitario al gobierno recién instalado fueron, junto al autocuidado responsable de la población, los motivos por los cuales nuestro país se pudo mantener, durante meses, en la escala verde de la universidad de Harvard, en medio de dos países que estaban “incendiados” en rojo, siendo así, el único caso, a nivel internacional con estas características. Ya en enero de 2021 la realidad cambió al superarse los 25 casos promedio cada 100 mil habitantes, por lo que nuestro país entró en la zona roja, según datos divulgados por el Sistema Nacional de Emergencias (SINAE).

En lo que respecta a la salud mental, en el monitoreo científico, prevaleció una ausencia más que notoria de los aportes del conocimiento de la psicología en lo que refiere a los efectos psicológicos y psicosociales que

puede tener una pandemia en la población, si bien se han instrumentado distintas iniciativas institucionales que han sido relevadas por Bernardi et al. (2020) y por la Facultad de Psicología UdelaR (2020).

Hoy por hoy, se hace necesaria una investigación sobre la fatiga en los equipos de salud por sostener, en forma prolongada, un estado de alerta crónico, así como una investigación sobre los efectos deletéreos que puede producir en la población la combinación de incertidumbre e inseguridad social, aislamiento y/o confinamiento, en un contexto de disminución de los contactos sociales, familiares, etc.

La estrategia sugerida a nivel internacional, y difundida por el GACH en nuestro país, de pasar del “quedate en casa” a transitar por un número reducido de burbujas implica un cambio sustancial en el modo de vida corona virus. Para esto es más que importante conocer las características singulares de cada población, para poder prever los grados de adhesión a estas transiciones, y allí las ciencias sociales y humanas pueden jugar un rol importante.

A modo de comparación, en culturas más pobres que la nuestra (como la africana) los sistemas de salud no colapsaron, ni siquiera se vieron desbordados. Por ejemplo, Senegal tiene un porcentaje menor de muertes que Uruguay cada 100 mil habitantes (1%), hay siete médicos por cada 100 mil habitantes, y en todo el país sólo había menos de una quincena de camas de hospital con oxígeno, previo a la pandemia. Los virólogos todavía no pudieron explicar cómo los países africanos han contenido el COVID-19, sin desarrollar la inmunidad de rebaño. Teorías hay unas cuantas, pero confirmaciones pocas. Abdoulaye Bousso, responsable del comité científico que ha asesorado al gobierno de Senegal, considera que la edad ha sido uno de los factores que más ha protegido a los africanos. Claramente, esta no es la variable que va a proteger a los uruguayos. Así como parecería que la hipótesis de la vacunación masiva de BCG en la población uruguaya va cayendo por su propio peso, haciendo el menor ruido

posible. Bousso también cree que muchos senegaleses han pasado por el COVID-19 sin siquiera enterarse, o estaban previamente inmunizados por haber superado otros coronavirus.

En los países africanos las personas pasan gran parte del día al aire libre, sufren menos obesidad y diabetes –dos importantes factores de riesgo– y viajan mucho menos que los europeos, asiáticos y americanos, con lo que el riesgo de que la enfermedad se propagara a partir de los contactos en el continente fue más bajo que el de países más conectados.

Nuestro país tuvo la decisión política acertada de cerrar sus fronteras a tiempo, lo que nos permitió ganar fundamentalmente eso: tiempo.

Gionvanni Escalante, representante de la OMS y de la Organización Panamericana de Salud, reconoció que nuestro país “ha sabido organizarse antes que los países de su entorno”.

Se podrá decir que nuestro país está frente a la primera ola de COVID-19, en relación a la segunda o tercera ola que están atravesando los países europeos.

Tuvimos tiempo para planificar y para organizarnos. Ahora llegó el momento de actuar.

El filósofo italiano “Bifo” Berardi (2020a) plantea que en esta pandemia “estamos viviendo en el interior de una crisis global de la respiración”.

En esta nueva enfermedad que la medicina no conocía y que nuestro sistema inmunológico no reconocía, los pulmones, al parecer, son el punto más débil. El COVID-19 fue un síntoma de cómo las enfermedades respiratorias se han propagado durante años en proporción a la difusión en la atmósfera de sustancias irrespirables. El COVID-19 es un gran analizador de cuán irrespirable se ha vuelto no solo vivir en las ciudades que habitamos, sino también en las instituciones en donde trabajamos y estudiamos, en la forma en que nos vinculamos con nuestros pares, entre géneros, etc.

Haciendo una analogía con el enfoque polivagal del SNA, la pandemia activó una sobre-estimulación del sistema nervioso planetario. De esta sobre-estimulación acumulativa que vivimos aceleradamente durante años se vislumbró, a través de la pandemia, la posibilidad del colapso. Ya no solo del capitalismo tecno-financiero, sino de los cuerpos, que fueron obligados a bajar el ritmo insustentable de la vida pre pandemia.

La necesidad del crecimiento ilimitado, que hace posible la lógica del capital, terminó oponiéndose a las lógicas vitales, a partir de la presencia de una nueva lógica viral: la necesidad de la detención del movimiento y la disminución de los contactos para poder prevenir el contagio. Este empobrecimiento de los encuentros generó una lógica de la sobrevivencia. Y vivir, sabemos, no es sobrevivir.

*Cuanto más consumimos y más sanos estamos
mejor somos controlados*

Paul B. Preciado

¿Estamos preparados para cuestionar las lógicas del capitalismo-en-sí, pero que habitan además el capitalismo-en-mí?

El virus no vencerá al capitalismo. Ningún virus hará la revolución que necesitamos.

La lógica viral aísla a las personas, destruye toda posibilidad de proximidad física, debilita la experiencia comunitaria, acaba con los rituales (en nuestro país: tomar mate en forma compartida, bailar tango abrazados en las milongas, ir a tocar los tambores y bailar candombe en cada barrio los fines de semana, ensayar y cantar en murgas en carnaval, etc.).

Una de las interpretaciones posibles de los orígenes de la pandemia es que la misma es consecuencia de la intervención brutal del ser humano en los cada vez más delicados ecosistemas. La violencia que el ser humano ejerce contra la naturaleza se está volviendo contra él con más fuerza.

Los efectos deletéreos del cambio climático, por ejemplo, a largo plazo serán más devastadores que la pandemia. Para salvarnos y salvar nuestro bello planeta tenemos que hacer cada vez más consciente la necesidad de afirmar la vida como valor capital. Ello implica la necesidad de recrear lo vivo en nosotros, entre nosotros y más allá de nosotros. La pulsión es siempre de vida (Rolnik, 2019). La manutención, la preservación y la afirmación de la vida quizás sea el mayor desafío post pandemia.

Ahora bien, en este desafío: ¿el placer quedará subordinado al propósito más elevado de tener salud para lograr sobrevivir?

¿Estamos aptos para disociar el placer del consumo?

¿Estamos dispuestos a cambiar la relación que tienen nuestros cuerpos con todas las máquinas de biovigilancia y biocontrol (Preciado, 2020)?

¿Estamos preparados para desacelerar los ritmos insustentables de la sobre estimulación digital, de la aceleración constante, de la sobre explotación externa y de la auto explotación interna? ¿O derivaremos en una forma tecno totalitaria de vigilancia digital, en un régimen de vigilancia biopolítica, en la que los cuerpos serán controlados, examinados, clasificados, repartidos y mandados a distancia como vaticina Han (2020), comparando las sociedades orientales y occidentales en un futuro post pandemia? Tal como se plantea en “La hipótesis cibernética” (Tiqun, 2015): “la cuestión revolucionaria no es un tema de programa sino de *ritmo*”.

Quizás siuviésemos que prolongar indefinidamente el modo de vida corona virus como medida sanitaria (tránsito y encuentros en burbujas, uso de barbijos y mascarillas, educación a distancia, teletrabajo, suspensión de actividades públicas, etc.), se produciría algo similar a lo que M. Augé (2000) define como “los no lugares”: aquellos espacios o situaciones en donde el individuo pierde su identidad al vivir experiencias de anonimato (en shoppings, autopistas, aeropuertos, etc.).

Particularmente no tengo una visión apocalíptica de la pandemia. No creo que llegemos ni estemos siquiera cerca de ello. Creo que no debemos asociar el futuro post pandemia con las imágenes inquietantes de un futuro próximo a una sociedad totalitaria o distópica como “1984” de G. Orwell (1984), “Un mundo feliz” de A. Huxley (2013), o como la del film “Metrópolis” de F. Lang (1927).

La cercana vacunación masiva marcará la transición de un virus pandémico a otro endémico, es decir, que siempre estará presente y podrá causar brotes puntuales sin mucha virulencia.

Si la posmodernidad de fines del siglo XX tuvo como efecto global un auge del individualismo contemporáneo en donde dejamos de reconocernos en la obligación de vivir en nombre de cualquier cosa que no seamos nosotros mismos (Lipovetsky, 1993), la hiper modernidad del siglo XXI implica la necesidad de reconstruir y repensar la categoría de lo común (Dardot y Laval, 2015) como una lógica de pensamiento y de acción que nos permita superar los dualismos implícitos en la razón política neoliberal.

Lo común definido como lo público no estatal en donde se garantiza la universalidad del acceso a los servicios, mediante la participación directa de los usuarios en su gestión, ya no divididos –por principios de la burocracia– en “funcionarios” y “usuarios”, reducidos a consumidores de servicios y excluidos de la gestión.

Lo común determinado como lo inapropiable (recursos naturales, conocimientos, espacios culturales) que hace no a una “cosa” (en su cualidad de producto) sino al lazo vivo entre un objeto, un lugar, y la actividad del colectivo que se hace cargo de ella, la mantiene y la cuida.

Lo común entendido como la implicación y la participación en una misma actividad o tarea que no delega, ni autoriza a unos pocos a hablar y/o actuar en nombre de la mayoría.

Si el coronavirus disolvió fronteras (entre los países, entre lo vertical y lo horizontal, entre lo público y lo privado, entre lo individual y lo colectivo, corriendo los límites y las fronteras de los saberes instituidos) hay que romper el monopolio de la administración estatal para garantizar la universalidad del acceso a los servicios. El Estado no puede ser propietario de lo que no puede ni debe estar a la venta (el agua, el aire, la tierra, la salud de los ciudadanos).

Debemos crear instituciones cuyo principio sea que las reglas puedan ser constantemente deliberadas colectivamente para evitar la congelación burocrática (ya sea en una casta política, científica, académica, etc.).

Quizás uno de los mayores aprendizajes políticos y organizacionales de la pandemia es que es esencial que las instituciones tengan la capacidad de abrirse a lo imprevisto para lidiar con la incertidumbre. Su funcionamiento debe permitir, en todo momento, un relanzamiento de lo instituyente y un aumento de sus coeficientes de transversalidad (Guattari, 1986). No se puede luchar contra una pandemia sin inventar, en el plano práctico, nuevas formas de sociedad, y porqué no, nuevas formas de hacer política.

Si como en toda lógica viral el patógeno mutará y se hará más fuerte, en lo social y en lo político, quizás sea necesaria el pasaje de una mutación forzada a una mutación deliberada.

La cultura del sacrificio está muerta

Gilles Lipovetsky

Releyendo la “Historia de la guerra del Peloponeso” de Tucídides (1992), escrita hace 2.400 años, descubrí en la mitología griega quizás al primer “historiador científico” que recopila pruebas, realiza análisis y recoge testimonios, sin acudir a los dioses como fuente de los éxitos o de las desgracias. Tucídides describe una pandemia que asoló Atenas y explica cómo la ciudad intentó afrontarla. La peste se convirtió en una guerra sin armas

para combatirla, en mitad de las batallas del Peloponeso. Cuenta que lo más terrible de la peste fue el desánimo que embargaba a los atenienses y su clase política y sanitaria. Solo aquellos pocos que sobrevivían se sentían ya seguros: “pues la enfermedad no atacaba a una misma persona dos veces”. A su juicio, la peste introdujo en Atenas una mayor falta de respeto por las leyes y nadie estaba dispuesto a sacrificarse por un noble ideal: “se intuyó como cosa honorable y útil lo que era placer inmediato y los medios que resultaban provechosos para ello. Ni el temor de los dioses, ni ninguna ley humana podía contenerlos”.

2.400 años después poco ha variado en las pasiones humanas. Lo que sí ha variado es la capacidad de la ciencia de abordar estas crisis, como lo demuestra que, a un año de la aparición del COVID-19, el mundo ya disponga de vacunas.

Sobre el final del texto, Tucídides describe y nos anima a huir de tres grandes vicios como remedio a la pandemia: la flojedad, la cobardía y la imprudencia. Más allá de los logros científicos contemporáneos parece importante tomar en cuenta esta antigua sugerencia.

Como sabían hace 25 siglos atrás los sabios griegos, la soberbia se paga y tiene su némesis. A la soberbia económica, científica y tecnológica se le escapó una tortuga gigante, un ínfimo microorganismo casi invisible y letal. Fin de un mundo tal como lo concebíamos.

*A través del individuo, transferencia amplificadora salida de la naturaleza,
las sociedades devienen un mundo*

Gilbert Simondon

El futuro post pandemia depende de cómo realicemos el pasaje del trauma a la resiliencia. Este tránsito implica la posibilidad de rediseñar cómo estamos viviendo.

Fuimos, somos y seremos seres sociales. Necesitamos del contacto social y de la conexión afectiva. Nuestra sobrevivencia depende de las grupalidades que podamos construir, de la posibilidad de estar conectados socialmente y de la necesidad de estar en contacto afectivo.

Nietzsche dijo alguna vez que los cambios importantes llegan de puntillas, imperceptiblemente. Revisar nuestros valores y nuestras prioridades existenciales, la forma que tenemos de dar y de recibir afectos en nuestros vínculos quizás sea uno de nuestros mayores desafíos de la pandemia.

El mundo no será el mismo después de lo que vivimos.

Con el esfuerzo conjunto y el apoyo mutuo solidario, esperamos como profesionales poder contribuir, con nuestro granito de arena, a aliviar la carga del trauma en las personas, las comunidades y los países en los que intervenimos.

El pasaje del trauma a la resiliencia está en nuestras manos.

La vida del mundo es nuestra vida.

Posdata

Post scriptum. Bienvenidos al siglo XXI

Joaquín Rodríguez Nebot⁴

Este texto del Mg. Luis Gonçalvez Boggio se va a transformar en una referencia ineludible para los psicólogos clínicos y psicoterapeutas.

Su trabajo consiste en una fundamentación de los adelantos científicos más prominentes de las últimas dos décadas en cuanto al abordaje de las situaciones sufrientes y emergentes de las Nuevas Subjetividades, a propósito de la pandemia y las nuevas formas del control, administración y dominio de la población, y sus derivas en la construcción de modelos emergentes vinculares.

El abordaje de las psicoterapias corporales que Luis Gonçalvez Boggio demuestra en su investigación de ya 30 años, articulado con un mapa conceptual que abarca desde una psicología social comprometida e implicada, con el aporte de las últimas investigaciones en neurociencias, le

4 Joaquín Rodríguez Nebot es Prof. Titular Gdo. V de la Facultad de Psicología de la Ude-laR (actualmente jubilado). Licenciado en Psicología, Socioanalista, Psicólogo Social y psicoterapeuta. Miembro fundador y director académico de TAIGO (Taller de Análisis Institucional y Grupo Operativo, México-Uruguay, 1983-1995), actualmente desarrolla su actividad docente en el CEIPFO (Centro de Estudios e Intervenciones Psicoanalíticas Focalizadas). Ha publicado en nuestra editorial los libros "Clínica móvil: el socioanálisis y la red" (2004) y "Clínica y Subjetividad" (2010). Es también autor de los libros "Multiplicidad y subjetividad" (Nordan, 1994), "En la frontera. Trabajos de psicoanálisis y socioanálisis" (Multiplicidades, 1995), y ha compliado con el Dr. José Portillo los libros "La medicalización de la sociedad" (Nordan, 1995) y "Vida cotidiana y medios masivos de comunicación" (Multiplicidades, 1996).

permite armar una cartografía clínica de la subjetividad y del sufrimiento mental como pocos colegas se atreven a hacerlo: toda una clínica móvil en expansión.

Este ensamblaje tiene tres planos que se desarrollan en el texto: lo clínico, lo técnico y lo social.

El enfoque clínico es una puesta a punto de los desarrollos sobre el traumatismo psíquico-social y sus derivaciones sintomatológicas: el *panic attack*, el TEPT, la depresión, la violencia y agresividad, etc. Además de producir un entrecruzamiento original con propuestas que derivan de los paradigmas psicoanalíticos, sistémicos, cognitivos y socioanalíticos.

El enfoque técnico de Luis Gonçalvez Boggio es una verdadera artillería que va desde lo tradicional verbal a los abordajes desarrollados, fundamentalmente, desde la TPV, la psicotraumatología (EMDR y otras técnicas para el abordaje del trauma) y el análisis bioenergético.

En esta dimensión clínica se hace hincapié en el uso de las plataformas virtuales, produciendo un ajuste creativo de reconstrucción y formateo novedoso de las técnicas de abordaje psicoterapéutico, reflexionando sobre las dificultades, tanto para los usuarios como para los psicoterapeutas, del pasaje de lo presencial a lo virtual.

Las sugerencias técnicas que emanan del texto van a ser fundamentales para el trabajo de los colegas, ya que se analizan los riesgos del desgaste por empatía, del trauma vicario y del *burn out* que se asumen en todo acto clínico que combina el arte de lo singular con la ciencia de lo general y lo específico (el abordaje del trauma). Un verdadero trabajo desde el vector de la implicación.

El enfoque de lo social del texto se transforma en una serie de propuestas sobre las nuevas subjetividades emergentes. La clave está en la mutabilidad de lo humano. Estamos en presencia del cambio más radical de las últimas décadas. Partiendo de la tesis del capitalismo mundial integrado

como estructura de globalización y comercio, nos encontramos con nuevas formas de captación de lo común: su privatización y expropiación. A lo que tenemos que sumarle la cooptación de las experiencias singulares de cada uno de los usuarios a través de sus celulares, transformados en excedentes conductuales convertidos en productos predictivos por los algoritmos de la inteligencia artificial (AI); desarrollando de esta manera una forma de subalternidad y dependencia a los dispositivos que terminan diagramando nuestra vida cotidiana. Se desarrolla así el capitalismo de la vigilancia, que llevado al extremo (primero por el terrorismo y ahora por la pandemia) instala el devenir de la extinción paulatina del Estado y la conformación de una burocracia de nuevo tipo digital, a través de las grandes empresas de Silicon Valley.

Se ha inaugurado el Estado de Excepción a nivel global confirmando las tesis de M. Hardt y T. Negri (2002). El Imperio es el ciber-psico-control; reconfigurando lo comunitario en una fragmentación creciente, produciendo burbujas tribales que se confrontan mutuamente y donde todos participamos del engaño maestro: tengo la libertad en mi celular. La inteligencia artificial es la que comanda la *matrix* desde hace 15 años, a través de empresas como Google, Facebook, WhatsApp, Microsoft, Apple, Cambridge Analytica, etc.

Pero no se preocupen, no vamos a caer en las utopías del control mayor totalitario que anunciaban A. Huxley y G. Orwell: ellos obedecen a los paradigmas totalitarios del Fascismo y del Stalinismo.

La realidad es otra, somos escritos por W. Gibson y P. K. Dick quienes, ya hace 40 años, vienen anunciando la mutabilidad de lo humano en un proyecto de servidumbre voluntaria del *cyborg*.

Es una situación difícil la que estamos pasando: el futuro de la humanidad está en pausa y debemos encontrar salidas posibles a esta crisis. En el hoy existe una ingeniería social ya puesta en marcha que es el capitalismo de la vigilancia que atenta contra la República y la Democracia y sus

formas tradicionales de hacer política. La alternativa es que, o estamos integrados a la red cibernética o no existimos, quedando en la pobreza y en una marginalidad crecientes. Del ciudadano al consumidor y de este a una nueva manera de esclavismo como nunca se ha visto: un “esclavo contento”, porque puede consumir, transformándose en un obeso pasivo del devenir de la historia, que la ve pasar a través de la pantalla. La creación de la posverdad es el paso inicial para el ejercicio de una serie de relatos neoliberales (asociados a un progresismo corrupto de “izquierdas”) que sostienen este tipo de bio-psico-control ya desarrollado en las tesis de M. Foucault (2012). Quizás lo que no se imaginó es que este dispositivo se va a ensamblar a nuestro cuerpo con nano-máquinas: inaugurando al *cyborg-replicant* obediente del *Blade Runner 2049*.

Hace 30 años decía en un escrito que la disciplina que iba a gobernar el planeta en el siglo XXI era la Psicología. No me equivoqué. Ahí están los algoritmos que desarrollan las predictibilidades conductuales, expropiadas de nuestra data para el ejercicio de nuestra servidumbre.

Falta mucho para generar conciencia de especie, ya que, si bien la tenemos en nuestro SNA, no la procesamos en una conciencia simbólica-planetary. Solamente hemos alcanzado el rasgo depredador, violento, tribal, étnico-discriminatorio y racista.

Uno de los problemas contemporáneos es que la ecología nos está advirtiendo del colapso que nosotros mismos estamos produciendo, en un largo camino a las extinciones comunitarias. Este planteo no es apocalíptico, basta con excavar y darse cuenta de que ya hubo otras extinciones comunitarias en nuestra historia.

El devenir y la captación del futuro y sus posibles diagramas son las opciones que la humanidad tiene para confrontar los desafíos que se imponen. Lo que está claro es que esta nueva adaptabilidad posible nos lleva de la mano a la mutación de nuestra especie en todos sus niveles: *cyborg-bio-psico-social*. Para ello es necesario afianzar los vínculos cerca-

nos, los comunitarios e institucionales, para empoderar a aquellas subjetividades que están sufriendo las consecuencias de las decisiones que se tomaron en otros ámbitos, y transformar así esta sinergia en la creación de una serie de proyectos comunitarios que apunten a esa autonomía responsable de la que hablaba Castoriadis (2013).

Se dice popularmente que el mejor engaño del diablo es afirmar que éste no existe, cuando en realidad existe su rasgo más prominente: el dominio y su sufrimiento. Es hora de que, aprovechando esta crisis, empecemos a reconvertirnos en otra clase de seres, con conciencia de especie basados en un lazo fraterno, solidario, comunitario y responsable por las generaciones futuras.

En este sentido, el texto de Luis Gonçalvez Boggio es de imprescindible lectura y aporta, desde la psicología clínica y la psicología social, las herramientas para la liberación de una subjetividad sometida voluntariamente, esclavizada por el consumo y engañada con fáciles consignas salvadoras que prometen el reino de los cielos en la tierra. El texto se transforma en un mojón más en el camino a la autonomía responsable, hacia la construcción de una humanidad menos omnipotente, más modesta, consciente de sus fragilidades y de las limitaciones que padecemos, cuyo principio rector sea una ética basada en el cuidado de sí y de los otros, construyendo la ternura necesaria para sepultar esta civilización de la mortificación.

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2020). *¿En qué punto estamos? La epidemia como política*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Allen, W. (1991). *The complete prose of Woody Allen*. New York: Random House.
- Anzalone, E. y Bafico, J. (2020). La presencia del analista en los tiempos de la virtualidad. Recuperado desde: <https://www.facebook.com/415084951855889/videos/635878576961488>
- Augé, M. (2000). *Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Barcelona: Gedisa.
- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1980). *Los destinos del placer: alienación–amor–pasión*. Barcelona: Petrel.
- Balaguer, R. (2002): El hipocuerpo: una vivencia actual que la virtualidad aun no puede eludir. *TEXTOS de la CiberSociedad*, nro. 2, Temática Variada.
- Bauman, Z. (2007). *Miedo líquido. La sociedad contemporánea y sus temores*. Barcelona: Paidós.
- Benyakar, M. (2006). *Lo disruptivo: Amenazas individuales y colectivas. El psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Biblos.

- Benyakar, M. y Lezica A. (2005). *Lo traumático: Clínica y paradoja. Tomo 1: El proceso traumático*. Buenos Aires: Biblos.
- Berardi, F. (2020). *El virus como metáfora y agente material*. Teleconferencia organizada en conjunto por la revista El Psicoanalítico y el Colegio de Psicoanalistas el día 17 de Abril de 2020.
- (2020a). *Respiración umbral. Virus y literatura*. Recuperado de: <http://lobosuelto.com/tag/bifo/>
- Berceli, D. (2007). *Exercícios para libertação do trauma*. Recife: Libertas.
- (2012). *Liberación del trauma: Perdón y temblor es el camino*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Bernardi, R., et al. (2020). Atención en salud mental y COVID-19: algunas respuestas iniciales en Uruguay. *Revista de Psiquiatría Uruguaya*. 84 (2). 111-119.
- Boadella, D. (1982). *Transferência, Ressonância e Interferência*. Cadernos de Psicologia Biodinâmica 3. São Paulo: Summus.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Castoriadis, C. (2013). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets.
- Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en terapia. Cómo unirse al ritmo de la regulación*. Barcelona: Eleftheria.
- (2019a). *Cómo conectar el freno vagal*. 1er. seminario internacional sobre Aplicaciones clínicas de la teoría polivagal. Sitges, Barcelona (mayo 2019).
- Dardot, P. y Laval, C. (2015). *Lo común*. Barcelona: Gedisa.
- Deleuze, G. (1991). Posdata sobre las sociedades de control, en Ferrer, C. (comp). *El lenguaje libertario*, T. II. Montevideo: Nordan.
- (1994). *Lógica del sentido*. Barcelona: Planeta-Agostini.

- Deleuze, G. y Parnet, C. (1980). *Diálogos*. Valencia: Pre-Textos.
- Derrida, J. (1989). *Márgenes de la Filosofía*. Madrid: Cátedra.
- Di Bártolo, I. (2016). *El apego. Cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Buenos Aires: Lugar.
- Duby, G. (1995). *Año 1000, Año 2000. La huella de nuestros miedos*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Facultad de Psicología Udelar (2020). Servicios en tiempos de pandemia por el COVID. Recuperado desde: <https://psico.edu.uy/servicios-en-pandemia/atencion-psicologica>
- Febvre, L. (1993). *El problema de la incredulidad en el siglo XVI*. Madrid: Akal.
- Fosha, D. (2019). *El poder transformador de los afectos. Modelo para un cambio acelerado*. Barcelona: Eleftheria.
- Fosha, D., Siegel, D., Solomon, Marion F. et al. (2016). *El poder curativo de las emociones. Neurociencia afectiva, desarrollo y práctica clínica*. Barcelona: Eleftheria.
- Foucault, M. (1988). *Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- (2012). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- French, G. y Gerbode, F. (2003). *Traumatic Incident Reduction manual*. Kansas City: IRM Press.
- Freud, S. (1986). *Lecciones de introducción al psicoanálisis (Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse), 1916-1917*. Montevideo: Departamento de Publicaciones del CEUP.
- García, S. (2018). Desamparo, “acontecimiento” y repetición. Après coup en transferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 127, 25-36.

- Gatti, G. -Ed.- (2017). *Un mundo de víctimas*. Barcelona: Anthropos.
- Gonçalvez Boggio, L. (2008). *El cuerpo en la psicoterapia. Nuevas estrategias clínicas para el abordaje de los síntomas contemporáneos*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- (2009). H1N1. El virus del miedo. Montevideo: Fichas TEAB.
- (2014). El cuerpo: ese campo de batalla. En N. De León (Coord.), *Salud Mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* Montevideo: Psicolibros Waslala. 141–150.
- (2019). *Las paradojas de la migración. Estrategias psicocorporales para el abordaje del estrés postraumático*. Montevideo: CSIC-UDÉ-LAR.
- (2019a). Un retorno a lo básico: aplicaciones clínicas y abordajes terapéuticos psicocorporales desde la teoría polivagal (TPV). *Revista Latino-Americana de Psicología Corporal*. Vol. 1, nro. 8. Recuperado de: <https://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/89>
- (2020). La paradoja del virus. Montevideo: Fichas TEAB.
- Guattari, F. (1986). *Psicoanálisis y transversalidad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (1998). *El devenir de la subjetividad*. Santiago de Chile: Dolmen.
- Han, B.C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- (2014). *La agonía de Eros*. Barcelona: Herder.
- (2014a). *Psicopolítica. Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona: Herder.
- (2014b). *En el enjambre*. Barcelona: Herder.
- (2015). *El aroma del tiempo*. Barcelona: Herder.
- (2020). Entrevista de César Rendueles. *Diario El País*, España, 17/05/20. Recuperado desde: https://elpais.com/cultura/2020/05/15/babelia/1589532672_574169.html

- Haraway, D. (1985). Manifiesto for cyborgs: science, technology, and socialist feminism in the 1980s. *Socialist Review*. 80, 65–108.
- Hardt, M. y Negri, A (2002). *Imperio*. Buenos Aires: Paidós.
- Hartung, J. (2005). *The resolution of trauma with EMDR: Theory, mechanisms and evidence*. Presentación en el V Congreso Internacional de Trauma Psíquico y Estrés Traumático, Buenos Aires, Argentina.
- Hartung, J. y Galvin M. (2003). *Energy psychology and EMDR. Combining forces to optimize treatment*. New York: Norton.
- Heller, L. y LaPierre A. (2017). *Curar el trauma del desarrollo. El método Relacional Neuroafectivo para restablecer la conexión*. Barcelona: Eleftheria
- Huxley, A. (2013). *Un mundo feliz*. CDMX: Debolsillo.
- Keleman, S. (1992). *Padrões de disestresse: agressões emocionais e forma humana*. São Paulo: Summus.
- (1997). *Anatomía emocional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- (1997a). *La experiencia somática*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lacan, J. (2015). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lagrange, H. (1996). *La civilité à l`épreuve. Crime et sentiment d`insecurité*. Paris: PUF.
- Latour, B. (2013). *Investigación sobre los modos de existencia. Una antropología de los modernos*. Buenos Aires: Paidós.
- Levine, P. (2012). *Uma voz sem palavras. Como o corpo libera o trauma e restaura o bem-estar*. São Paulo: Summus.
- (2018). *Trauma y memoria*. Barcelona: Eleftheria.
- Levine, P. y Frederick, A. (1999). *Curar el trauma. Descubriendo nuestra capacidad innata para superar experiencias negativas*. Barcelona: Urano.

- Levine, P. y Kline, M. (2016). *El trauma visto por los niños*. Barcelona: Eleftheria.
- Lipovestky, G. (1993). *L`Ere du vide. Essais sur l`individualisme contemporain*. Paris: Gallimard.
- Lowen, A. (1977). *Bioenergética*. México: Diana.
- (1995). *El lenguaje del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Nancy, J. L. (2020). *Excepción viral*. Apple Books. Recuperado desde: <https://ficciondelarazon.org/2020/02/28/jean-luc-nancy-excepcion-viral/>
- Orwell, G. (1984). *1984*. Barcelona: Destino.
- Porges, S. (2018). *Guía de bolsillo de la teoría polivagal. El poder transformador de sentirse seguro*. Barcelona: Eleftheria.
- (2020). The COVID-19 Pandemic is a paradoxical challenge to our nervous system: a Polyvagal Perspective. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 135-138.
- Porges, S., Dana, D. -Ed.- (2019). *Aplicaciones clínicas de la teoría polivagal*. Barcelona: Eleftheria.
- Preciado, P. (2010). *Pornotopía*. Barcelona: Anagrama.
- (2020), Aprendiendo del virus. Diario El País, España, 28/03/20. Recuperado desde: https://elpais.com/elpais/2020/03/27/opinion/1585316952_026489.html
- Puget, J. (2015). *Subjetivación discontinua y psicoanálisis: incertidumbre y certezas*. Buenos Aires: Lugar.
- Reich, W. (1985). *La Biopatía del Cáncer*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- (1986) *La función del orgasmo*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodríguez Nebot, J. (2020). La psicoterapia en tiempos de coronavirus. Conferencia inaugural del Centro de Intervenciones Psicoanalíticas Focalizadas (CEIPFO), 10/04/20. Montevideo: Fichas TEAB.

- Rolnik, S. (2019). *Esferas de la insurrección. Apuntes para descolonizar el inconsciente*. Buenos Aires: Tinta limón.
- Rothschild, B. (2003). *The body remembers. Casebook. Unifying methods and models in the treatment of trauma and PTSD*. New York: Norton.
- Shapiro, F. (2004). *EMDR. Eye movement desensitization and reprocessing. Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. México: Pax.
- Serrano, X. (2020). En el aquí y ahora. Notas encarnadas al pie de la catástrofe. Valencia: Es.Te.R.
- Selma, H., et al. (2020). Estudio *Impacto psicológico de la crisis del COVID-19 en adultos residentes en Uruguay realizado en la Facultad de Psicología de la Udelar*. Recuperado desde: <https://galeria.montevideo.com.uy/Revista-Galeria/Los-animos-que-trajo-el-Covid-el-doble-de-depresion-y-ansiedad-fobica-uc771610> y <https://www.carasycaretas.com.uy/burbuja-pandemia-salud-mental/>
- Siegel, D. (2007). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. España: Desclee de Brouwer.
- Simondon, G. (2009). *La individuación*. Buenos Aires: Cactus.
- Singer, F. (2019). *La teoría y su noche. Aportes epistemológicos para investigar en psicoanálisis*. Santiago: Pólvora.
- Tiqun (2015). *La hipótesis cibernética*. Madrid: Acuarela & A. Machado.
- Torres-Godoy (2020). Trauma vicario revisitado a la luz “oscuridad” de la pandemia COVID-19. (Dramaterapia, grupos, comunidades). Ponencia realizada en el Seminario “El futuro postpandemia: del trauma a la resiliencia” organizado por la Asociación Iberoamericana de Psicotrauma (AIBAPT).
- Tucídides (1992). *Historia de la guerra del Peloponeso*. Madrid: Gredos.
- Van der Kolk, B. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria.

- Virilio, P. (1997). *La velocidad de liberación*. Buenos Aires: Manantial.
- Weigand, O. (2006). *Grounding e autonomia. A terapia corporal bioenergética revisitada*. São Paulo: Person.
- Zuboff, S. (2020). *La era del capitalismo de la vigilancia. La lucha por un futuro humano frente a las nuevas fronteras del poder*. Madrid: Paidós.

Entrevistas realizadas a Luis Gonçalvez Boggio en el contexto de la pandemia en los medios audiovisuales y escritos (2020):

1. “Desintensificando el miedo al coronavirus”, periodista: Daniel De León, Telemundo, Canal 12 (14/03/20).
2. “La psicología de la cuarentena y de la pandemia. El miedo es la emoción más contagiosa”, periodistas: Victoria Zambrano, Jorge Echagüe y Lucía Brocal, Desayunos informales, Canal 12 (16/03/20).
<https://www.teledoce.com/programas/desayunos-informales/segunda-manana/la-psicologia-de-la-cuarentena-y-la-pandemia-el-miedo-es-una-de-las-emociones-mas-contagiosas/>
3. “La vida como valor capital”, periodista: Daniel De León, Telemundo, Canal 12 (11/04/20).
<https://www.teledoce.com/telemundo/nacionales/la-facultad-de-psicologia-trabaja-en-el-impacto-que-provoca-en-la-salud-psiquica-la-pandemia-y-las-medidas-de-aislamiento-social/>
4. “La vida desde el COVID-19. La primera pandemia en la era de la información”, periodistas: Soledad Gago y Rosalía Souza, Diario El País (22/03/20).
<https://www.elpais.com.uy/domingo/vida-covid-primera-pandemia-informacion.html>
5. “El COVID-19 y nuestro sistema nervioso autónomo”, periodista: Nery Pinato, Estado de situación, CX 12 (15/04/20).
<https://soundcloud.com/user-516232633/entrevista-lgb-estado-de-situacion-cx12>

6. “Fobias y confinamiento”, periodista: Renzo Roselló, Diario El País (19/04/20)
<https://www.elpais.com.uy/domingo/fobias-despertar-confinamiento.html>
7. “La fauna de la pandemia”, periodista: Leonel García, Revista Galería de Búsqueda (02/05/20).
<https://galeria.montevideo.com.uy/Revista-Galeria/La-fauna-de-la-cuarentena-uc751440>
8. “Pandemia, confinamiento y estructuras de carácter”, periodistas: Verónica Chevalier y Magdalena Correa, La tarde en casa, Canal 10 (06/05/20).
<https://youtu.be/Fr31n87osh8>
9. “Lidiando con la incertidumbre y con el miedo en la pandemia”, periodista: Daniel Figares, RompeKbezaz, Radio La X (07/05/20).
<https://lax.uy/2020/05/07/entrevista-al-psicologo-luis-goncalvez-07-05-20/>
10. “Secuelas del aislamiento por la pandemia”, periodista: César Ricaurte, Fundamedios.
<https://youtu.be/7uJdTrUbibE>
11. “Tapabocas: las claves de vivir enmascarados”, periodista: Renzo Roselló, Diario El País (23/08/20).
<https://www.elpais.com.uy/domingo/tapabocas-claves-vivir-enmascarados.html>
12. “Los ánimos que trajo el Covid: el doble de depresión y de ansiedad fóbica”, periodista: Leonel García, Revista Galería de Búsqueda (28/11/20).
<https://galeria.montevideo.com.uy/Revista-Galeria/Los-animos-que-trajo-el-Covid-el-doble-de-depresion-y-ansiedad-fobica-uc771610>

