

UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología
Trabajo Final Integrador
El accidentarse como síntoma de un conflicto dilemático

Autor: María Edith Granel

Profesor tutor: Marcos Mustar

Buenos Aires, agosto del 2014

Índice de contenido

1 INTRODUCCIÓN.....	3
2 ÁREA.....	3
3 OBJETIVOS.....	3
3.1 Objetivo General:.....	3
3.1.1 Objetivos específicos:.....	4
4 MARCO TEÓRICO.....	4
4.1 Los accidentes en la obra de Freud.....	4
4.1.1 El trastocar de las cosas confundidos.....	4
4.1.2 Los actos fallidos.....	7
4.1.3 Los síntomas.....	8
4.2 Los accidentes en la teoría de Granel.....	13
4.2.1 Condiciones concurrentes.....	14
4.2.2 Fantasía inconsciente de accidentarse.....	14
4.2.3 Circunstancias críticas. Las situaciones de cambio y los conflictos dilemáticos (crisis vitales).....	15
4.3 Sobreadaptación.....	20
4.4 Transferencia y Contratransferencia.....	23
5 MÉTODO	25
5.1 Tipo de estudio:.....	25
5.2 Participante:.....	25
5.3 Instrumentos.....	26
5.4 Procedimiento.....	26
6 DESARROLLO.....	26
6.1 El accidente:.....	27
6.2 La vinculación entre crisis vital y el accidente como síntoma.....	27
6.3 La emergencia del accidente como posible manifestación sintomática de sobreadaptación.....	31
6.4 La construcción del vínculo transferencial con la analista durante el periodo de internación en el caso de una mujer accidentada en la vía pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....	36
7 CONCLUSIÓN.....	45
8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

1 INTRODUCCIÓN

La realización de este trabajo está basada en la residencia que tuvo lugar en el servicio de traumatología de un Hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este servicio cuenta con un equipo de profesionales psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas especializados en el estudio del accidentarse desde el enfoque psicoanalítico freudiano. Este equipo de profesionales que se dedican desde hace 34 años a la investigación, tratamiento, y prevención de accidentes sientan sus bases en Freud y autores pos freudianos, en su gran mayoría representantes de la escuela inglesa, tales como Mahler, Bion y Winnicott entre otros.

En el servicio se tomó contacto con una paciente internada por un accidente, participando de los encuentros con la psicoterapeuta con el fin de conocer su caso. A su vez se participó de las reuniones con un grupo de supervisión integrado por psicólogos y psiquiatras para el estudio de dicho caso desde la perspectiva teórica sustentada por este equipo. Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho el abordaje de la paciente se realizó desde la particular teoría acerca del accidentarse pensada por Granel (2009)

El accidentarse es algo inherente a la vida del ser humano y por eso es interpretado como un hecho casual, sin embargo desde el enfoque psicoanalítico se le puede dar una interpretación que va más allá del azar y del hecho fenoménico en sí, para entrar en aspectos más profundos del mismo que están relacionados con los conflictos internos por los que atraviesan los sujetos. Esto sumado al incremento de los accidentes en el mundo actual hace aún más interesante el estudio de los mismos intentando descubrir su etiología y funcionamiento para luego encontrar una forma de prevención.

2 ÁREA

Psicología clínica

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

Analizar el accidente como síntoma desde la perspectiva psicoanalítica, en el caso de una mujer accidentada en la vía pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

3.2 Objetivos específicos:

1. Analizar la vinculación entre crisis vital y el accidente como síntoma en el caso de una mujer accidentada en la vía pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

2. Explorar la emergencia del accidente como posible manifestación sintomática de sobreadaptación en el caso de una mujer accidentada en la vía pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

3. Analizar la construcción del vínculo transferencial con la analista durante el periodo de internación en el caso de una mujer accidentada en la vía pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Los accidentes en la obra de Freud.

4.1.1 El trastocar de las cosas confundidos

Para la teoría psicoanalítica existe un contenido manifiesto fenomenológico que no es el único, sino que existe otro contenido, latente, que tiene tanta o más importancia para la vida del sujeto. Este contenido se encuentra en el inconsciente de los sujetos. (Freud, 1900- 2007).

El contenido inconsciente se expresa de múltiples formas en la vida de los sujetos, y se puede acceder a él a través de los sueños, los actos fallidos, el chiste, los síntomas. Otra de las formas de manifestación del inconsciente es a través de las afecciones psicósomáticas y de los accidentes, en tanto estos últimos pueden ser entendidos como una forma de acto fallido. Lejos de tratarse de un simple error, de un desliz en el funcionamiento normal de lo psíquico, el acto fallido es un acto pleno de sentido que en realidad encierra deseos reprimidos que se expresan a través del mismo (Valls, 1995). Desde el enfoque psicoanalítico el accidente no sería un producto del azar, sino que sería producto de un determinismo inconsciente (Freiden & Slapak, 2009).

Freud (1901) hace un paralelo entre las equivocaciones que se comenten al hablar y los actos con efecto fallido. En ambos casos, el aparato motor está involucrado, pero pueden distinguirse dos grupos de casos. Un grupo es denominado como "trastrucar las cosas confundido", en estos casos el no cumplimiento de la intención consciente expresa una intención inconsciente, oculta bajo el disfraz de la torpeza. El otro grupo, al que Freud (1901) denomina "acciones sintomáticas y contingentes" incluye acciones que no requieren del disfraz de la torpeza, ya que no tienen una finalidad manifiesta. Equívocos y accidentes, que se incluyen dentro de la misma categoría, escenificarían con gran destreza aquellas situaciones inconscientes que el sujeto no puede expresar de otra manera (Freud, 1901).

Freud toma como fundamental el hecho; lo acontecido; esta es la expresión del inconsciente.

El inconsciente aprovecha una circunstancia para expresar en la realidad su contenido, y hacer encajar en esa realidad algo de ese contenido que necesitaba manifestar.

El accidente implica una situación de trastrucar, de confusión, en donde están presentes lo manifiesto y lo latente. En esta confusión el sujeto realiza un acto torpe que lo lleva a accidentarse, pero en realidad este acto es el camino de expresión de los deseos inconscientes, de lo latente (Freud, 1901). Granel (2009) lo define con la siguiente frase "la torpeza enmascara la destreza" (p. 25).

Freud (1901) advierte que los accidentes serían también una forma de autocastigo, en los casos más graves una forma de suicidio inconsciente. Se trata de un suicidio no intencionado, desde el punto de vista de la consciencia, en donde el inconsciente tiene la capacidad de utilizar con mucha destreza una situación que implica peligro de muerte para encubrir un intento de autoeliminación bajo el disfraz de una desgracia casual. Es decir, en los accidentes existiría una intención inconsciente del sujeto, una agresividad autodirigida que lo puede conducir a la muerte.

Winnicott (1981) sostiene que la agresión aparece muy tempranamente en la evolución humana y, en ese principio está ligada a la actividad y al hecho de estar vivo. Las patadas del bebé en el vientre materno son un signo de vitalidad, que no implican una violencia para con la madre, "se supone que no quiere abrirse paso a patadas" (p. 282). Sin embargo, la agresión manifiesta a nivel individual no es la que pone en peligro a la humanidad, sino aquella escindida como contenido inconsciente. Esta agresividad inconsciente es la que se expresa en los actos auto o heterodestructivos. En consecuencia, la base de la investigación sobre la agresión debe constituirse el estudio de la raíz inconsciente de la intención agresiva.

Una forma de dirigir la agresividad es hacia adentro, colocando la pulsión de muerte hacia el interior del sujeto como pasa en las enfermedades psicosomáticas. Otra forma es dirigir la pulsión de muerte hacia el exterior, como sería en el caso de los accidentes. Granel (2009) sostiene que, según sus investigaciones, el accidente sería una salida a un conflicto dilemático. Para este autor el psicoanálisis demuestra que los síntomas aun en la psicosis son defensas frente a cosas vinculadas a la muerte, el accidente es entonces también una forma de defensa frente a diversos conflictos relacionados con la muerte aunque pueda llevarlo a la misma.

Retomando a Winnicott, Freiden y Slapak (2009) sostienen que la función del handling materno en la fase de dependencia relativa desarrolla en el infante la capacidad de control de sus impulsos, en caso contrario puede llevar al infante a tener dificultades con la agresión y con el control de los impulsos, lo que llevaría a aumentar la probabilidad de suicidio, o implicaría una mayor propensión a los accidentes.

Green (1983) no habla de los accidentes, pero habla del narcisismo de vida y el narcisismo de muerte. El narcisismo de vida lleva al bebé a la búsqueda del vínculo objetal y el narcisismo de muerte busca volver para atrás, pero como no se puede volver hacia atrás busca la extinción de toda tensión. En el caso que se extinga por completo sobreviene la muerte. En ese sentido, Granel (2009) afirma que el accidente se encuentra en el medio del conflicto dilemático que ambas pulsiones enmarcan. En la medida en que el sujeto no logre tramitarlo para su resolución en el terreno de lo simbólico, crecerá su propensión a accidentarse.

Para que el accidente ocurra, interviene el aparato motor, a través de acciones similares a las que caracterizan al sonambulismo. El punto de contacto se da en la obnubilación de la consciencia en el momento del accidente, que deja el control de los movimientos al inconsciente. Por detrás de la torpeza aparente de esos movimientos, los mismos están dotados de una notable habilidad inconsciente, porque expresan una intención, un deseo de accidentarse, con un subrogado pulsional inconsciente. Ese deseo se abre paso a través de la descarga motriz esquivando a la consciencia que queda ocupada en el armado de la escena del accidente (Freud, 1901).

El accidente implica, entonces, un estado onírico, un sueño despierto en el cual la consciencia es invadida por representaciones del inconsciente, que logran ajustar la escena externa con la interna a través de ese accidente (Granel, 2008).

4.1.2 Los actos fallidos

Los actos fallidos incluyen un conjunto de operaciones como son los deslices verbales, deslices en la lectura o escritura, extravío o pérdida de cosas, errores etc. Aun cuando desde el sentido común esta clase de fenómenos podría parecer algo sin importancia Freud (1915) descubre en ellos actos plenos de sentido psíquico, y enfatiza que la observación y el estudio de estos deslices, de estos trastocar de las cosas confundido, permite acceder al inconsciente y conocer esa parte oculta de la persona que sustenta patologías de diverso tipo. Más allá de las causas aparentes del acto fallido, las motivaciones inconscientes y los procesos que llevan a ese acto son diferentes para distintos sujetos. Un sujeto se trastraba o permuta una palabra por otra determinada, y lo hace de un modo particular y no de cualquier manera. Aún cuando existan muchas formas de cometer estos actos, hay una que se impone por sobre las otras. Esto es así, porque estas operaciones fallidas tienen una razón, un efecto y un significado, más allá de que se pueda atribuir su génesis a causas fisiológicas y psicofisiológicas. Las mismas no son desestimadas por Freud (1915) sino que en sus investigaciones agrega algo más a las ya citadas causas. Ese algo más es del orden de la manifestación de contenidos inconscientes que permanecían latentes hasta ese momento.

Según interpreta Valls (1995), Freud (1915) describe tres categorías de actos fallidos. En primer lugar aquellos que estarían relacionados con las satisfacciones pulsionales, otros actuarían como forma de expresión de la resistencia y por último existe una categoría que estaría relacionada con el autocastigo. El accidente, considerado como un acto fallido, entraría en esta

tercera categoría. En él la agresividad inconsciente se manifiesta en un acto autopunitivo.

En este sentido, Winnicott (1981) dice que la oposición que encuentra el niño favorece la conversión de energía vital en agresión a nivel inconsciente. Cuanto mayor es la oposición que se enfrenta, mayor es la agresividad. A su vez, esta acumulación de agresividad implica una mayor propensión a accidentarse. Para el autor, el accidente puede ser una buena forma, un buen camino para descargar la tensión acumulada bajo la forma de agresividad.

Como acción fallida, el accidente es la manifestación de algo que está en el inconsciente, a través de la cual se produce una descarga de la agresividad acumulada sin pasar por las palabras. Esto permite afirmar que al considerar el estudio de los accidentes debe considerarse al mismo como un síntoma, que, por lo tanto, se constituye siguiendo los caminos de formación de síntomas. Esto quiere decir que los contenidos reprimidos, para ser exteriorizados, han sido previamente condensados, desfigurados y dislocados (Granel, 2009).

En el apartado siguiente se presentan las características que definen al síntoma y las formas en que se produce su formación.

4.1.3 Los síntomas

Freud (1916) desarrolla la importancia del síntoma neurótico en la clínica psicoanalítica, concepto descubierto por Breuer en el análisis de una paciente con síntomas histéricos.

Menciona conceptualizaciones hechas por Janet acerca de los mismos, como expresión de las ideas inconscientes del paciente, y del psiquiatra Leuret, quien consideraba que los delirios de los pacientes psicóticos tenían un sentido. Retomando estas conceptualizaciones enfatiza, por un lado, la riqueza del sentido del síntoma y, por el otro, la importancia del síntoma como expresión de las vivencias y fantasías inconscientes del paciente.

Relacionado con la importancia del síntoma como expresión de fantasías inconscientes, el mismo puede entenderse como una solución de compromiso que resulta una forma 'aceptable' de expresión de esas fantasías (Freud 1916). Posteriormente, Freud (1925) completará la caracterización del síntoma como un proceso patológico, proceso que implica un conflicto entre el deseo y la defensa. El síntoma, emerge como producto de ese conflicto, como resultado de la pugna entre ambas fuerzas.

Freud (1916) sostiene que el común de la gente confunde síntoma con enfermedad por lo tanto suprimiendo el síntoma estaría curada la enfermedad. Muy diferente es lo que busca el médico, el mismo utiliza el síntoma como camino para llegar hasta la enfermedad. Sabiendo que no es la supresión del síntoma lo que cura la enfermedad y que por el contrario al suprimir los síntomas y no curar la enfermedad luego aparecen nuevos síntomas.

En un principio Freud (1917) distingue dos tipos de pulsiones: las de autoconservación y las pulsiones sexuales. Las primeras estarían orientadas hacia la supervivencia del sujeto y las segundas hacia la reproducción y el placer. Las pulsiones sexuales se apoyan en las pulsiones de autoconservación. Son en un principio independientes, y en la pubertad se sintetizan para dar origen a la sexualidad genital. Ambos tipos de pulsión, al ser de origen endógeno, son constantes, y el sujeto no se puede librar de ellas.

En Inhibición, síntoma y angustia, el síntoma aparece como "satisfacción sustitutiva de una pulsión reprimida" (Freud, 1916). Hay allí algo más que un deseo reprimido, aparece el concepto de pulsión que resultará clave en la clínica freudiana a partir de su elaboración posterior en Más allá del principio del placer (Freud, 1920), y que implica una situación paradójica por la cual la satisfacción oculta obtenida a través del síntoma se presenta como un placer logrado a costa del sufrimiento y la incomodidad (Ustarroz Orangez, citado por Gutiérrez, 2010)

En su esencia la pulsión es un concepto límite entre lo somático y lo psíquico, sin pertenecer exclusivamente a ninguno de los dos ámbitos. En su origen se trata de un estímulo que proviene del propio cuerpo del sujeto y que, superado cierto umbral, penetra en el aparato psíquico, allí es donde ese estímulo se

convierte auténticamente en pulsión al ligarse a representaciones. La pulsión funciona entonces como una medida del trabajo que se impone a lo psíquico como consecuencia de su relación con lo corporal, y que implica una demanda que hay que resolver (Valls, 1995).

Cuando la satisfacción directa de estas pulsiones colisiona con vivencias que el sujeto ha experimentado como dolorosas en su pasado, o a situaciones culturalmente prohibidas, una fuerza contraria se opone a ellas: la represión. Ésta impide la libre descarga de la pulsión y produce una separación entre el afecto y la representación a la que le dio origen. Sin embargo, la represión nunca es completamente exitosa, y el retorno de lo reprimido se expresa en los actos fallidos, los sueños, los chistes, y los síntomas, entre los cuales podemos incluir los accidentes (Valls, 1995).

La represión se ejerce sobre las representaciones pulsionales, a través de su actividad se irá constituyendo un aparato psíquico básicamente representacional. Cuando la fuerza de la represión no es suficiente para mantener en el inconsciente a las representaciones pulsionales, se producirá la formación del síntoma neurótico. Aquí es donde encontramos el sentido del síntoma: viene a denunciar aquello que está perturbando al sujeto y que pugna por expresarse desde el inconsciente (Gonzalez Imaez, 2013).

Arbiser (2002) sostiene que el síntoma es un elemento intrusivo que llega para desarmonizar una situación aparentemente armónica. El síntoma se podría tomar entonces como una salida o expresión tanto de las situaciones internas del sujeto como de aquellas que tienen que ver con las relaciones vinculares del mismo. Es labor del método psicoanalítico desentrañar, descifrar lo que está oculto en el síntoma. Es este proceso de decodificación del síntoma al que se llama interpretación en psicoanálisis.

Tras un largo periodo de perfeccionamiento del método terapéutico para responder a las necesidades que planteaba la clínica, se constató que algo se escapaba. El modelo en que se basaba el trabajo de interpretación, regido por el principio del placer y el principio de realidad, dejaba por fuera a una pulsión que, considerada educable, representable, contenida, sublimable hasta el punto de volverse su contraria, se escapa y opera incansablemente y más allá de todo principio y representación, como un empuje mudo y ciego. Esto llegaba al punto de presentar un desafío a este modelo, en tanto la pulsión obtenía satisfacción a través del displacer. Las equivalencias incremento de carga=displacer y descarga=placer, e incluso la idea de que la ganancia de placer implicaba evitar el displacer ya no se sostienen. El sujeto consigue placer en el displacer (Gutiérrez, 2010).

Freud (1920), a partir de la elaboración de lo que había representado la Gran Guerra para toda Europa, reformula la teoría de la pulsión para incluir el concepto de pulsión de muerte en oposición a la pulsión de vida, que reúne a las pulsiones de conservación y sexuales. Esta oposición implica una lucha entre ambas pulsiones, en donde la pulsión de vida enlaza, crea y da placer, mientras que la pulsión de muerte empuja al ser vivo a un estado anterior al de la vida, al estado inorgánico.

Rappaport de Aisenberg (1999) ha profundizado acerca de aquello irrepresentable y su relación con el inconsciente no reprimido, con el trauma, el dolor, la compulsión a la repetición y la pulsión de muerte. En este sentido, destaca que cuando el aparato psíquico está dominado por un trauma, la huella mnémica hostil y dolorosa no es investida libidinosamente, y la descarga se realizará sin ligadura a representación alguna, sino directamente en un Acto, o en el Soma. En estos casos, la pulsión es un máximo de potencia en acto y mínimo de significación. En estas actuaciones, así como en las manifestaciones orgánicas del tipo de las enfermedades somáticas, no habría representación o simbolismo.

Mc Dougall (1987), sostiene que el estado psicósomático carecería en principio de un significado simbólico directo, desprovisto en principio de fantasías reprimidas. Postula que responden a un simbolismo pre verbal y remiten a problemáticas narcisistas. Diferenciando así respecto a los síntomas histéricos que tienen una historia y fantasías ligadas a lo Edípico, los estados psicósomáticos pertenecerían entonces a lo pre-reprimido por estar ligado a lo pre verbal.

Fenichel (1982) caracteriza a las personas que actúan impulsivamente, es decir que tienden a recurrir al acting out como forma de descarga. Sus actuaciones son conductas de carácter impulsivo que expresan la imposibilidad que experimenta el

sujeto de elaborar a través del proceso de pensamiento secundario, es decir por medio del pensamiento y las palabras.

Como resultado recurre al acto impulsivo para aliviar sus tensiones internas utilizando objetos externos. Por medio de este mecanismo el yo evita enfrentarse con aquel material inconsciente que le resulta intolerable. Las personas con este tipo de accionar tienen una dificultad para diferenciar el pasado del presente y poseen patrones de reacción poco flexibles e inadecuados en relación a los estímulos (Fenichel, 1982). Sostienen Freiden y Slapak (2009) que en el análisis de accidentes de niños estudiados por estas autoras el acting out se ve como consecuencia de un proceso de simbolización y esta forma de funcionamiento como expresión de fantasías e impulsos hostiles que no pueden ser exteriorizados de una manera simbólica. Se podría agregar que el proceso de simbolización desde lo verbal no alcanza y por eso se actúa.

En la teoría sustentada por Granel (2009) el accidente es un síntoma, él lo denomina el síntoma accidente. De acuerdo con este autor en el accidente habría un conflicto un choque de fuerzas, deseos fantasías e impulsos que no pueden llegar a la consciencia, que no se pueden expresar con palabras y que resultan en un Acto. El mismo expresa un conflicto específico accidentogénico que toma forma en el accidente siguiendo las leyes de formación del síntoma. El conflicto dilemático en que se encuentra el sujeto es entre dos fuerzas en choque denominadas Cambio - Contra Cambio. Para este autor el accidente como síntoma tiene una característica peculiar que es que va más allá de ser una formación sustitutiva es también una forma de restitución, una forma de comunicación ya que esta conservada su capacidad expresiva (Granel, 2009)

Para otros autores el accidente es un pasaje al acto, una mera descarga sin sentido. Green, (1998) sostiene que representar es hacer presente algo que no es perceptible porque no está presente e implica una capacidad de evocación, pero cuando las primeras relaciones objetales del infante son fallidas por exceso o por defecto se producen un vacío afectivo y representacional esto implicaría una dificultad en la capacidad de simbolizar y de poner en palabras aquello que los perturba. En la misma línea que este último autor se podría mencionar McDougall, (1987) y Rappaport de Aisenberg, (1999). Sin embargo, para Granel (2009) entran dentro de los denominados actos fallidos, los cuales tienen un sentido y determinismo inconsciente. A partir de ese sentido y relación con el inconsciente es que resultan un camino de acceso privilegiado a lo inconsciente. Los accidentes son expresión de un conflicto, que tiene una historicidad, y un sentido que emana de ella. Esta plenitud de sentido posee representabilidad, la cual está expresada en la escena del accidente aloplásticamente, donde el sujeto despliega su mundo interno y el choque de representaciones.

Para Granel (2009) no se trata de una falta de representación, sino de una falla en la capacidad de representar las representaciones, debida al conflicto traumático vivido como un verdadero cambio catastrófico, éstas no perderían carga sino que estarían encriptadas en la escena del accidente a la manera de ideogramas (Bion, 1965) o pictogramas (Aulagnier, 1975).

De esta manera el paciente, junto con el psicoanalista accidentólogo, quien se ofrece como continente, va recuperando los contenidos traumáticos en una elaboración que permite la integración de contenidos escindidos. El accidente implica un quiebre en la vida del sujeto, y este tipo de abordaje favorece la restitución de los entramados representacionales del paciente y su reinserción en la vida social.

Para Granel (2009) el accidente en la actualidad es una verdadera pandemia, es un síntoma y expresión del malestar en la cultura. En la actualidad se presentan altas tasas de muertes por accidentes en todo el mundo, se observan también casos de pacientes con una marcada tendencia a accidentarse.

4.2 Los accidentes en la teoría de Granel

Según Granel (2009) el accidente escenifica los conflictos inconscientes padecidos por el sujeto. Es decir el accidente tiene una intencionalidad, tiene un propósito y tiene un sentido (Granel, 2009). Se vale de situaciones externas para la escenificación del mismo en donde queda enmascarada la intención inconsciente, pero es a través del accidente, tomado como un síntoma que se tiene la oportunidad de acceder y dilucidar aquella situación conflictiva que se

encuentra en el inconsciente del sujeto. En el accidentarse el sujeto escenifica lo que Granel (2008) denomina una situación de cambio conflictivo, un dilema de cambiocontracambio que no ha podido resolverse, elaborarse ni representarse. El dilema en que se encuentra el sujeto es tan grande que el cambio no se ha podido realizar normalmente. El sujeto realiza movimientos extraños e inadecuados para evitar el accidente, sin embargo estos movimientos si son coordinados para expresar a través del accidente su conflicto interno.

Siguiendo esta idea el aparato psíquico tiene la función de representabilidad. Si lo que llega a él es intolerable sobreviene un trauma. El accidente sería una manera arcaica, concreta y regresiva de darle una forma a ese trauma, que no puede expresarse en palabras porque el sujeto no quiere entender su significado. Una cuestión destacable de esta forma de considerar al accidente, es que la inconscientización de ese significado, se explica por su disociación más que por la represión.

Quedan representaciones aisladas y disociadas que no pueden juntarse o se unen de forma diferente no logrando organizar una idea. El sujeto necesita cortar las ligaduras para no encontrar el significado y elaborar lo traumático. El accidente no le sirvió quizás para elaborar aquello traumático, pero le da aunque sea una forma, una manera de figurabilidad (Granel, 2009).

En el caso de las enfermedades psicósomáticas puede verse un mecanismo similar. Según Chiozza (1976) la enfermedad psicósomática sería una forma de defensa ante la neurosis y la psicosis, donde el conflicto queda inconscientizado y se expresa a través de los síntomas corporales. La enfermedad somática vehiculiza los significados del conflicto inconsciente en una forma diferente de comunicación. Para este autor la existencia de significado en la enfermedad somática es prueba de que la misma tiene capacidad de simbolización.

Siguiendo estos conceptos postulados por Chiozza (1981) se puede hacer una analogía con los accidentes, ellos también son una forma de comunicación de conflictos internos. De Micco (2014) sostiene que en los límites del cuerpo son condensados y procesados de forma simbólica los conflictos afectivos y relacionales en riesgo. Es entonces donde lo inconsciente se expresa en el cuerpo, el mismo se transforma en un precipitado de significados inconscientes. El cuerpo transmite aquello que no se puede hablar ni expresar a través de representaciones conscientes.

4.2.1 Condiciones concurrentes

Habría situaciones, explica Granel (2009) externas al sujeto que aunque no necesarias, actuarían como facilitadores para la concreción de un accidente. En este grupo de situaciones se hallarían por ejemplo, el estado del vehículo, de las rutas, de las señales de tránsito. También se puede incluir el clima, niebla, lluvia, nieve. Otro factor importante a tener en cuenta es el humo cuando se quema pasto al costado de las rutas y disminuye considerablemente la visibilidad. El autor incluye también los factores inherentes al estado del conductor como por ejemplo el que el mismo estuviera alcoholizado, drogado o sufriera un infarto, un accidente cerebro vascular o convulsiones. Cualquiera de estas situaciones cumplirá el rol de facilitadores a la concreción del accidente. Sin embargo, estas situaciones no necesariamente deben estar presentes para que un accidente se produzca.

4.2.2 Fantasía inconsciente de accidentarse

Todo ser humano tendría según Granel (2009) una fantasía inconsciente universal de accidentarse. La misma tiene un propósito/deseo, un objeto y un fin. En un sentido convergente Chiozza (1979) habla de una fantasía inconsciente en el caso de las enfermedades somáticas. En este caso de trata de una fantasía inconsciente específica de órgano, por lo cual las enfermedades de este tipo pueden considerarse como combinaciones de diferentes fantasías específicas. Para ambos autores el pensamiento y la acción están unidos en el inconsciente.

La fantasía inconsciente de accidentarse está apoyada en un pattern arcaico y universal, algo así como un archivo filo y ontogenético que se encuentra en la memoria de los seres humanos, donde están guardadas las reacciones de violencia y agresión. Este pattern es el que hace posible que se debiliten aquellos

reflejos que protegen a la persona como son la atención, la visualización y aquellas respuestas de acción que evitarían el accidente. Por el contrario, según Granel (2009) estaría hiperactivado, hipercatectizado este modelo arcaico, y universal, este pattern descrito por Granel (2009) que lleva al sujeto a accidentarse en una determinada circunstancia. De todas maneras, según este autor, esto al igual que los factores concurrentes no son condición necesaria para el accidentarse. Tanto uno como el otro deberán combinarse con una situación de cambio por la que este atravesando el sujeto en ese momento y que le produce un conflicto (Granel, 2009).

4.2.3 Circunstancias críticas. Crisis vitales. Las situaciones de cambio y los conflictos dilemáticos.

El ser humano se encuentra en permanente cambio ya que como ser viviente para crecer debe transitar por diferentes cambios psicofísicos. Diversos autores se han ocupado de este tipo de cambios, ya Freud (1905) describió las distintas etapas del desarrollo psicosexual, la etapa oral, anal, fálica y genital.

Erikson (1968), en su teoría de la evolución psicosocial, establece un desarrollo de la identidad del sujeto dividido en una serie de etapas en donde cada una de ellas sucede a la otra a lo largo de toda la vida del sujeto, entendiéndose que el pasaje de una a la otra implica una "crisis" (pag.79) que tiene carácter de momento decisivo y crucial, donde se ve incrementada la vulnerabilidad del sujeto. Las etapas descritas por Erikson (1968) son 1) Confianza vs Desconfianza, 2) Autonomía vs Vergüenza/duda 3) Iniciativa vs Culpa, 4) Laboriosidad vs Inferioridad, 5) Identidad vs Confusión de identidad, 7) Generatividad vs Estancamiento, 8) Integridad vs Desesperanza.

Piaget (1986) describe el desarrollo mental del niño como un mecanismo delicado de construcción continua en donde se producen momentos de equilibrio y desequilibrio. Este autor describe el desarrollo madurativo del niño distinguiendo cuatro estadios el estadio sensorio motor, el estadio pre-operatorio, el estadio operatorio concreto y el estadio operatorio abstracto. Cada uno de estos estadios posee un elemento constante, que sería una necesidad tanto fisiológica como intelectual y afectiva, que despierta en el sujeto interés que se evidencia en forma de pregunta o problema y un elemento variable que sería el nivel de explicación y el interés en sí mismo varían según el nivel madurativo en que se encuentre el sujeto. En cada estadio se producen nuevas y originales estructuras que les son particulares de ese estadio. Todos estos cambios estarían dentro de lo que se podría denominar la normalidad, como por ejemplo, el ciclo vital de una persona infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez así como casamientos, divorcios, nacimientos, la pérdida de un ser querido cambios en la esfera, laboral, académica.

Atravesar un momento de cambio, implica un cambio en el vínculo con los objetos e inclusive con el esquema corporal. Cuando estos cambios no pueden ser elaborados de manera simbólica, el conflicto se expresa a través del cuerpo, ya sea con una enfermedad somática o con un accidente, que le servirían al sujeto para restituir sus vínculos objetales a través del cuidado de los otros, médicos, enfermeras, familiares, amigos, etc. (Yechua, 2013).

Mahler (1970) analiza los cambios que se producen en la conducta psicomotriz del infante y en la interacción con su madre, y a partir de estos describe los procesos que llevan a la organización de la personalidad. Para esta autora el nacimiento psicológico del individuo no ocurre al mismo tiempo que el biológico; sino que los primeros meses del niño son una prolongación del estado intrauterino, caracterizado por la dependencia absoluta del vínculo con la madre como única posibilidad para la sobrevivencia biológica y psicológica, lo que se define con el concepto de simbiosis. Para superar ese estado de indiferenciación, de fusión con la madre se requiere que la conducta con la que ella responde a las necesidades del bebé le permita a éste adquirir autonomía; es determinante entonces para la constitución psíquica normal del niño.

Green (citado por Sverdlick, 2013) conceptualiza este aspecto de la función materna como Estructura encuadrante. Ésta sería una función en la madre que genera en el bebé lo que él llama la matriz del psiquismo. En esta matriz es en donde se quedan inscriptas las experiencias de satisfacción mediante el trabajo representativo. Si la demora de la respuesta a las necesidades del niño es muy

grande (auxilio ajeno), eso producirá en el aparato psíquico del bebé zonas del psiquismo con fallas en la inscripción de las representaciones, y esto, a su vez, va a provocar graves fallas en el pensamiento. Green (1980, citado por Sverdlick, 2013) desarrolla el concepto de la madre muerta, este concepto refiere a una madre que por estar inmersa en sus propios avatares no puede cumplir su función de maternaje, no se identifica con las necesidades de su bebé. La figura de la madre queda entonces desinvertida de libido, y esta situación no genera el espacio psíquico necesario y disponible produciendo formas de vacío afectivo y representacional.

Todos los niños pasan a lo largo de su desarrollo por una etapa de separación e individuación, en la cual, partiendo de un yo aún no diferenciado del no-yo, lo interno y lo externo empiezan a sentirse gradualmente como diferentes. La separación-individuación normal es fundamental para adquirir el "sentimiento de identidad", y se completa con el gran cambio que sucede luego con la separación de la madre. Este cambio está acompañado de una ansiedad específica, la ansiedad de separación.

La etapa de separación-individuación comienza alrededor del quinto mes de vida, para concluir, idealmente, en el tercer año de edad. Este periodo puede dividirse en 4 fases Mahler (1970):

La primera fase, de diferenciación, tiene como requisito que se haya establecido la relación simbiótica al articularse la conducta de la madre con las necesidades del niño. Luego irá adquiriendo ciertas habilidades motrices que le permitirán confirmar luego su yo frente a un no-yo.

La segunda fase, denominada ejercitación locomotriz se inicia cuando el niño comienza a gatear y adquiere progresivamente las habilidades motrices que lo llevarán a la bipedestación y a separarse físicamente de su madre sin alejarse mucho, para regresar luego.

Durante la etapa de reaceramiento, el chico regresa con su madre para compartir con ella sus logros y sus hallazgos, refuerza así su Yo.

La última etapa de la separación-individuación, implica el logro de la constancia objetal. Éste significa que el niño puede evocar a la madre sin dificultad. Para conseguirlo debe haber incorporado a la representación de la madre intrapsíquicamente.

Además de los cambios relacionados con el desarrollo madurativo y el ciclo vital, Erikson (1968) incluye también la inmigración y la emigración como factores de cambio. En estos casos, donde una familia se tiene que ajustar a un nuevo entorno cultural dejando atrás su propia cultura, que le era ya conocida y a la que estaba asimilada, muchas veces se genera un conflicto entre la cultura de origen y la del lugar de inserción. Estos son cambios en cierta medida normales, sin embargo su normalidad no quiere decir que no impliquen en algunos casos un costo, es decir una dificultad por parte del sujeto para pasar de un estado al otro (Granel, 1985).

De acuerdo a lo que dice García Badaracco (1991) los cambios psíquicos por los que atraviesa el niño y el adolescente implican un crecimiento psicológico en donde ocurren procesos tales como la interiorización, la incorporación e identificación con su contexto y su cultura. Estos cambios implican atravesar por momentos de angustia de separación y pérdida producto de esta nueva situación. En consecuencia, todo cambio implicaría crisis y de acuerdo a cómo el sujeto pueda elaborarla resultará en un verdadero cambio.

Tomando la adolescencia a modo de ejemplo Falicov (1991) comenta que es en este periodo en que se juegan muchos conflictos dilemático en la vida del adolescente en donde de ser un niño debe ir convirtiéndose en joven participante de la comunidad adulta a la que pertenece.

Siguiendo con los cambios en la adolescencia, Emmanuele (2007) dice que es allí donde se produce una ruptura entre el pasado de un niño que esta por desaparecer y el futuro de un adulto que está por venir.

Bion (1972) habla de crisis de cambio y utiliza el término cambio catastrófico para definirla. El cambio catastrófico tiene 3 características propias: subversión, invariancia y violencia. La subversión se da en el orden estructural, como un cambio en el establishment, producto de lo diverso que irrumpe en lo establecido. La subversión está acompañada a veces por sentimientos de desastre. La invariancia hace referencia a los contenidos que se mantienen presentes, constantes e inalterables en el proceso de transformación, y que preservan la identidad de la persona o grupo frente a las situaciones de

cambio. El sentido de la invariancia se encuentra en evitar que, como resultado de estas situaciones de cambio, surja una cosa totalmente diversa que destruya el sistema. La violencia en el cambio catastrófico, está dada por la oposición entre subversión e invariancia; la confrontación entre el cambiar o no.

Estas características pueden ser más o menos intensas, o manifiestas, según el grado en que la crisis de cambio pueda ser contenida. El grado de subversión o de invariancia que resulte de la violencia de la confrontación se pueden vivenciar en el material verbal y no verbal del paciente, incluyendo el material onírico, las ansiedades emergentes y la aparición de síntoma (Bion, 1972).

El cambio psíquico se relaciona con las ideas de crecimiento y decrecimiento mental. El crecimiento como resultado del cambio, estaría ligado a tolerancia a la frustración, mientras que el decrecimiento señalaría una falta de la misma (Bion, 1970, citado en García Badaracco, 1991).

En los casos en los cuales la situación de cambio no es tolerable para el sujeto, y no puede resolverse en el marco de un crecimiento mental, su resolución puede darse por el desencadenamiento de un accidente. El sujeto que enfrenta un cambio se encuentra en un dilema, que como tal un lema excluye al otro y es allí en ese estado de turbulencia y confusión producido por este conflicto dilemático en que el sujeto se encontraría propenso a accidentarse (Granel, 2009).

Granel (2008), basándose en el trabajo de Bion (1963, 1966, 1970), describe el momento de crisis en que se encuentra un sujeto, con las características de un cambio muy perturbador para el mismo, que genera un dilema de tal intensidad que la oposición interna es violenta, mismo tiempo que el sujeto siente que también existe una terrible oposición externa, es decir una oposición de su grupo de pertenencia. Ante esta caracterización, el accidente surge como respuesta a esta situación dilemática.

Describe Granel (2009) tres actos en el proceso que lleva al accidente; en el primero el sujeto utiliza múltiples mecanismos de defensa, tales como, represión, escisión, desmentida, encapsulamiento, sepultamiento, mecanismos cuyo objetivo es impedir que lleguen a la consciencia los contenidos afectivos intolerables para el sujeto. En el segundo acto el sujeto se encuentra bloqueado para producir el cambio en su vida, con un gran incremento de tensión y con la imposibilidad de expresar el dilema en que se encuentra de una forma más simbólica como sería a través de la palabra. Esto lleva al sujeto al tercer acto que es el accidente; el mismo, aunque de una forma trágica es un intento de salir de la situación dilemática, que si quedara estancada podría ser aún más letal para el sujeto. El accidente escenifica el conflicto interno padecido por la persona.

4.3 Sobreadaptación

En el apartado anterior se analiza la forma en que las circunstancias críticas, producto muchas veces de cambios vitales, representan un conflicto dilemático cuya tensión no encuentra otra forma de expresión que no sea a través del cuerpo, puesto en juego en el accidente. La sobreadaptación, como tendencia a extremar los esfuerzos por conformarse a las normas externas, resulta un factor agravante de las tensiones de ese conflicto y, al mismo tiempo, bloquea formas posibles de resolución.

Winnicott (1981) plantea el desarrollo madurativo del individuo como un proceso continuo de constitución del self (sí mismo) en el que se pueden identificar tres fases sucesivas: la dependencia absoluta, la dependencia relativa y por último la independencia. Durante la fase de la dependencia absoluta el bebé depende completamente del aporte nutricional y afectivo de la madre, se establece una estrecha relación que es fundamental para que puedan desarrollarse sin inconvenientes las potencialidades propias del individuo. Para ello la madre se identifica con el niño a través de sus propias vivencias e identificaciones de cuando ella era bebé.

Es en este momento de gran dependencia donde cualquier situación que altere la relación, o que implique que la madre no pueda cumplir su función, perturba el desarrollo continuo del niño lo que Winnicott (1981) llama la "continuidad existencial". Los fallos que acontecen en este periodo de gran dependencia tienen un efecto más grave en el bebé que los que puedan darse en la etapa

posterior.

En la fase de dependencia relativa la mamá se va desprendiendo progresivamente, en una relación dialéctica entre madre e hijo donde el niño también le da indicios a su madre de que se pueden ir despegando. En esta fase el bebé se angustia ante la ausencia de la madre, y la presencia de esta angustia demuestra que el bebé empieza a ser consciente de la dependencia de la madre.

Un factor fundamental para el desarrollo del self es el papel que desempeña la identificación.

Esta se refiere a la capacidad de la criatura de "meterse" en el pellejo de su madre, capacidad que permite que el bebé se vaya identificando con su madre, y que disminuya la dependencia que el niño tiene respecto de ella. Esto posibilita que progresivamente el niño adquiera la noción de interior y exterior donde el exterior es el "no yo" y el interior es el "yo".

Una vez instaurada esta diferenciación, la relación avanza hacia la fase de la independencia.

Durante la pubertad y la adolescencia todavía es necesario el sostén de los padres para que el adolescente pueda ir aumentando su círculo social sin caer en situaciones peligrosas.

Incluso en la vida adulta hay un proceso de crecimiento en donde el adulto tiene que combinar los ideales de los padres y el desafío a los mismos para poder dar paso a su propia personalidad (Winnicott, 1981).

En el caso de un desarrollo normal, en donde la madre es una buena decodificadora de las necesidades de su niño, sin chocar con la omnipotencia del mismo, se estructura en la criatura el verdadero self. En el caso de que hubiera una falla en las dos primeras etapas, debido a que la madre impone al niño su propia imagen, en vez de que él se vea reflejado en ella, se desarrolla en la criatura un falso self (Winnicott, 1981).

El falso self implica una personalidad sumisa hacia el medio ambiente, pareciendo adaptado a él. En realidad hay una sobreadaptación que, como explica Liberman (1982), está desarticulada con su mundo emocional y corporal. Este autor entiende a la sobreadaptación como una adaptación rígida a la realidad. Los sujetos con estas características se sobreadaptan a las exigencias de su mundo circundante sin cuestionarlo y a su vez son personas que estimulan a que los demás endilguen responsabilidades sobre ellos por temor a no ser queridos. Es por ello que estos sujetos tienden a hacer una analogía entre ser exigidos y ser valorados.. Este tipo de personas utilizan a su cuerpo para denunciar la postergación emocional a la que se ven sujetos. La enfermedad somática o el accidente serían los denunciadores del momento de ruptura de la sobreadaptación a la realidad circundante. Es a partir de allí donde se puede tener acceso a los conflictos y dificultades de simbolización en que se encuentra el paciente (Liberman, 1982).

Siguiendo con lo que plantea este autor, el contacto materno-filial es de suma importancia para la estructuración inconsciente del propio cuerpo en interacción con el cuerpo del objeto, determinando la forma en que el sujeto está representado en el universo mental y corporal de sus vínculos afectivos primarios. Este autor describe dos tipos de vínculos maternos, la "madre-que-rebota" y la "madre metebombas" (Liberman, 1982, p 66). La primera es un tipo de madre que no se conecta afectivamente con su bebé cuando el mismo transita por situaciones ansiógenas. El niño entonces no se siente contenido, La segunda tiene las mismas características que la anterior con el agravante de pasarle al bebé sus propias proyecciones violentas sin poder ella cumplir el rol esperado de contención y ayuda emocional, es el hijo el que lo debe cumplir. Ni una ni otra pueden cumplir el holding necesario para su bebé. En el caso del vínculo paterno es descrito por el autor como "inoperante" (Liberman, 1982, p. 67) este tipo de padre se alía con aquellos aspectos de la madre que no le permiten al niño la expresión de sus sensaciones hostiles o agresivas no se permite establecer una comunicación apropiada que luego lo llevarían a conformar una personalidad independiente en el momento madurativo adecuado y no de forma precoz. Se describen distintos tipos de padres como por ejemplo el esquizoide, el impulsivo o aquel que establece una alianza perversa con la madre, loel resultado o el dominador común de los mismos es la inoperancia. (Liberman, 1982).

En los casos en que se da la sobreadaptación, las vicisitudes por las que pasa el bebé en las primeras etapas repercuten en la organización de las

representaciones corporales y témporoespaciales del sujeto, alterando su capacidad de simbolización. Ante la pérdida de la capacidad de representatividad abstracta de una experiencia emocional se la sustituye por una representación concreta como es la enfermedad psicósomática (Lieberman, 1982).

Siguiendo esta línea de pensamiento, Yechua (2013) sostiene que cuando un niño se encuentra con objetos que no le dan sostén no se le facilita una buena integración psíquica; consecuentemente, el sujeto tiende a realizar escisiones en los vínculos de fusión, el niño no puede lograr discriminarse del objeto primario y entonces, como una forma de atajo para poder crear su identidad, aparecen la enfermedad somática o los accidentes.

Según García Badaracco (citado en Mitre de Larreta, 2003) cuando los padres desempeñan su rol parental de forma inadecuada genera en el niño formas de dependencia patológicas no generándose recursos propios eficaces para desenvolverse en la vida. El sujeto construye entonces un personaje un falso self ya que no se siente seguro de sí mismo dependiente de otro porque de esta manera se asegura el ser aceptado.

4.4 Transferencia y Contratransferencia

Para la teoría psicoanalítica el papel que juega la transferencia es fundamental, el analista no es un consejero sino que es aquel en el que el paciente recrea sus relaciones objetales primarias, y esta circunstancia es lo que hace posible el desarrollo del análisis. El análisis de la transferencia es la que facilita la modificación de estas relaciones. Si en esa transferencia el analista pasa a ocupar el lugar de los padres del paciente, se da la oportunidad de "corregir desaciertos en que incurrieron los padres en su educación" (Freud, 1937, p. 176).

Pero este vínculo se establece de forma dialéctica es por ello que se debe considerar a la contratransferencia, respuesta emocional del analista frente al paciente, como parte fundamental de este encuentro (Heimann, 1950, citado en Tumas, s/f).

El analista interviene en el proceso analítico sosteniendo, conteniendo y empatizando con su paciente, e intentando facilitar el movimiento de asociaciones libres. Así logra que el sujeto rememore su historia y vivencias, a la vez que lo ayuda a esclarecer su mundo interno (De León de Bernardi 2002).

Entre el paciente y el terapeuta se establece un vínculo interpersonal particular. La transferencia, explica Freud (1912), es el desplazamiento afectivo de los contenidos tanto conscientes como inconscientes del paciente en la figura del analista. Estos sentimientos, comportamientos, emociones y vivencias infantiles son proyectadas en el terapeuta y el paciente actualizará en él los mismos deseos y prejuicios que tuvo hacia las figuras significativas de la infancia.

Freud (1910) incluye otro fenómeno, aunque no hace un gran desarrollo del mismo, el de la contratransferencia. Postula la importancia de percibir, reconocer y superar los sentimientos inconscientes que emergen en el analista a raíz de la influencia de los sentimientos inconscientes del paciente, ya que de otro modo obstaculizarían el proceso analítico. Es por ello que Freud sostiene la importancia del autoanálisis y años después se instituyó el análisis didáctico como parte de la formación de un psicoanalista (Lichtman, 1983). Esta autora recurre a las identificaciones proyectivas del paciente para comprender el fenómeno de la contratransferencia. Estas identificaciones responden a la fantasía que tiene el sujeto de poder proyectar al interior del cuerpo de la madre partes escindidas de él, o incluso a sí mismo en su totalidad, con la idea que de esta manera puede dañar y controlar a la madre desde su interior. Esta fantasía es vivida con gran angustia (Lichtman, 1983).

Sintéticamente, la contratransferencia puede definirse como el conjunto de actitudes, sentimientos y pensamientos que el psicoanalista experimenta a raíz de la relación con el paciente. El psicoanalista tiene percepciones de aquello que le ocurre a sí mismo y es por allí donde puede comprender los estados transferenciales de su paciente. Es decir que los contenidos inconscientes del analista son activados por los contenidos inconscientes del paciente que este último no puede hacer conscientes debido a su patología. (Racker, 1951).

Es por ello que para este autor la contratransferencia es un muy buen

instrumento técnico.

La contratransferencia está en una relación dinámica con la transferencia del paciente. Para Kemper (citado en Thomä 1986) transferencia-contratransferencia serían una "unidad funcional". Agrega García Badaracco (1991) que la transferencia-contratransferencia es crucial en la clínica psicoanalítica. Freud (1913) destaca la importancia de estar alerta ante estos sentimientos despertados por el paciente para un buen manejo de la relación terapéutica.

Para Freud (1914) dentro del tratamiento analítico el acting out puede ocurrir como parte de la transferencia. El analista puede ver en este fenómeno el retorno de lo reprimido conectado con la transferencia. El paciente en estos casos utiliza la transferencia como una manera de dar cuenta de sus conflictos, pero también de vivirlos en el vínculo con el analista. En los casos en que el paciente utilice este mecanismo el analista se encuentra en la lucha por "retener en el ámbito psíquico", en el trabajo con las representaciones, aquellos impulsos que el analizado descarga directamente por medio de un acto motor.

Dadas las características de urgencia con que se presenta el accidente hay un aspecto técnico a tener en cuenta para el análisis. El sujeto que padece el accidente tiene una historia, un proceso y un conflicto dilemático que lo lleva a accidentarse, y que debe ser el núcleo del trabajo analítico. Pero también tiene una urgencia que está relacionada con el accidente en sí mismo y las dolencias corporales provocados por éste. En estas condiciones resultará crítica la premura con que se establezca un vínculo de calidez y empatía entre el accidentado y el terapeuta, para poder empezar a entender la naturaleza del conflicto frente al cambio vivida por el sujeto (Granel, 2009). Es en esta relación dialéctica tan particular entre paciente y terapeuta en que el paciente puede manifestar, desplegar, integrar y metabolizar conscientemente sus más íntimas y primitivas emociones (Freud 1916-1917).

5 MÉTODO

5.2 Tipo de estudio:

Descriptivo. Análisis de caso único

5.3 Participante:

La Sra. G de 46 años nació en una provincia del norte de la República Argentina. Su familia de origen, de religión Adventista, está compuesta por sus padres que aún viven allí y trece hermanos. Alguno de sus hermanos viven en la provincia y otros viven en capital federal.

Hace más de veinte años G vino a vivir a Buenos Aires, donde alquila una habitación en un hotel y trabaja de empleada doméstica por hora en diversas casas de familia de distintos puntos de la ciudad. G ha tenido muchas parejas a lo largo de su vida, con una de ellas tuvo un hijo cuando era muy joven. A este hijo lo mataron hace en un asalto, él era uno de los delincuentes. Tiene un nieto producto de la relación de su hijo con una joven que estuvo también involucrada en hechos delictivos, El niño no fue reconocido por el padre. Este niño hasta hace un año estaba a cargo de la abuela materna, pero la misma falleció el año pasado a consecuencia de ser golpeada por su marido. Este señor se encuentra encarcelado a raíz de este hecho. Desde entonces el niño se encuentra viviendo con G en guarda provisoria, esperando el resultado del análisis de ADN de la criatura que establezca la filiación. En este momento G está en pareja, dice que con esta persona se encuentra bien aunque a veces no se sabe manejar frente a las demandas de la vida en pareja y la crianza de su nieto.

5.4 Instrumentos

Entrevistas/sesiones: Desgrabación y notas de Observación participante en las entrevistas/sesiones que la analista del servicio de asistencia psicológica tiene con la paciente.

Reuniones de supervisión: Notas de Observación participante en las reuniones de supervisión que la analista del servicio de asistencia psicológica tiene con el equipo de supervisión del servicio.

5.5 Procedimiento

En el caso de la observación participante de las sesiones se acompañó a la analista del servicio desde la primera entrevista y durante cada sesión hasta el alta de la paciente del servicio de traumatología. En total se realizaron cinco sesiones. Se grabó cada una de ellas en su totalidad, al mismo tiempo que se registraron notas acerca de cuestiones destacables.

Las reuniones de supervisión incluyeron encuentros previos y posteriores a cada una de las sesiones con la analista del servicio; además de las reuniones semanales con todo el equipo de supervisión, donde se debate los casos que en ese momento se encuentran atendiendo los miembros del servicio.

6 DESARROLLO

En el análisis de este caso se utilizó la letra "G" para la paciente, "P" para la terapeuta tratante y "E" para la practicante.

La Sra. G ingresa a la guardia del Hospital luego de haber sufrido un accidente de tránsito en la vía pública. Se le diagnostica fractura expuesta de húmero del brazo derecho y fractura expuesta de tibia y peroné de la pierna derecha. Por ese diagnóstico queda internada en la sala de traumatología del referido hospital con la indicación de ser operada para el restablecimiento de las múltiples fracturas. Como es habitual en el servicio de traumatología de este hospital los pacientes accidentados son visitados por un equipo de profesionales psicólogos y psiquiatras. El propósito de estas visitas es el de ayudar y contener a los pacientes en el trauma que podría haberles ocasionado el accidente, así como también propiciarles un intento de concientización de las situaciones conflictivas que pudieran haberlo llevado al accidente. De esta manera se busca entender el significado del mismo con la idea de prevenir otros posibles accidentes que pudieran devenir posteriormente.

La Sra. G es visitada por dos profesionales en los días subsiguientes al accidente.

6.1 El accidente:

La Sra. G se encontraba en camino al Hospital ya que en este nosocomio funciona una oficina del ANSES con médicos que se dedican a verificar el estado de menores en guarda y de esta manera la persona encargada del mismo puede acceder a cobrar la Asignación Universal por hijo. Al momento de cruzar la avenida L a la altura de la calle S esta señora es atropellada por un auto. Ella cuenta que cuando estaba por cruzar no vio ningún auto, y dice que ella vio al hombrecito blanco y cruzó sin mirar a los costados. Cuando se despierta se encuentra tirada en la avenida dice que no sabe que pasó, ella no sentía nada y se quería levantar, pero un policía que se encontraba allí se lo impide, le dice que se quede tranquila, que ya viene la ambulancia. Ella pregunta qué le paso y el policía le cuenta que fue atropellada por un vehículo. Ella pregunta por el que la atropelló y el policía le dice que se dio a la fuga, pero que se quede tranquila que ya lo van a encontrar, porque las cámaras que se encuentran en ese lugar ya lo registraron (efectivamente fue encontrado). Cuando llega la ambulancia la Sra. G es llevada al hospital.

En la ambulancia vuelve a desmayarse. Al llegar al hospital le hacen las primeras curaciones y como se mencionó anteriormente la paciente queda internada.

6.2 La vinculación entre crisis vital y el accidente como síntoma

La Sra. G tiene 46 años, una edad vulnerable en el ciclo vital femenino que, aunque normal, no deja de ser un momento crítico; momento de cambios psicofísicos ya que se entra al climaterio y la menopausia. Como sostiene Erikson (1968) el sujeto pasa a lo largo de la vida por diferentes etapas, y

cada pasaje de una a la otra implica una crisis ya que es un momento crucial, consecuentemente el sujeto se encuentra en un estado de vulnerabilidad. Esta paciente está en pareja desde hace un año y prácticamente al mismo tiempo se tiene que hacer cargo de su nieto. Este nieto es hijo de su único hijo. El hijo de la Sra. G falleció hace 9 años cuando el mismo participaba en un asalto. A partir de ese momento el niño queda a cargo de su abuela materna ya que la madre del nene no es apta para la crianza de su propio hijo, esta joven se dedica a la macumba y ha participado de diversos hechos delictivos. Hace un año la abuela materna del mismo es asesinada a golpes por el marido, el abuelo del niño. Es por ello que G tiene la guarda del niño llamado D. Todas estas circunstancias caracterizan el momento crítico que está atravesando la Sra. G.

En un momento en que ella no pensaba tener que hacerse cargo de un hogar, ni cargar con grandes responsabilidades, tiene que hacerse cargo de este nieto. La Sra. G se encuentra en un conflicto dilemático, hacerse cargo de su nieto, asumiendo un rol parental, o vivir como ella esperaba a esta altura de su vida. Por otra parte esta situación le rememora, le reaviva, sentimientos ambivalentes que tuvo en relación al embarazo de su propio hijo. Ella no deseaba tenerlo, sin embargo su pareja de aquel momento, que no era el padre del niño, le dio ciertos argumentos que ella por su historia personal no podía rechazar. La Sra. G venía de una familia religiosa adventista con reglas muy rígidas en cuanto a responsabilidades y obligaciones. Los argumentos de este hombre eran que este era un bebé, un feto, un ser humano. La paciente dice que ese hombre le hizo un lavado de cerebro, y esto la llevó a tomar la decisión de tener al hijo a pesar de no haberlo deseado.

Al momento del accidente la Sra. G tenía una serie de preocupaciones que la desbordaban. Cuando, en la primera entrevista, se le pregunta si había algo que la preocupaba o le llamara la atención ella dice todo, nada. Esta frase expresaría la gran carga de estímulos en que se encuentra el aparato psíquico de G y que su yo no puede procesar. Estos quedan escindidos, reprimidos, desmentidos, encapsulados o sepultados por acción de los mecanismos de defensa utilizados por los sujetos con el objeto de que no lleguen a la consciencia, ya que su contenido afectivo sobrepasa lo tolerable para el yo. Esto es lo que Granel (2009) denomina el primer acto del proceso que lleva al accidente.

Como retorno de lo reprimido por los mecanismos defensivos anteriormente mencionados se pueden incluir algunos fallidos expresados por la paciente. Cuando se le pregunta por la cantidad de hijos que tiene, ella contesta un año. La asociación que puede hacerse para encontrar el sentido de este fallido es con el tiempo que lleva haciéndose cargo de su nieto. Cuando se le aclara la pregunta ella contesta no tengo hijos... el papá del nene, pero falleció.

Otro aspecto que se puede incluir para caracterizar el momento de crisis que vive, es la contradicción que G tiene con respecto a la madre del niño. Por un lado la denomina como la bestia esa y le está peleando la tenencia judicialmente, por el otro es a la primera persona que llama luego del accidente para que se ocupe del nene. G no puede resolver la contradicción que tiene entre ambas actitudes, por eso termina llamando a la mamá del nene. Cuenta, además, que ella y su nieto tienen que hacerse un análisis de ADN para establecer la filiación del niño, ya que su hijo no lo reconoció antes de fallecer. Para que la justicia le otorgue la tenencia de D es necesario verificar que el mismo sea su nieto biológico.

Dentro del período de guarda, la madre de D tiene establecido un régimen de visitas, y por esos días la Sra. G y la mamá del nene tenían que firmar un nuevo acuerdo de visitas.

A continuación lo primero que cuenta es que está en pareja y que está bien con esta persona. Aunque esto constituye un elemento positivo de su coyuntura, implica un conflicto con la obligación que siente para con su nieto. Si bien su pareja actual no se opone a que G asuma el cuidado de D, le hace reclamos de atención. Por esta razón el acuerdo de visitas con la madre del niño era una de las preocupaciones de G en el momento del accidente. G se siente cansada de tener que ocuparse de un niño, ella dice pero la puta madre, un año que estoy así, estoy cansada, yo no elegí esto. Con estas palabras, G está expresando que se ve obligada a realizar un cambio en su vida que le resulta muy perturbador.

Esto permite considerar a la situación en la que se encuentra como un cambio catastrófico (Bion, 1972).

Otra de las cosas que tenía que encarar era un curso para padres propuesto por la psicóloga de su nieto ya que ella a esta edad se sentía inadecuada para ser madre. Comenta algo tengo que hacer, ahora es todo nuevo, yo soy una antigua para las cosas modernas de ahora. En este sentido, el accidente le sirve como freno para tomar distancia de lo que le pasaba, y tomarse un tiempo de reflexión y preparación.

Como consecuencia del accidente la paciente sufrió la fractura del húmero del brazo derecho y fractura expuesta de tibia y peroné de la pierna derecha por lo cual debe ser internada y operada en dos ocasiones, una por la pierna y la otra por el brazo. Describiendo el estado de sus huesos, la paciente dice: está expuesto, se salieron para afuera. Lo que se le salió para afuera es el conflicto que tiene entre hacerse cargo o no de su nieto, entre su obligación y su deseo. Podemos considerar las fracturas sufridas por G, como escenificación de los conflictos inconscientes padecidos por la Sra. G, una forma de ponerlos afuera, aunque sea de una manera enmascarada (Granel. 2009). En el caso de esta paciente la fractura expuesta simboliza aquello que ella tenía adentro y ahora está afuera. De esta manera, ante un accidente como el sufrido por G, pensarlo como si fuera un síntoma implica considerar que el mismo denuncia un conflicto subterráneo que encuentra en el accidente una vía para manifestarse.

En reiteradas ocasiones la paciente expresa el conflicto dilemático en que se encuentra diciendo cosas acerca de los sentimientos que tiene hacia su nieto, tales como: yo no lo elegí, pero lo quiero. La terapeuta le dice que ahí es donde se le arma una galleta entre lo que quiere y lo que debe hacer la paciente. Ella explica este conflicto diciendo que se le armó una trombosis (una trombosis es un bloqueo en el flujo sanguíneo). G aquí puede expresar en palabras algo que sentía, utilizando la palabra trombosis. Se puede tomar esta palabra como una analogía para expresar lo que Granel (2009) describe como el segundo acto del proceso que lleva al accidente, caracterizado por el bloqueo que el sujeto siente al tener que concretar un cambio en su vida.

Otro aspecto interesante de la expresión de los conflictos vitales de G, es la extensión que hace de la idea de accidente a todos aquellos acontecimientos de su vida que siente que se le impusieron, contra de sus deseos. La paciente habla así de su embarazo no deseado, sus parejas, la mujer de su hijo, el nacimiento de su nieto, la muerte de su hijo y, finalmente, el tener que hacerse cargo de su nieto como los accidentes de mi vida.

Este cambio conflictivo que no pudo hacerse por otra vía se escenifica en el tercer acto. El accidente, aunque de una forma primitiva y concreta, le da figurabilidad a aquello traumático, que en este caso G no podía llevar a la consciencia porque hubiera sido intolerable para ella.

Las lesiones en el cuerpo de G, verbalizan y simbolizan aquello que no pudo ser tramitado de otro modo, en cierta medida de manera similar a lo que ocurre en una enfermedad psicósomática (Chiozza, 1976). De Micco (2014) también sostiene que es en los límites del cuerpo en donde se simbolizan los conflictos y las relaciones vinculares, lo que no se puede hacer consciente queda simbolizado en el cuerpo.

En el accidente como síntoma se expresan un choque de fuerzas de cambio-contra cambio, conflicto dilemático que como tal un lema excluye al otro. Al no poder llegar a la consciencia por efecto de la represión que actúa frente a su excesiva carga afectiva, el conflicto no puede ser expresado a través de la palabra, y encuentra como forma desfigurada de expresión la puesta en acto, la escenificación en el accidente. El mismo sería una forma de comunicación y de restitución (Granel, 2009).

En el caso analizado pueden observarse todas las características de un conflicto dilemático, enmarcado en una crisis vital que genera malestar, y con el agregado de una elección que despierta resonancias en G que activan recuerdos acerca de la elección que tuvo que tomar respecto de su propio hijo, recuerdos que resultan intolerables para su consciencia. Tomar aquí al accidente como si fuera un síntoma, permitiría acceder a los conflictos y sufrimientos padecidos por la paciente y, a partir de allí, tener la oportunidad de pasarlos a través de las palabras.

6.3 La emergencia del accidente como posible manifestación sintomática de sobreadaptación.

La paciente en todo momento hace comentarios referidos a todo lo que tiene que ver con la obligación, la responsabilidad y lo formal, tanto en referencia a ella misma, como a las instituciones, en este caso el hospital. Con respecto a este último, G se manifiesta diciendo que todo es muy informal, refiriéndose a que fue internada hace más de quince días y todavía no fue operada, entre otras cosas porque no cuentan con los elementos. Cuando se le pide que aclare qué quiere decir con informal, ella dice no tenés una formalidad para todas las cosas. No hay una forma...yo vivo en otro planeta. Se acabaron las buenas costumbres, se acabaron las formalidades, ¿o estoy loca yo?

Su discurso está, especialmente en las primeras entrevistas, focalizado en estos temas de la obligatoriedad y la formalidad quedando de lado todo lo que esté relacionado con los sentimientos. Teniendo en cuenta la magnitud de su accidente es llamativo que no refiere dolor en ningún momento de las primeras entrevistas. Ella misma dice dolor no sentí nunca.

Esto coincide con lo señalado por Liberman (1982), que explica que los sujetos sobreadaptados tienen una desarticulación entre su mundo emocional y corporal con una adaptación rígida a la realidad.

G cuenta que su vida es muy dramática en relación a todas las cosas que le pasaron y ella lo expresa diciendo mi vida, re dramática, pero organizada. Cuando se le pregunta si alguna vez estuvo internada ella dice que sí que fue operada de la vesícula, pero ordenado, con turno.

En este cuadro de necesidad de orden y de obligaciones, el accidente vino a desorganizarle la vida. Aunque cuando en la misma entrevista ella refiere a su cansancio de tener que ocuparse de su nieto en este momento de su vida, también se puede pensar al accidente como una forma de desorganizar el drama de su vida, para darle un lugar al conflicto dilemático en que se encuentra y a partir del mismo buscar una nueva forma de organización. El accidente, como está expuesto en la teoría de Granel (2009) expresa los conflictos inconscientes que no han podido ser elaborados de otra forma y por medio del mismo se les da una representabilidad, funcionando como un intento de salida de la situación dilemática.

G cuenta acerca de su vida familiar cuando ella era una niña. Relata que su madre era muy religiosa, obligaba a sus hijos a ser muy ordenados y los mayores tenían que cuidar a los menores. Un punto fundamental era la preparación para la llegada del sábado, día en que no se podía hacer nada, todo tenía que ser preparado previamente. La paciente lo relata de la siguiente manera:

Todos los días lo mismo y viernes a la tarde ya teníamos que limpiar todo, la casa impecable, ordenada, todo brillaba ya estaba toda la comida hecha para el sábado, porque mama era muy religiosa el sábado no se hacía nada. (...) éramos muy religiosos...toda mentira.

P: ¿Que pasaba de verdad?

G: La verdad era otra, uno bien lo sabe

P: que pasaba de verdad:

G: Nada, que estábamos basado en la religión esa

Ella expresa aquí que sabe que hay algo que no se puede contar, sostenido por las reglas, algo prohibido que no lo puede expresar en palabras, no porque no las tenga sino porque está prohibido. Esto da cuenta también de las contradicciones, escisiones, disociaciones en la vida de esta mujer y su familia donde habría una pseudoformalidad que oculta el verdadero ser de esta familia. Habría un pseudoself familiar, marcado por el orden, la limpieza y la religión, y un verdadero self familiar, que se juega en eso que está oculto.

Un pasaje interesante de la tercera entrevista, que muestra la forma en que G enfrenta la cuestión de la obligación se reproduce a continuación.

E: si, puede estar con vos aunque vos no puedas movilizarte tanto

G: si hacerle la comida que le gusta

P: pero a eso voy yo, ¿qué sentís a todo lo lindo y lo feo que sentís?

G: es la obligación, es una obligación

P: y esa parte de la obligación como la sentís?

G: la voy a hacer

P: Si ya sé que la vas a hacer, pero que sentís, que sentís?

G: que me hubiera gustado que hubiera sido diferente

P: bueno ahí es algo más cercano.

G: Cada uno con su cruz

P: Y que sentís

G: la voy a llevar

En el fragmento de entrevista citado arriba G expresa muy fuertemente su sumisión frente a las obligaciones, utilizando incluso la imagen de la cruz, y aceptando que va a llevarla. Sin embargo, por primera vez expresa que le hubiera gustado que las cosas hubieran sido diferentes para ella incluso dice que le hubiera gustado que la madre de su nieto fuera como una hija. Aflora en su discurso algo relacionado a su deseo que se opondría a la sumisión a aceptar lo que viene sin cuestionarlo. Sin embargo aparece rápidamente la figura de la cruz.

Dándole un lugar de valor al orden, la obligación, el cumplimiento de un deber. Cuando se refiere a su nieto, por ejemplo, identifica el ser bueno, con la sumisión (Cualquier cosa le hicimos pobrecito. Él se deja porque es re buenito.). Su identificación entre bondad y sumisión se relaciona con lo que señala Liberman (1982) en el sentido de que los sujetos sobreadaptados equiparan ser exigidos con ser valorados.

Es interesante destacar las vivencias que tiene G acerca de la relación con sus padres. Ella dice que su madre no era afectuosa y la justifica diciendo que eran muchos hermanos, que era difícil que su madre se pudiera repartir entre todos. Cuando surgía algún conflicto entre hermanos la mamá no le daba ninguna importancia G cuenta que la madre decía cosas como por ejemplo: dejala ella es así, ya se le va a pasar. La vivencia de G con respecto a su madre era de una madre ensimismada y preocupada por sus propias cosas. G lo expresa de la siguiente manera: mi madre es su panza, sus cosas, resignación. En esta última palabra se encuentra otra vez el sometimiento y el no cuestionamiento a los acontecimientos de su vida, la primera parte se puede relacionar con lo que denomina Liberman (1982) "la madre que rebota" (p.66) es decir una madre que no es continente de las ansiedades de su hijo.

Con respecto a la relación con el padre G dice que era inexistente, se lo puede asociar al padre "inoperante" pag.67) descrito también por Liberman (1982). Este tipo de pareja parental no permite un desarrollo de una personalidad ni el advenimiento de una independencia genuina.

Cuenta también que tienen que faltar al colegio para cuidar a sus hermanos menores, aquí también aparece una contradicción por un lado es una familia muy escrupulosa con el cumplimiento de las reglas y por el otro la hacen faltar a G al colegio para cuidar a los más chiquitos desafiando una regla de la sociedad. G se tuvo que convertir en una pseudomamá, porque se le transfirió la responsabilidad por el cuidado de sus hermanitos, sin haber pasado por los estadios de gratificación y disfrute de una mamá de verdad. Los padres que no pueden cumplir un rol adecuado para sus hijos producen en los mismos ciertas deficiencias yoicas. El niño para sentirse querido y aceptado desarrolla un personaje es decir un falso self (Garcia Badaracco, citado por Mitre de Larreta, 2003).

Este falso self está marcado por la obligatoriedad, que está muy presente en los relatos de las primeras entrevistas de G, como por ejemplo en la necesidad de orden, el cuidado de los hermanitos y luego el ocuparse de su nieto. Ella dice: cuando murió mi hijo me lo encajó a mí, refiriéndose a su nuera. Otra vez se puede mencionar el hecho de que se tenía que hacer cargo de los hermanitos, faltar al colegio por este hecho, ordenar la casa. Aún estando internada dice: me quiero ir por el nene. Como sostiene Liberman (1982) este tipo de personalidades que han desarrollado un pseudoself son sumisos, no cuestionan el ambiente en donde viven, y rápidamente se hacen cargo de responsabilidades que se les atribuyen y no les corresponden.

Esto a su vez puede haber provocado en G sentimientos agresivos hacia sus padres que fueron quitados de la consciencia como dice Winnicott (1981). Esta agresión queda escindida como contenido inconsciente y es esta agresión escindida la peligrosa para la humanidad.

Según este autor esta agresividad se expresa en los actos auto y heterodestructivos. La agresión que está ligada a la energía vital se puede convertir en agresión destructiva para el sujeto y su entorno cuanto más

oposición encuentra el niño en su mundo circundante. Para Winnicott (1981) el accidente podría ser una forma de alivio de las tensiones agresivas acumuladas. La agresión de esta familia está subsumida en las reglas relacionadas con la religión. El hijo delincuente de G, la abuela materna de su nieto asesinada a golpes por el marido, serían el producto de la irrupción de esa agresión oculta bajo la forma de violencia física.

En el momento en que G piensa estas cosas la violencia física se había hecho presente en su vida dejándola internada por fracturas expuestas. El conflicto dilemático que quedó expuesto en el apartado anterior, encuentra un agravante, un refuerzo en términos económicos en los rasgos sobreadaptados de la paciente. Su historia familiar, con la combinación de exigencias de orden y obediencia con la postergación de los propios deseos, coloca a G en un entramado de representaciones que apuntan a su sobreadaptación con respecto a las exigencias externas. La palabra resignación, la imagen de la cruz que debe cargar, y la fuerza que tiene la imagen de las obligaciones para ella son indicadores en este sentido.

El accidente que tuvo viene a quebrar esa construcción que mantiene el conflicto oculto y que, por su personalidad sobreadaptada, G no puede expresar sino a través del cuerpo. De esta manera el accidente denuncia la impostura de la sobreadaptación y permite tener acceso a aquellos conflictos que no han podido ser simbolizados de otra manera (Liberman, 1982).

6.4 La construcción del vínculo transferencial con la analista durante el periodo de internación en el caso de una mujer accidentada en la vía pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Considerando que, en la teoría psicoanalítica, la transferencia, la interpretación transferencial y la contratransferencia son centrales para su práctica. Resulta interesante considerar la forma en que estas dimensiones de la práctica psicoanalítica se juegan en el caso de un servicio hospitalario, que impone condiciones y tiempos que no son los habituales para esa práctica. En el caso del servicio de traumatología de este hospital, los encuentros con las terapeutas son una vez por semana y en la habitación en la que se encuentra internado el paciente. Pero, además de las cuestiones relativas al tiempo y al espacio de la práctica, existe un aspecto que es aún, si se quiere, más importante desde el punto de vista del establecimiento de la transferencia. El servicio se ofrece a todos los pacientes que quedan internados como consecuencia de un accidente, lo que, en principio, implica un punto de partida totalmente diferente al que se tiene cuando una persona concurre voluntariamente a la consulta psicoanalítica.

Para cumplir con el tercer objetivo de este trabajo se desarrolla la construcción del vínculo transferencial considerando su evolución a lo largo de los encuentros entre la Sra. G y la terapeuta, es decir, analizando las entrevistas cronológicamente.

Primera entrevista

Al llegar a la habitación la paciente se encontraba sola y la atmósfera que se percibía no indicaba la presencia de una persona enferma, que llevaba internada más de una semana.

Sin embargo, al acercarse a la paciente se advierte que necesita ayuda para moverse. La paciente se encuentra en esta situación a causa de las múltiples fracturas producto del accidente, y por ende está sometida a que las personas que tienen que encargarse de atenderla se acerquen a ella y le den las respuestas necesarias. A pesar de la situación, la paciente se muestra agradable y con una muy buena disposición a hablar del accidente y de su vida. Ella sabía que iba a ser entrevistada por el equipo de psicólogos y psiquiatras del servicio de traumatología.

Ante la pregunta de las psicólogas cuenta el accidente hasta donde ella recuerda y muestra las radiografías que le sacaron al llegar al hospital. Remarca que hace más de una semana que está internada y todavía no la han operado. Ella dice pero la puta madre ¿qué?, ¿yo soy la única que se fractura? La terapeuta P le contesta tenés que hinchar. Pedir, gritar y patear, todo junto (...) el que se calla y no se queja... La paciente entonces dice sí, si la semana que viene no me

operan sacó una solicitada.

Es a través de la figura de la terapeuta en la particular unidad funcional de transferencia contratransferencia (Kemper, citado en Thomä 1986) que se puede poner en palabras un cuestionamiento a un sistema como es el del hospital público donde no siempre los pacientes son atendidos con la rapidez con que debieran serlo. Esta unidad, relación interpersonal no es simétrica, sino que el terapeuta es el que mayor grado de permeabilidad tiene en su mundo interno y esto facilita la emergencia de las ideas inconscientes del paciente (Racker, 1951).

A partir de esa intervención de la terapeuta P, G sigue diciendo: pero, ¿cómo es la mano?, la terapeuta señala: tendría que ser como algo más natural, pero como los materiales salen plata, generalmente hay una lucha para ver quién lo paga, si lo paga el hospital, el gobierno o una cobertura; eso es lo que demora: quién se hace cargo. La paciente pregunta: ¿el hospital no es del gobierno? A partir de esta pregunta se puede establecer una asociación entre el gobierno al que le reclama y la figura de sus padres. Esto es así, en tanto se puede pensar al gobierno como figura análoga a la de aquellos padres que, en la vivencia de esta paciente, aparecen fallando a la hora de ejercer su rol parental. Como se vio en el apartado anterior la Sra. G había desarrollado una personalidad sobreadaptada a causa de su historia vincular familiar, donde en su infancia no había espacio para el cuestionamiento. Una imagen muy interesante que G tiene de su madre aparece cuando dice recordar que era su panza...sus cosas, después de lo cual G utiliza la palabra resignación, como si quisiera describirla (o describirse) con esa única palabra. Es a través del vínculo transferencial, que esta paciente puede intentar modificar una historia de sumisión en sus relaciones objetales parentales.

Al finalizar la entrevista se le dice que la semana próxima las terapeutas volverán a visitarla, y la paciente expresa su temor a que no vuelvan o a que no la encuentren allí: -Venimos la semana que viene, ¿querés? -Si, ¿y si estoy en mi casa? Tienen que venir...decime la verdad. -seguro vas a estar acá... después vemos, nos contactamos, vos no te preocupes.

De esta manera, se establece rápidamente una relación cálida y empática con la paciente, lo que la lleva a querer asegurarse de que las terapeutas volverán. Puede verse una necesidad de vínculos afectivos que G comienza transformarla en una actitud más activa en la construcción de nuevos vínculos.

Esta relación de calidez y empatía que se establece desde un inicio posibilita contener y entender al paciente en el nivel de sus conflictos internos que lo llevaron al accidente, así como también ayudarlo a atravesar las vicisitudes provocadas por el mismo (Granel,2009).

Segunda entrevista

En esta entrevista empiezan a emerger más claramente los aspectos contradictorios y escindidos en la vida de esta mujer. Lo que está en la superficie: el orden, la obligación, lo formal, va a ir dando lugar poco a poco a la aparición de elementos de trasgresión, al mismo tiempo que a manifestaciones de carencia afectiva.

Un pasaje a destacar es el momento en el que G cuenta un episodio del día anterior con el médico residente. Ella busca complicidad con las terapeutas, y dice: tengo algo cómico para contarles a ustedes. Relata que ella estaba tirada en la cama fumando, como una vedette, cuando el residente le señala la prohibición de fumar en el hospital. Ella contesta que todos los médicos tienen los vicios. Es un lugar que no lo pasás bomba y encima no podés hacer nada. El espacio propiciado por este servicio permite a G empezar a contar cosas que la llevan a exponer en principio lo que piensa. Esta expresión, posible gracias a la transferencia en marcha, se puede relacionar con los aspectos ocultos detrás de la formalidad de la familia de G, emergiendo lo trasgresor en ella a través del desafío a las reglas del hospital de no fumar.

A partir de estas cosas es que G se permite incluir en su relato elementos que entran claramente en contradicción con el discurso de una familia de origen muy formal y religiosa.

En un primer momento afirma que ella y el padre de su hijo eran muy controladores, sin embargo en esta entrevista cuenta que su hijo termina siendo

un delincuente, y muere en un asalto. Él mismo tiene un hijo que no reconoce legalmente como tal.

También hay contradicción en la forma de vinculación con la madre del niño, a la que por su comportamiento considera no apta para cuidarlo, al mismo tiempo que desearía que se hiciera cargo de ese cuidado. En una frase ella misma se da cuenta de esto y dice: mi preocupación es que el nene este con la madre (...) y lo dejo con la madre, es una contradicción. Reconoce que tiene que dejárselo porque es la madre y al mismo tiempo dice hay madres que matan. Aquí podría quedar expresada su propia vivencia de ineptitud para ocupar el rol materno, ya que ella no deseaba a su hijo cuando quedó embarazada, y aunque decidió tenerlo, luego su hijo se convirtió en delincuente y terminó muriendo de forma violenta. Se podría inferir a través de esta frase que ella, en algún lugar, se cuestiona su rol materno. En la relación que se establece entre analista y paciente se produce un vínculo peculiar en donde se producen movilizaciones emergiendo así asociaciones libres que facilitan al terapeuta la interpretación de los sucesos de la vida del paciente. Asimismo le posibilitan al paciente esclarecer aquello que se encuentra sumergido en su mundo interno (De León de Bernardi, 2002).

En esta instancia es que la paciente cuenta que se tiene que hacer un análisis de ADN para conocer los datos de filiación de su nieto y con eso pedir la tenencia definitiva. Esto es algo que la preocupa mucho. Asimismo está preocupada por lo que pueda pensar la justicia en relación a que ella en este momento no se está ocupando del nieto. La paciente se pone muy reiterativa con el tema de contactarse con la asistente social y llega a pedirles a las terapeutas que se ocupen ellas de informar a la asistente social para que fuera a verla.

Desde el punto de vista de la transferencia contratrtransferencia en esta entrevista una de las terapeutas, la terapeuta P sintió contratrtransferencialmente que esta paciente tiene aspectos psicopáticos en el modo de vinculación con las terapeutas. La paciente intentaba que éstas hicieran trámites por ella, cosa que no correspondía. De esta manera entregaba al vínculo con las terapeutas algo que el vínculo no le podía dar. La terapeuta asocia este comportamiento de la paciente con lo delictivo proyectado en la unidad transferencia contratrtransferencia, en pedido que no correspondía mostrando sus propios desafíos a los límites de la ley que en su vida quedaron expresados a través de la historia delictiva de su hijo. La terapeuta siente a la paciente como ladina, piensa que G se abre a las terapeutas con un motivo ulterior haciendo una utilización del vínculo. Lo que surge en la supervisión es que probablemente la vida le haya hecho desarrollar a G una cierta actitud seductora y agradable, calculando que es lo que puede tomar del otro. Esto llevaría a pensar que la relación vincular no se establecería por lo bueno que representa un espacio donde ella pueda contar sus cosas o lo que le pasó y le pasa, sino que es bueno para conseguir algo para su beneficio. En el análisis de esta entrevista lo que se concluyó es que la misma había sido muy densa tomando esta palabra de la terapeuta E, quizás relacionada con los aspectos psicopáticos y por la gran carencia afectiva que mostraba la paciente cuando se refiere a sus vínculos parentales.

Quizás esta búsqueda de un beneficio propio, producto de la carencia afectiva de la paciente puede verse en la siguiente entrevista cuando ella cuenta que adoptó una familia postiza, que esta familia sí es buena y le da cariño y sumado a esto ella se hace cargo de un nena, que va a buscar a un hospital. La misma había sido abandonada por la madre, no se sabe bien en qué circunstancias.

Tercera entrevista

La paciente estaba preocupada porque todavía no había sido operada, aunque tenía programada la cirugía para el día siguiente. Aún no habían pasado los del servicio social para informar de su situación actual en relación al cuidado de su nieto.

Esta fue entrevista muy cargada de emociones, en donde G contó muchas cosas importantes de su vida y pudo conectarse con el dolor y los sentimientos. Tomando a la relación de paciente y analista como una relación dinámica de transferencia-contratrtransferencia, de unidad funcional, como se dijo anteriormente (Kemper, citado en Thomä, 1986) de empatía (De León de Bernardi,

2002) al transcurrir las entrevistas este vínculo empático posibilitó la emergencia de aquello ligado a los sentimientos.

Cuando se le pregunta acerca del dolor ella dice por primera vez: me duele ahora, me empezó a doler, desde que me operan mañana, me empezó a doler, soy una loca. La terapeuta P le hace notar que no está loca que ella tiene los huesos rotos.

Es en esta entrevista que ante un pedido de clarificación por parte de las terapeutas acerca de las circunstancias que rodearon la muerte de la otra abuela del niño, cuenta que a esta señora la mató el marido a golpes. Por otra parte, a raíz de una pregunta formulada por una de la terapeuta E, en relación a los aspectos positivos de hacerse cargo de un nieto, aparece la figura de su nieto no como una obligación, sino como continuidad de su hijo. Ella dice: es una falta que me hace mi hijo, es la continuidad de mi hijo. No es mi hijo, pero es la continuidad. Son cosas diferentes, capaz que con D sea mejor (...) como era muy chica, capaz que con D sea mejor. Las terapeutas le señalan que es desde allí donde ella tiene una segunda oportunidad, una chance de reparar y de repararse a ella misma.

Es en esta misma entrevista que G puede expresar su ambivalencia frente a lo que siente en relación a su pareja y a su nieto. Ella lo expresa diciendo: poner en la escala, a quien priorizas en la casa. Cuando se le dice que no tienen por qué competir el nieto y la pareja ella dice no se puede poner homogéneo a los dos, luego señala que el nene quiere a su pareja, pero que este hombre algún día puede no estar. Cuando se le dice que entonces los hombres no son constantes en su vida ella contesta que en realidad a ella le gusta estar sola. Aquí puede expresar claramente algo que, seguramente, la preocupaba. Por una parte expresa su deseo de cuidar a su nieto como continuidad de su hijo y quizás, como forma de reparación del vínculo que tenía con él; por otro lado, no sabe muy bien en qué nivel poner al nieto y a su pareja, no puede integrar a los dos. Finalmente la resolución no implicaría la opción por uno de los dos, sino que viene a expresar el deseo de estar sola. Se puede inferir del relato de la paciente que se sentía perturbada y tironeada por esto que sentía, y su vida estaba en una encrucijada. Todo esto, ligado con el primero de los objetivos, es algo a lo que G llega como resultado del espacio que le permite el accidente, pero en el marco de la transferencia-contratransferencia.

La Sra. G cuenta que la vino a visitar una antigua pareja que fue la que la acompañó durante el nacimiento de su nieto y la muerte del hijo. Luego de esta visita sueña que se muda con este señor, que para ella fue muy significativo en su vida. La terapeuta P le dice que le parece importante que haya tenido este sueño previo a la operación. Que podría ser como encontrar dentro de ella algo relacionado a momentos felices que pasó con este hombre.

Este señalamiento hace que la paciente siga esa línea de asociación y llegue a definir esa mudanza como una mudanza diferente. La terapeuta le señala que mudarse es una forma de cambiar a lo que la paciente responde: estoy mudando de un cuerpo sano a un cuerpo roto, a uno de chapa ahora. Le propone verlo como que ahora a raíz de las cicatrices puede sentirse más fuerte y resistente.

A diferencia de las anteriores entrevistas la paciente pudo abrirse y conectarse con los sentimientos y con la emoción y no solamente con la obligación y el deber ser. Como se dijo anteriormente el vínculo que se establece entre terapeuta y paciente aunque, sea en este contexto que no es el habitual del psicoanálisis, posibilita la movilización de sentimientos conflictivos que pueden comenzar a ser ligados y así intentar emerger a la consciencia para poder ser elaborados.

Cuarta entrevista:

En esta cuarta entrevista G ya había sido operada de la pierna y acusa mucho dolor. En línea con lo que había sucedido en la entrevista anterior, se muestra más genuina y con mayor capacidad de reflexión. Hay algunos aspectos centrales de gran importancia en la entrevista. G se permite expresar su deseo de controlar su vida, de no tener sentimientos de resignación y lo dice utilizando la expresión agarrar la manija. Se habla de la bronca y de los deseos agresivos contenidos. Surge en esta entrevista una pregunta muy interesante G se pregunta si el accidente pudo ser un autocastigo. Es interesante señalar que los

accidentes según Freud (1901) pueden tomarse como una forma de autocastigo una forma de agresividad autodirigida disfrazada de casualidad.

A esta altura ella relaciona el accidente con los sentimientos ambivalentes, ya conscientes, que tiene con respecto a D, su nieto. Habla de responsabilidad, pero también de pena y ternura hacia el mismo. Confiesa también aquí que ella no deseaba tener a su hijo. Y que en realidad siempre había pensado en no tener ningún hijo, que eso no era para ella.

En un momento dice que se podría haber matado en el accidente. Las terapeutas le muestran que este accidente no fue tan extremo, que fue como una solución intermedia para no matar a alguien ni matarse ella. La paciente dice me la cobre conmigo. Las terapeutas le proponen que se conecte con su dolor para poder atravesar lo que está viviendo. G responde diciendo le estoy buscando la vuelta por lo menos por ahora.

Muestra entonces unas fotos de su mamá y su hermana y puede expresar la bronca que le provoca que la mamá no venga porque está acompañando a la hermana menor de G que se está separando. La terapeuta P le dice que debe tener ganas de asesinarla a distancia, la paciente lo expresa diciendo si, una separación, a una hija chocada, es diferente, no?

Un punto a destacar en esta cuarta entrevista es lo que expresa abiertamente la paciente, ella dice sentirse bien con las terapeutas. En relación a ellas dice que las mismas le traen las cosas del mundo externo, aunque ella sabe que tiene que hacer un trabajo interno: ustedes vienen de afuera, el trabajo mío es adentro, pero el tema es hacerme acordar que yo tengo un afuera. Se podría pensar que está empezando a integrar sus partes escindidas, disociados con la ayuda de las accidentólogas que le sirven de contención de los contenidos traumáticos intolerables (Granel, 2009). Sería una reedición de sus vínculos primarios parentales puestos en la figura de las terapeutas que le permitirán elaborar ciertos traumas relacionados con su pasado, que teniendo en cuenta la historia de esta persona se pueden pensar a la luz de las ideas expresadas por Winnicott (1981) en relación a las vivencias tempranas de yo/no yo, cuando el niño empieza a adquirir la idea de interior/exterior que luego le permite seguir el camino que lo lleva hacia la independización, estructurándose el verdadero self.

En la misma entrevista surge el tema de cuando los pacientes se van de alta. La terapeuta P expresa que es muy distinto ver un paciente acostado en la cama a verlo luego parado, la paciente acuerda con esto. La terapeuta utiliza la frase recuperarás la bipedestación. Se puede relacionar aquí con el pasaje anterior cuando la paciente habla de su trabajo de adentro y lo externo, lo de afuera y se asocia con la noción de yo, no yo. Se podría pensar una analogía entre el proceso que abre el accidente y que le posibilita a establecer vínculos con otros objetos y las etapas por las que atraviesan los bebés descritas por Mahler (1970). Dentro del hospital, la paciente pasaría, primero por la etapa de diferenciación donde encuentra la atención a sus necesidades, para luego pasar a la etapa denominada ejercitación locomotriz que le posibilitara la bipedestación (Mahler, 1970).

Quinta Entrevista

En esta entrevista la paciente se encontraba preparada desde muy temprano para subir al quirófano y ser operada de la fractura que tenía en el brazo. Se encontraba enojada porque no la llevaban y también estaba muy dolorida. Tanto para las terapeutas como para la paciente fue difícil ya que había mucha sensación de incertidumbre acerca de si la iban a operar o no, con lo cual a las terapeutas se les hacía difícil preparar a la paciente tanto para que fuera operada como para soportar la frustración de no serlo. De todas maneras se detectaron algunos puntos nodales.

La paciente cuenta que se comprobó por medio de un peritaje, que la persona que la atropello no frenó, la paciente tiene la fantasía de que quizás el hombre la quiso matar.

Cuando se le pregunta por qué piensa que podría ser esto ella responde hay hombres que odian a las mujeres. En relación a este comentario de G y el hecho de no saber si la iban a operar o no provocándole gran incertidumbre e

incomodidad (estaba en ayunas desde hacía muchas horas) es asociado por las terapeutas a las situaciones de abuso en que se vio sometida G a lo largo de su vida, abuso de sus padres pidiéndole cosas no apropiadas para una niña, abuso de su hijo que se transforma en un delincuente y abuso de la mujer de su hijo que le encaja, como dice, ella a este nene que se ve en la obligación de cuidar.

En el pasaje que se relata en el párrafo anterior y que las terapeutas relacionan con situaciones de abuso podría detectarse una resonancia propia de la contratransferencia. La terapeuta E dice que lo asocia con situaciones personales que ella ha vivido como de demanda desmedida de su entorno, a la que le tuvo que poner un freno logrando un cambio, sin llegar al extremo de padecer un accidente. De esta manera, la identificación con G la lleva a realizar una asociación análoga a que ésta había hecho en una entrevista anterior entre el accidente actual y acontecimientos penosos de su vida a los que identifica como los accidentes de mi vida. En este caso extendiendo la caracterización de abuso a hechos del pasado y a su situación actual en la internación.

En tanto que los recursos yoicos de la terapeuta le permiten tramitar los avatares de su vida, a partir de la identificación contratransferencial mencionada, ella va a intervenir para reafirmar en la paciente las manifestaciones de una nueva visión que G tiene de la relación con su nuera y el nene. El sentido de esa intervención es el de poner un freno a las imposiciones y comenzar un cambio que le permita darse un espacio para ella.

En esta última entrevista G expresa que piensa cambiar el acuerdo de visitas que tiene con la mamá del nene, y dice: el nene estuvo un mes y medio con ella y no le pasó nada, a lo que la terapeuta E responde diciendo: por ahí vos probaste también como se desarrollaba la vida de D este mes y medio junto a la mamá, otorgándole un sentido a la internación. La

paciente dice que la nuera estaba apurada para firmar el acuerdo en los días que habían previamente quedado, pero ahora G se plantea la posibilidad de cambiarlo y lo expresa claramente diciendo pero yo esto lo puedo cambiar. La terapeuta E le reafirma esa posibilidad de cambio diciéndole: claro que sí, mira que bueno eso. Ella quiere seguir ocupándose de D, pero quiere que la madre del niño se haga cargo del mismo los fines de semana. En este sentido, su intención de cambiar en cuanto a su tendencia a aceptar con sumisión las obligaciones, queda expresada con la frase: no ser tan útil, tan servil, como respuesta a un pedido de significación del cambio que se propone. G quiere compartir la responsabilidad en el cuidado del nene con la madre y dice: que combinemos, que comparta.

A lo que la terapeuta E agrega: En todo caso que las dos puedan ser útiles para criar a D.

Otra expresión de ese cambio que G se propone encarar, asociada a esa infancia en que los fines de semana tenía que estar todo ordenado y no se podía hacer nada, es la que G da hacia el final de la entrevista, cuando dice: ahora llega el viernes para mí. Es interesante como en esta entrevista G pudo manifestar con claridad lo que ella desea.

Pensando en el rol que cumple la transferencia-contratransferencia en un proceso analítico, aunque el que se describe en este trabajo es de características muy peculiares, se puede decir que en este caso las terapeutas estuvieron puestas en el lugar del objeto de la clarificación. Le facilitaron a G el intento de clarificar algunos aspectos de su vida para encontrar cuáles podrían haber sido los conflictos dilemáticos en que se encontraba y que la llevaron a accidentarse. Aún cuando la poca cantidad de encuentros reduce las posibilidades de observar el desarrollo de la transferencia-contratransferencia y sus efectos sobre el desarrollo del análisis, lo que se alcanzó a observar permite marcar un cambio importante en el discurso de G que, desde sus relatos de la historia familiar originaria marcados por las obligaciones y exigencias a las que no se puede evadir, produce un movimiento que le permite expresar algún deseo personal, y considerar la posibilidad de modificar algo en su relación con el exterior para permitir que ese deseo se ponga en juego.

7 CONCLUSION

En el presente trabajo final integrador se ha descripto cómo los conflictos

dilemáticos inconscientes, por su alto contenido traumático, pueden impactar en la vida de las personas.

En el caso analizado, G se encontraba perturbada, incluso podría decirse abrumada por una situación dilemática a la cual no hallaba una solución. En esas circunstancias, con una alteración momentánea de la atención, en el momento en el que se dan ciertas condiciones concurrentes (cruzar apurada una vía rápida de doble mano), se puede padecer un accidente. El mismo puede ser abordado como la manifestación resultante de fuerzas en pugna, vividas por el sujeto como una excluyente de la otra.

En el presente trabajo se describe el grave conflicto por el que estaba atravesando la Sra. G, una mujer de 46 años que en este momento de su vida tiene que hacerse cargo de su nieto.

Esta situación reactiva en esta mujer otros momentos de su vida en que se tuvo que hacer cargo de cosas para las cuales no estaba preparada, y que están asociados a conflictos relacionados con sus vínculos parentales y su conflicto con la maternidad. Quedarían escenificados en el accidente que la misma sufre sus conflictos dilemáticos inconscientes.

Desde el punto de vista del psicoanálisis existen diversas formas de manifestación de contenidos inconscientes; en este sentido el accidentarse sería una forma de expresión análoga a los ya descriptos por el psicoanálisis.

Se ha podido evidenciar en el análisis del primer objetivo desde la primera entrevista y a lo largo del tiempo que duró el contacto con la paciente, que la misma se encontraba en una encrucijada con respecto a la tenencia de su nieto, y no sabía qué camino tomar. Se sentía tironeada entre lo que ella vivía como una responsabilidad ineludible y su deseo de sentirse libre de obligaciones en este momento de su vida. El accidente irrumpe en ese momento crítico y representa para la paciente una oportunidad para trabajar a través de la palabra el dilema, para poner al descubierto su propio deseo, y desde allí resignificar los términos de ese dilema encontrando nuevas alternativas.

Como se sostiene desde la teoría que se ha seguido para analizar los accidentes, cuando el sujeto se encuentra frente a un conflicto dilemático que lo lleva a una situación de crisis de cambio, cambiar o no cambiar, el aparato psíquico se encuentra sobrepasado de estímulos traumáticos y la verbalización no alcanza o está directamente vedada.

En cuanto al segundo objetivo, a partir de los relatos de la paciente en relación a su vida familiar se evidencian fallas en el rol parental, con poca posibilidad de cuestionamiento. Esto crea las condiciones para el desarrollo de una personalidad sobreadaptada. En muchos pasajes se observan expresiones de esta sobreadaptación, como por ejemplo su insistencia por aclarar su intención de cumplir con la obligación que representa su nieto cuando se le pregunta qué siente con respecto a eso, para terminar identificándolo con la cruz.

La sobreadaptación de G viene a aumentar la tensión que vive ante la situación dilemática a la que se ha hecho referencia. Si se considera que esa situación por propio derecho implica una gran dificultad para tomar una decisión, la sobreadaptación de la paciente agrava esa dificultad hasta, prácticamente, bloquear cualquier posibilidad de resolución del conflicto. En estas circunstancias, el camino para la expresión en el plano de la representación está bloqueado y el cuerpo aparece como la única alternativa. En este caso, las lesiones en el cuerpo de G producto del accidente, pueden ser tomadas como vía para acceder al mundo interno de la paciente.

A pesar de que la cantidad de entrevistas con la paciente fueron pocas, y en un contexto poco habitual para el psicoanálisis, se evidencia a través del análisis de las cinco entrevistas que se pudo establecer un vínculo empático y contenedor. Esto le permitió a la paciente relatarle a las psicoterapeutas situaciones privadas de su vida, vivencias personales y las circunstancias en que se encontraba al momento del accidente. Este vínculo le permitió a la paciente poder cuestionarse su situación en relación a su nieto, a su nuera y su pareja, plantearse un cambio en su vida y poner en palabras su deseo.

En cuanto a las limitaciones que se encontraron para el desarrollo de este trabajo cabe mencionar a la forma en que están escritos los trabajos psicoanalíticos que los hace difícil de utilizar a la hora de tener que escribir en el formato requerido para un TFI, ya que los trabajos psicoanalíticos, la

mayoría de las veces tienen escasas referencias, a los autores citados en los mismos. Otra dificultad importante a destacar es la poca investigación que hay acerca de los accidentes dentro del psicoanálisis. Sería interesante que, así como hay distintas vertientes dentro del psicoanálisis en relación a las investigaciones en psicopatología, también hubiera autores que investigaran más profundamente a los accidentes desde el psicoanálisis, pero con distintos enfoques teórico, por ejemplo. También sería interesante desarrollar más investigaciones y más exhaustivas desde el mismo enfoque teórico sustentado en este trabajo, con el fin de esclarecer el fenómeno de los accidentes en el marco de las patologías del acto.

La última entrevista con esta paciente fue la número cinco. Es habitual en este servicio que no se les avise a los psicoterapeutas cuando un paciente se va de alta. Esto no permite hacer un cierre a esta relación que se entabla entre psicoterapeuta y paciente. Tampoco hay un seguimiento por parte del equipo psicoterapéutico como para posibilitarle al paciente, durante aunque sea un tiempo, un espacio tanto para seguir elaborando aquello que se esbozó durante su internación, así como también para elaborar los aspectos traumáticos inherentes al accidente en sí mismo. Esto quedó planteado como una sugerencia al equipo de psicoterapeutas.

En cuanto a los factores que actuaron como facilitadores para la realización de este trabajo pueden contarse: Por un lado, instituciones de alto nivel académico que posibilitan el contacto directo con pacientes; instructores y supervisores comprometidos con quienes deben realizar la práctica, así como también profesores que facilitan el desenvolvimiento de la misma.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aisenberg, E.R. de. (1999). Más allá de la representación: los afectos. Revista de Psicoanálisis de Asociación Psicoanalítica Argentina 42 (6) pp197-214.

Aulagnier, P. (1975). La violencia de la interpretación. Primera parte. Del pictograma alenunciado. Buenos Aires: Amorrortu.

Bion, W. (1965) Transformaciones. Centro Editor de America Latina. Bs As (1972)
De Leon de Bernardi, B. (2002) Interpretación transferencial al inicio del tratamiento y estilos interpretativos. Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, 59(2).

Emmanuele, E. (2007). Trama social y subjetividad. Actas de XIV Congreso Argentino de Orientación Vocacional.

Falicov, C. (1991). Transiciones de la familia. Buenos Aires: Amorrortu.

Fenichel, O. (1982). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires:

Paidós.

Freidin, F. & Slapak, S. (2009). Accidentes en niños. Memorias del 1er Congreso Internacional de Investigación y Prácticas Profesionales en Psicología. XVI Jornadas de Investigación y Quinto Encuentro de Investigadores en psicología del MERCOSUR. TI, 45-47. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.

Freud, S. (2007). La sexualidad infantil. Cap. II Obras Completas: (Vol. VII, pp. 157-210. Buenos Aires: Amorrortu (trabajo original publicado en 1905).

Freud, S. (2007). Conferencias de Introducción al psicoanálisis. 27 Conferencia. La transferencia. Obras completas: Vol. XVI, pp. 392-406. Buenos Aires: Amorrortu (trabajo original publicado en 1916-1917).

Freud, S. (2007). El trastocar de las cosas confundido. En Psicopatología de la vida cotidiana. En Obras Completas: Vol. VI, pp. 160-187. Buenos Aires: Amorrortu (trabajo original publicado en 1901).

Freud, S. (2007). Perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. En Obras Completas: Vol. XI, pp. 129-142. Buenos Aires: Amorrortu (trabajo original publicado en 1910).

Freud, S. (2007). Sobre la dinámica de la transferencia. En Obras Completas: Vol. XII, pp. 93-105. Buenos Aires: Amorrortu (trabajo original publicado en 1912).

Freud, S. (2007). Pulsiones y destinos de pulsión. En Obras Completas: Vol. XIV, p. 105. Buenos Aires: Amorrortu (trabajo original publicado en 1915).

García Badaracco, J. (1991). Conceptos de cambio psíquico: aporte clínico. Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Tomo XLVIII (2) pp 213-242

González Imaz, M. (2013) El síntoma en la clínica psicoanalítica. Revista Itinerario. Año 7, No 14 www.itinerario.psico.edu.uy

Granel, J. (1985). Consideraciones sobre la capacidad de cambiar, la colisión de identificaciones y el accidentarse. Revista de Psicoanálisis de Asociación Psicoanalítica Argentina, 42(5), 1065-1078.

Granel, J (2008). Un cambio catastrófico, el accidente y su relación con la idea mesiánica. Congreso de Bion. Roma 2008.

Granel, J. (2009). Teoría psicoanalítica del accidentarse. Buenos Aires: Letra Viva.

Green, A. (1998). El retorno de lo reprimido en la psicósomática. En A. Fine y J. Schaffer (Ed.). Interrogaciones psicósomáticas. Bs As: A. E. pp 48-63

Gutiérrez, G. (2010). La banalidad de la pulsión de muerte. Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Tomo LXVII (4)

Liberman, D. (1982). Del cuerpo al símbolo. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.

Lichtmann, A. (1983). Comentarios acerca de Racker y la contratransferencia. Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, 1 (3), 619-635.

McDougall, J. (1987). Teatros de la mente. Madrid: Tecnipublicaciones S. A.

Mitre de Larreta, M. (2003). Las interdependencias recíprocas. Revista de

Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, 60(4), 1009-1037.

Piaget, J. (1980). Seis estudios de psicología. Buenos Aires: Ariel.

Racker, E. (1983) Observaciones sobre la contratransferencia como instrumento técnico. Comunicación preliminar (1951). Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, 1(3), 605-617.

Sverdlick, M. (2013) La clínica del narcisismo de vida y de muerte del "complejo de la madre muerta" a la actualidad. Actualidad Psicológica 422, 11-13.

Thoma, H. (1986) La contratransferencia en una perspectiva histórico-crítica. Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, 43(6).

Tumas, D. (S/F). Introducción a la temática de la contratransferencia. (Documento Inédito). UBA. Buenos Aires.

Valls, J. (1995). Diccionario freudiano. Buenos Aires: Yebenes.

Winnicott, D. (1981). Cap 7. De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo (1963). En El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional (pp. 99-110). Barcelona: Editorial Laia.

Winnicott, D. (1981). Cap. 4 Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso (1960). En El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional (pp. 169-184). Barcelona: Editorial Laia.