

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Trabajo Final de Integración

Trauma y accidente: el caso de un motociclista

Alumna: Andrea Marina Yankelevich

Tutor: Dra. Analía Brizzio

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1-INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| 2- OBJETIVOS..... | 4 |
| 2.1- Objetivo general..... | 4 |
| 2.2- Objetivos específicos..... | 4 |
| 3-MARCO TEÓRICO..... | 4 |
| 3.1- Noción de trauma | 5 |
| 3.1.1- Noción de repetición y compulsión..... | 9 |
| 3.1.2- Trauma y pulsión de muerte..... | 12 |
| 3.1.3- Trauma y angustia. Situación traumática..... | 14 |
| 3.2- Trauma según otros autores | 17 |
| 3.2.1- El trauma en Ferenczi..... | 17 |
| 3.2.2- El trauma en Benyakar..... | 18 |
| 3.3- Noción de accidente | 18 |
| 3.3.1- Teoría psicoanalítica sobre accidente..... | 19 |
| 3.3.2- Factores determinantes del accidente..... | 20 |
| 3.3.3- Trauma y accidente..... | 22 |
| 3.3.4- Otros enfoques sobre el accidente..... | 23 |
| 3.3.5- Síntesis..... | 25 |
| 4-METODOLOGÍA..... | 25 |
| 4.1- Tipo de estudio..... | 25 |
| 4.2- Participantes..... | 26 |
| 4.3- Instrumentos..... | 26 |
| 4.4- Procedimiento..... | 27 |
| 5-DESARROLLO..... | 27 |
| 5.1- Introducción..... | 27 |

| | |
|--|-----------|
| 5.2-Descripción breve del caso..... | 27 |
| 5.3-Relato breve de la primera entrevista..... | 28 |
| 5.4-Análisis de las situaciones traumáticas atravesadas por el paciente a lo largo de su vida..... | 28 |
| 5.5-Descripción de los eventos traumáticos que desencadenaron el accidente..... | 35 |
| 5.6-Análisis de los accidentes en relación a la compulsión de repetición y a la pulsión de muerte..... | 40 |
| 6- CONCLUSIONES..... | 43 |
| 7- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 46 |

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue realizado en el marco de la Práctica Profesional V que proporciona la Universidad de Palermo para la obtención del título de grado.

La institución académica psicoanalítica donde se desarrolló la práctica posee una larga trayectoria y es una de las más importantes en la Argentina. Es una institución sin fines de lucro que sustenta un pluralismo teórico y que se apoya en el respeto y estudio de los esquemas referenciales basados en el legado freudiano.

La actividad de la institución está orientada tanto en la formación de nuevos psicoanalistas como en la de sus miembros actuales. Los objetivos de dicha institución son el desarrollo y la difusión del Psicoanálisis, la cooperación con otras asociaciones psicoanalíticas, científicas y culturales, la formación de psicoanalistas junto con el fomento de la investigación y la extensión universitaria y comunitaria del psicoanálisis, así como también lo son mantener los estándares éticos y profesionales de sus miembros.

En el transcurso de la práctica se realizaron cursos tales como Psicopatología Freudiana, Interpretación de la sesión psicoanalítica, Fundamentos del Psicoanálisis, incluso talleres sobre distintas temáticas que ofreció la institución en el cuatrimestre que fue realizado.

En el área clínica, se concurrió al servicio de traumatología, de un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por intermedio de un centro de investigaciones psicológicas en el estudio y prevención de los accidentes. La duración de la pasantía entre ambas instituciones fue de 280 horas.

El caso del presente trabajo final de integración surgió a medida que transcurrió la pasantía en el mencionado hospital, donde se tomó contacto con un paciente internado en la sala de traumatología a causa de un accidente en motocicleta. Al intervenir en los encuentros en calidad de observadora no participante, junto con una coordinadora especializada en el estudio de los accidentes y desde el enfoque psicoanalítico se dilucidó sobre el caso.

Las sesiones en el hospital fueron realizadas una vez por semana hasta el alta del paciente. Asimismo, se asistió a los distintos grupos de supervisión de casos que estuvieron a cargo de la misma coordinadora.

A lo largo del trabajo, se plantea el abordaje del concepto de trauma en determinados períodos de la obra de Freud y sus modificaciones a través de su elaboración y relación con la

clínica. Desde el origen, el trauma aparece en su vertiente económica hasta el gran giro que se produce en 1920 cuando Freud introduce en su teoría la pulsión de muerte y el concepto de compulsión a la repetición, en relación a sus hallazgos en la práctica clínica. A partir de 1926 surge la última reelaboración del trauma con respecto a la angustia.

A través de este marco teórico citado y la aportación psicoanalítica sobre los accidentes se analizará el caso clínico de un paciente accidentado, para ello, se tomarán en cuenta las circunstancias personales por las cuales este atravesaba en el momento del acontecimiento. De esta manera, se pretende rescatar el sentido del accidente y sus consecuencias traumáticas provocadas por tres accidentes en los últimos tres años.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- Analizar el accidente y su vinculación con el concepto de trauma en el caso de un paciente accidentado, desde el modelo psicoanalítico.

2.2. Objetivos específicos

- Analizar las situaciones traumáticas a lo largo de la vida de un paciente accidentado.
- Describir los eventos traumáticos desencadenantes del accidente.
- Analizar la serie de accidentes de este paciente en relación a la compulsión a la repetición y a la pulsión de muerte.

3. MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico se compone de dos partes principales. En la primera parte se analiza el concepto de trauma en psicoanálisis, especialmente en la concepción freudiana. En la segunda parte, el concepto de trauma se extiende al de accidente y se toma como hilo conductor

la obra de Granel (2009).

3. 1. Noción de trauma en Freud

Para una primera aproximación al concepto de trauma puede emplearse el clásico *Diccionario de psicoanálisis* de Laplanche y Pontalis (1967), que lo define como un acontecimiento de la vida del sujeto que se caracteriza por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provocan en la organización psíquica. Estos autores destacan también que, en términos económicos, el trauma se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivas.

Para situar esta definición en su adecuado contexto histórico, nos referiremos a la mutación del concepto de trauma en la obra de Freud siguiendo los lineamientos establecidos por Baranger, Baranger y Mom (1989). Estos autores constatan los cambios que ha sufrido dicho concepto, modificando así la teoría psicoanalítica. En líneas generales, se trata de un distanciamiento del concepto médico (efracción brusca en la homeostasis orgánica), de la diversidad de las situaciones traumáticas y de una metapsicología más compleja del trauma (Baranger *et al.*, 1989).

En efecto, antes de 1900, Freud junto con Breuer se ocupan del trauma en relación a la etiología de la neurosis de transferencia sobre la histeria, donde establecen una fundamentación económica: el trauma como un exceso de excitación que no puede ser derivado por vía motriz ni integrado asociativamente. En esa época, el trauma psíquico se ve equiparado al trauma psíquico sexual infantil (Baranger *et al.*, 1989).

Freud (1905, como se citó en Delgado, 2012) introduce un concepto fundamental junto con la pulsión, que es el de la fantasía. Esta se encuentra entre la fuente pulsión y el síntoma. Freud señala que la fantasía vela y encubre la práctica sexual autoerótica. Según Delgado (2012), los relatos de seducción paterna, es decir, la vivencia sexual prematura traumática sería un encubrimiento de la práctica sexual masturbadora autoerótica y, asimismo, la fantasía no hablaría de algo acontecido sino de algo deseado. Se articula una satisfacción pulsional (autoerótica,

mastubatoria) unida a una realización de un deseo inconsciente. De esta manera, cuando desaparece la vivencia sexual prematura traumática, dicho lugar lo ocupa la pulsión como sexualidad infantil y como fantasía.

Con posterioridad, el abandono de la teoría de la seducción da una preponderancia creciente a la vida fantasmática en la producción de los traumas y de los efectos patógenos (Baranger *et al.*, 1989). En el momento que Freud (1897) construye el concepto de fantasía se desvanece la importancia central del concepto de trauma, ya que él mismo queda ligado al episodio, a lo acontecido. El autor dirá “ya no creo en mi neurótica” (p.301). En ese engaño hay una verdad, la fantasía ocupa el lugar causal que tenía el trauma en el primer momento.

En relación a la seducción de las histéricas, Freud no solo deja de creerles sino que muestra haber atravesado algo del complejo paterno (su propio padre). De este modo, afirmará respecto a la seducción de las histéricas, por parte de sus padres, que aparecerá no como verdad material acontecida sino como verdad en términos de realidad psíquica. Es en ese núcleo de verdad donde se produce la modificación central (Delgado, 2012).

En el caso clínico de Emma, Freud (1895) relata la historia de una joven de 12 años que presenta una fobia a entrar sola a una tienda y este asocia su padecimiento con un recuerdo. En la primera escena, ella entra a una tienda y ve dos empleados riéndose. Corre presa de algún efecto de terror ligado a la sensación de ser ella el objeto de las burlas. Al mismo tiempo, experimenta una atracción sexual hacia uno de ellos. Luego, narra un segundo encuentro en la segunda escena. A los 8 años, Emma concurre en dos oportunidades a una pastelería. La primera vez, el pastelero le pellizca los genitales a través del vestido. Ella vuelve una segunda vez a pesar de lo sucedido y se reprocha el haber vuelto, como si lo hubiese querido provocar nuevamente. Este nuevo recuerdo le permite a Freud comprender la escena de los empleados. La articulación entre ambas la encontrará cuando Emma formule que la risa de ellos le había hecho acordar a la del pastelero en el momento de la agresión. La conexión asociativa es la risa; además había otro factor en común en ambas escenas: ella se encontraba sola en la tienda, por lo tanto, la escena traumática era la segunda que surge con posterioridad en el relato.

Freud (1895) llamará vivencia sexual prematura a la primera experiencia. Se mencionan dos tiempos del trauma en la experiencia sexual precoz en el cual se encuentra comprometido el propio cuerpo; en este caso, el pastelero le pellizcó los genitales. Debido a la inmadurez sexual del cuerpo infantil, este suceso, el primer tiempo del trauma, se vive con incomodidad, con perturbación, es decir, se convertirá en un recuerdo sexual inconsciente. La escena quedará perdida, lo que queda es una marca, una huella. En el segundo tiempo, el displacer será mucho más intenso que en la escena inicial. El efecto a posteriori (en francés, *après coup*) pone en evidencia el fracaso de la defensa, ya que se produce el retorno de lo reprimido y se origina un síntoma, es decir, se origina la compulsión de no poder ir sola a una tienda. El recuerdo traumático se vive como un hecho actual, porque una de las características del inconsciente es justamente su atemporalidad (Delgado, 2012).

Freud (1917) se refiere luego a las neurosis traumáticas, de la siguiente manera:

... dan claros indicios de que tienen en su base una fijación al momento del accidente traumático. Estos enfermos repiten regularmente en sus sueños la situación traumática, como si ellas se les enfrentaran a modo de una tarea insoslayable, y nosotros tomamos esa concepción al pie de la letra. Nos enseña el camino hacia una consideración –llamémosla económica– de los procesos anímicos. Mas la expresión traumática no tiene otro sentido que ése, el económico. Esta analogía no puedo sino tentarnos a llamar traumáticas aquellas vivencias a las que nuestros neuróticos aparecen fijados. La neurosis sería equiparable a una enfermedad traumática y nacería de la incapacidad de tramitar una vivencia teñida de un afecto hiperintenso (p. 251-252).

Esta cita debe ser leída con detenimiento para un análisis preciso. Tomaremos tres puntos principales: el efecto retardado, la compulsión a la repetición y la cuestión económica. Trataremos a la primera más detenidamente, y a las otras dos más en detalle por su centralidad para nuestra investigación.

El efecto *retardado* (en alemán, *nachträglich*) del trauma tiene una gran relevancia para la teoría psicoanalítica. Este concepto ha sido estudiado en detalle por Baranger *et al.* (1989) quienes hacen mención de la cita de Freud (1895) “dondequiera se descubre que es reprimido un recuerdo, este solo con efecto retardado (*nachträglich*) ha devenido trauma” (p. 403). El trauma no se trataría de una acción diferida sino de una causa que podría permanecer de forma latente

hasta la oportunidad de manifestarse como de una causación retroactiva, desde el presente hacia el pasado. Freud con la introducción de este discernimiento abandona el modelo de la causalidad mecánica y de la temporalidad del vector pasado-presente en busca de un concepto dialéctico de la causalidad y de un modelo de espiral, en el cual el futuro y el pasado se condicionan y significan en forma recíproca en la estructuración del presente. Estos términos causalidad y temporalidad son los que posibilitan la acción terapéutica psicoanalítica.

De acuerdo con las precisiones de Fractam (2005), estudiaremos la cuestión económica resaltada por Freud (1917) en el texto citado. Lo traumático es aquello que determina modificaciones definitivas en el trámite energético de las demandas pulsionales, por lo tanto, cualquier estímulo procedente del interior del cuerpo que supere la capacidad del aparato psíquico de ligarlo con representaciones deviene traumático. Esto debe ponerse en relación con la anterior cita de Freud destacada antes. En esta subraya el concepto de económica para leer los procesos anímicos al que agrega la expresión traumática, es decir, lo traumático le añade lo económico que es la cantidad de energía. En este punto se anuda el concepto de fijación. Según Freud (1917) son traumáticas aquellas vivencias a las que los neuróticos aparecen fijados. En relación con la neurosis, sería equiparable con una enfermedad traumática, ya que su génesis radicaría en la incapacidad de tramitar una vivencia teñida de un afecto hiperintenso. Por todo lo dicho, a esto nos referimos en el caso de Emma, esto es, una segunda vivencia es la que adquiere un carácter hiperintenso. Al enfrentar la risa del pastelero fue necesaria una segunda visita para que la risa adquiriera el valor de trauma, en el segundo movimiento psíquico.

De Cristofolo, Fernández, López Bonani & Morresi (2011) disertan sobre la etiología de las neurosis en el momento en que Freud (1917) recurre al concepto de series complementarias como generadoras de la estructura y al concepto de fantasías en la formación de síntomas. En la primera serie ubica un modo de satisfacción pulsional característico de cada sujeto que tiende a buscar y repetir. A partir de la constitución sexual del vivenciar infantil se definirá la predisposición por fijación libidinal infantil al que se puede sumar la ocasión de un accidente traumático del adulto que será parte de la serie en la causación de las neurosis. En este punto, la fantasía queda como mediadora entre la predisposición y la vivencia actual. Por otro lado, la libido que busca la satisfacción de forma infantil, al ser rechazada por la realidad, deberá buscar

otras formas para satisfacerse.

3.1.1. Noción de repetición y compulsión

Freud (1917) señala que las neurosis traumáticas tienen en su base una fijación al momento del accidente traumático, como expone en el caso de Emma. Con referencia a lo anterior, desarrolla y expone el concepto de compulsión a la repetición (Freud, 1920) que será de fundamental importancia en el análisis del caso que ilustra esta disertación; en este observamos que el paciente repite inconscientemente sus accidentes. En efecto, el autor subraya la repetición no solo en los sueños sino también en los actos que padecen las personas.

En la segunda tópica freudiana (Freud, 1923) se diferencian tres instancias: el *yo* como representante de los intereses de la totalidad de la persona (libido narcisista); el *superyó* constituido por la interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales; y el *ello* como polo pulsional. Para Laplanche y Pontalis (1967) reaparece el trauma con la reiteración de los sucesos penosos acontecidos durante la vida personal. En este punto, Freud compara la repetición de las conductas físicas con los síntomas motores como consecuencia de los accidentes en las neurosis traumáticas verdaderas, como en las neurosis de guerra. Estas últimas se articulan con la neurosis de transferencia donde el trauma que las origina se vuelve más complejo y más parecido al trauma psíquico infantil (Freud, 1920).

De este modo, cuanto más intenso es el trauma, mayor será la estimulación por fijación a la repetición de los síntomas motores. De esta manera, podrían aparecer en el sujeto los mismos movimientos padecidos en forma pasiva en el trauma en el presente de forma compulsiva y descontrolada, o sobrevenir aquellos síntomas originariamente descritos para la neurosis de angustia (palpitaciones, taquicardia, sudoración, etcétera). Estos síntomas revelan la irrupción de cantidad procedente de lo somático con características clínicas de estos en las neurosis actuales (Fractam, 2005).

Puede agregarse que la repetición de lo traumático tiene uno de sus momentos privilegiados durante el reposo. Al dormir, tendremos sueños en los que el contenido manifiesto revelará repeticiones de lo acontecido; su elaboración, de manera espontánea o terapéutica, podrá

ser registrada por medio de la modificación en el contenido manifiesto y en la disminución de los síntomas motores. Freud (1920) se refiere a los sueños traumáticos repetitivos que pueden reelaborar la situación traumática y explica, en forma dinámica, la repetición de sucesos dolorosos en un intento de conocerlos y sobretodo de dominarlos (Fractam, 2005).

Freud (1920) observa que en la vida onírica de las neurosis traumáticas, el sueño lleva al enfermo una y otra vez a la situación del accidente, del cual despierta con terror, repitiéndose aquello que fue vivido de forma displacentera. Vemos aquí, como si el enfermo pareciera estar fijado psíquicamente al trauma y a esas vivencias que desencadenaron la enfermedad que la hacen equiparable a las que se producen en la histeria. El autor formula la existencia de una tarea del aparato que es preliminar al principio del placer, se refiere a la ligadura. Cuando una magnitud de excitación es ligada por el aparato, esta logrará ser tramitada de acuerdo con el principio del placer, de forma tal que se tienda a evitar el displacer mediante condensaciones, desplazamientos, sustituciones, etcétera. De esta manera, el sueño en las neurosis traumáticas intenta lograr la ligadura de aquello que no logró ser ligado y resultó ser traumático. Como consecuencia el sueño repite una y otra vez la misma situación, creando displacer sin poder ser este impedido según el principio de placer.

Al respecto, Freud describe que los procesos anímicos son regulados de forma automática por el principio del placer ante la presencia de una tensión displacentera, regulados desde el punto de vista económico. En efecto, el trabajo del aparato psíquico procura mantener baja la cantidad de excitación, ya que cuando al incrementarse se sentirá displacentero. El principio de placer deriva del principio de constancia, que apunta a la homeostasis. Esto es así porque el aparato psíquico tiende a mantener la cantidad de excitación en él contenida a un nivel bajo, lo más constante que le es posible. Esta se obtiene, por una parte, mediante la descarga de la energía ya existente y, por otra, mediante la evitación de lo que pudiera aumentar la cantidad de excitación y la defensa contra este aumento (Freud, 1920).

Finalmente, Freud (1920) llamará traumáticas a las excitaciones externas cuya fuerza pueden perforar la protección antiestímulo, de esta manera, el trauma externo provocará una perturbación en la economía energética del organismo que pondrá a trabajar la defensa.

Según Imbriano (2000) es necesario, no obstante, destacar que el concepto de repetición es un concepto esencial en relación a lo económico (metapsicológico). Además, también, se destaca que la pulsión de muerte articula lo problemático de la relación sexualidad y muerte o deseo y pulsión de muerte.

Freud (1920), en *Más allá del principio del placer*, se refiere a ese otro principio más primario en relación al principio del placer al cual denomina compulsión de repetición. Sobre este realiza una elaboración acerca de la pulsión reprimida, la cual nunca deja de aspirar a su satisfacción. Esta consiste en la repetición de una vivencia primaria de satisfacción que es insuficiente para cancelar la tensión a través de sublimaciones, esto es, formaciones sustitutivas. Esto marca un encuentro fallido de la búsqueda, la cual determina una diferencia entre el objeto y la cosa, dicho de otra manera, la castración.

En el orden de las ideas anteriores, si el objeto falta, entonces el aparato psíquico funciona; si el sujeto llegará a efectuar un encuentro del objeto del deseo, la repetición en este caso cesaría ante la muerte de este. Freud (1938) sostiene que la repetición es lo que mantiene en vilo al deseo, razón de la búsqueda eterna, ya que el deseo es indestructible, es decir, insatisfecho por su condición constituyente.

Cabe agregar que, Freud (1920) describe modos de repetición entre los cuales destaca: los sueños de las neurosis traumáticas; la transformación del principio del placer en principio de realidad; la repetición de experiencias dolorosas, los juegos infantiles, etcétera. Estos modos son explicados por la existencia de la compulsión de repetición.

En ese sentido, Marucco (2006) considera la clínica del trauma como un recorrido de la compulsión a la repetición, desde un quedar atrapado de manera mortífera (representado por la acción hostil e intrusiva del objeto de lo traumático) de difícil acceso al deseo, que una vez revelado en el campo analítico espera ser tratado. Para ello, la intervención analítica no solo se trata de atraer a la conciencia lo inconsciente reprimido sino de traer a luz esa lógica de esperanza que no consiente en morir, en otras palabras, buscar al objeto que existe tanto dentro (objeto del fantasma inconsciente) como fuera del sujeto (objeto del mundo externo). De esta

manera, el autor entiende que si no fuese así todo aquello que arrasa lo psíquico y que hace anclaje en el cuerpo o en el acto tendrá un destino irrefrenable y llegará a atacar las pulsiones de autoconservación.

3.1.2. Trauma y pulsión de muerte

Como señala Baranger *et al.* (1989), el estudio de las neurosis traumáticas y de las neurosis de guerra, además el aporte de nuevas reflexiones, conducen a Freud (1920) a la introducción del concepto de pulsión de muerte, el cual modificará el edificio teórico del psicoanálisis y en especial la teoría del trauma. Para ejemplificar, Freud (1920) se refiere a los sueños traumáticos como fenómenos psíquicos que quedan fuera de la potestad del principio del placer.

Según Delgado (2011), Freud a partir de 1920 con la introducción del concepto de pulsión de muerte se referirá al trauma ya no como un acontecimiento externo sino como un acontecimiento interno a la estructura misma. Este nuevo concepto de trauma no se referirá a ningún episodio o acontecimiento sino que el trauma apuntará en forma directa a la exigencia pulsional, es decir, a la pulsión de muerte. De esta manera, el trauma ocupará el lugar de lo inasimilable y de lo que pone en funcionamiento a todo el aparato.

Freud (1938) en su última teoría de las pulsiones sostiene que “*Eros y pulsión de destrucción* (La oposición entre pulsión de conservación de sí mismo y de conservación de la especie, así como la otra entre amor yoico y amor de objeto, se sitúan el en interior del Eros)” (p. 146). La pulsión de muerte constituye la tendencia de todo ser viviente a regresar al estado inorgánico a una reducción completa de las tensiones.

Cuando Freud (1905) formula el concepto de pulsión se basa en la sexualidad humana y lo define como un impulso cuyo origen es una excitación corporal (fuente) que moviliza al organismo para conseguir suprimir ese estado de tensión en que se halla como consecuencia de esa excitación. La pulsión tiene como fin o meta volver al equilibrio anterior a la tensión y el objeto de la pulsión es el elemento facilitador para que la pulsión logre su fin.

Freud (1915) define a la pulsión de la siguiente manera:

...como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal (p. 117).

Es evidente entonces que la pulsión es, junto con el deseo, el motor del aparato psíquico, y a partir de este concepto introduce la sexualidad en el aparato psíquico (ya no es solo de representaciones) como proceso dinámico, este consiste en un empuje que hace tender al organismo hacia un determinado fin que es obtener la satisfacción.

En *Más allá del principio del placer*, Freud (1920) describe a la pulsión de muerte como la esencia de la noción de pulsión, cuyo retorno a un estado anterior es el retorno al reposo de lo inorgánico. De esta manera, descubre el carácter universal de las pulsiones. A la definición anterior añadimos que la pulsión, a su vez, la define así: “la pulsión es un esfuerzo, inherente a lo orgánico vivo, de reproducción de un estado anterior que lo vivo debió resignar bajo el influjo de fuerzas perturbadoras externas” (p. 36).

En referencia a lo anterior, cabe agregar que hay una diferencia entre las pulsiones que tienden a la repetición (conservadoras) y otras que tienden al progreso. Freud (1920) hace una discriminación entre dos tipos de fuerzas pulsionales que quieren reproducir algo anterior y que aspiran a restablecer un estado, con lo cual, quedan conformadas las ideas de primacía de la pulsión de muerte, y la distinción entre las pulsiones de vida y de muerte. El autor establece que todas las pulsiones son conservadoras, adquiridas históricamente y dirigidas hacia la regresión. Freud (1920) concluirá que la fuerza pulsional se empeña en alcanzar una meta, se refiere al retorno de lo inanimado, esto es, a la muerte. Ambas pulsiones se encuentran en oposición dialéctica; por un lado, la pulsión de muerte es primaria e intenta reconducir al ser vivo al estado inerte por el camino más rápido. Por otro lado, la pulsión de vida es secundaria y se encarga de obstaculizar a la anterior mediante la reunión, la síntesis de la sustancia viva dispersada en partículas para conservar la vida. La diferencia entre ambas es que las pulsiones de vida se presentan en forma revoltosa mientras que la pulsión de muerte se presenta muda.

Según Evans (2013), Freud sostiene una oposición entre las pulsiones de vida (Eros) establecidas como una predisposición hacia la cohesión, la unidad y las pulsiones de muerte que operan de manera opuesta deshaciendo y destruyendo las cosas. Las pulsiones siempre se encuentran mezcladas, fusionadas en diferentes proporciones.

Como puede observarse, la tarea de la pulsión de vida es la de liberar al organismo del accionar destructivo de Tánatos, sin embargo lo que logra, primordialmente, es fusionarse con él. La resultante de la fusión pulsional sigue dos destinos, gran parte de esta unión es dirigida al mundo exterior en forma de agresividad y otra parte queda en el interior del organismo. Según Freud (1938), Eros es un factor de ligazón mientras que Tánatos es un factor de desunión. Este equilibrio relativo y dinámico entre ambas tendencias implica que una proporción variable de pulsión de muerte continúe en el individuo como un residuo no ligado, que actúa de forma silenciosa e irremediamente lleva al ser vivo hacia la muerte.

3.1.3. Trauma y angustia. Situación traumática

El gran aporte de Freud (1926) señala la última reestructuración del concepto de trauma en relación a la angustia y su sustitución por situaciones traumáticas centradas en la experiencia de pérdidas (madre, amor de la madre, el amor del superyó). Según Baranger *et al.* (1989), lo fundamental de esta obra radica en estas dos palabras claves, “desvalimiento” e “inundación”. La angustia se presenta como reacción primaria frente al desvalimiento del trauma que a posteriori será representada como señal de peligro.

De Cristofolo *et al.* (2011) proponen dos tipos de forma de afecto: la angustia automática y la angustia señal. La primera se origina frente a una situación traumática y la segunda se produce frente a una señal de peligro; en esta situación, la angustia generará una expectativa del trauma y su repetición en forma disminuida utilizará como recurso al yo para la evitación de un aumento mayor de angustia. Los autores se refieren a la situación traumática como una vivencia de desvalimiento del yo producida frente a una gran cantidad de excitación tanto externa como interna que no puede tramitarse y que supera la capacidad de trámite del yo. No obstante, diferente es la angustia señal del peligro, ya que esta conlleva a un peligro real, al

peligro de castración.

Por todo lo dicho, el trauma (Freud, 1920) aparecería vinculado a las represiones primordiales, las cuales podrían estar relacionadas con factores cuantitativos, tales como la intensidad hipertrófica de la excitación y la ruptura de la protección antiestímulo, lo cual remitiría a la teoría del trauma de 1920.

Freud (1926) alude a la angustia en relación con ciertos peligros específicos que tendrían la capacidad de precipitar una situación traumática en diferentes períodos de la vida. Ejemplo de ello son la pérdida de objeto a su separación o falta; la pérdida del pene, en la castración; la pérdida del amor del superyó; la pérdida del objeto materno, en el acto del nacimiento. Estas situaciones de angustia ponen de relieve el desamparo y el desvalimiento del sujeto frente a algo que no se asimila a la realidad psíquica, imposible de soportar.

Para Delgado (2011), la angustia traumática se presenta como respuesta a la ruptura del principio del placer que parte de la exigencia pulsional. Freud (1933) sostiene que el sujeto no es capaz de dominar su descarga, ya que esta excitación es vivida con displacer. Este es un estado en el cual fracasan los esfuerzos del principio del placer, y lo llama instante traumático, así, la angustia traumática se presenta como respuesta a la ruptura de lo que es sostenido por el principio del placer. Esta ruptura se produce a partir de una exigencia pulsional que implica no ligadura entre pulsión y deseo. Por lo tanto, la angustia tendrá un doble origen: el instante traumático y la señal que amenaza con la repetición de ese instante. Cabe agregar que la angustia traumática se articula con la irrupción pulsional a través de una paralización o suspensión de la función del principio del placer, de su capacidad de ligar las magnitudes de estímulo, es decir, esto generará daño en la economía psíquica y un fracaso en las formaciones del inconsciente. Es justamente a partir de la disolución de este que el aparato psíquico tendrá el trabajo de ligar los volúmenes de estímulo, por lo tanto, los sueños traumáticos tratarán de dominar el estímulo a través del desarrollo de angustia faltante en la situación traumática.

Por otro lado, la angustia señal se ubica como la respuesta del yo frente a la amenaza de una situación traumática, la cual implica una situación de peligro. Además, comprende la

expectativa y la reproducción moderada en relación con la repetición y el recuerdo del instante traumático que sostiene a la escena psíquica. Esa reacción como angustia señal ahora es una forma de recuerdo y se sitúa en el marco de la historia del sujeto. De esta manera, la angustia señal se articula con la represión secundaria y con la formación de síntomas (Delgado, 2011).

Varela, Bruno, Fernández Raone y Fogola Arena (2011) aluden a la noción de trauma en *Moisés y la religión monoteísta* (Freud, 1939) y al determinismo de las neurosis, donde nombra como traumas a aquellas impresiones de vivencia temprana que fueron olvidadas y que luego adquirieron significación en la etiología de las neurosis. A pesar de esta afirmación, Freud pone de manifiesto que no siempre existe un trauma en la historia de los neuróticos, sino que a veces se trata de vivencias o reacciones anormales que alcanzan a todos los sujetos. Freud asevera que no es prescindible la distinción entre etiología traumática y no traumática.

Con referencia a lo anterior, recordemos que Freud (1939) clasifica los efectos del trauma como:

- a) Positivos, los que intentan recuperar la vigencia del trauma, es decir, hacerlo “real”, vivirlo bajo la forma de la repetición, reviviéndolo en los vínculos actuales. A estos intentos corresponden la fijación del trauma y de la compulsión de repetición.
- b) Negativos, en oposición a los anteriores, los que no dejan presumir nada de su existencia y no permiten que se recuerde ni se repita nada de los traumas ya olvidados. Sus evitaciones son las que generan reacciones de defensa, dando lugar a las formaciones de compromiso cuando el yo reacciona contra ellas sin lograr imponerse y pueden precipitarse en inhibiciones y fobias. De estas defensas también derivarán los rasgos anómalos de carácter.

3.2. Trauma según otros autores

3.2.1. El trauma en Ferenczi

Bokanowski (2005) sostiene que en la obra de Ferenczi, el trauma quedaría ligado a las fantasías de seducción y su origen estaría en un cierto tipo de destino libidinal de forma muy precoz, anterior a la adquisición del lenguaje; acontece para el sujeto de forma semejante a una excitación sexual prematura. No se trataría de una seducción sexual ejercida por el adulto sino de una conquista abusiva sobre el psiquismo del *infans* que compromete su estructura.

Según el autor, Ferenczi (1933) atribuye que todo el desarrollo psíquico está sujeto a la presencia de los otros significativos, como “sujetos que operan como objetos” los cuales tienen características específicas y con los que se establecen vínculos determinantes. Además, sostiene que será esencialmente el “sujeto-objeto” primario quien, con sus movimientos tanto de presencia/ausencia, desencadenará toda la dinámica que conduce a la construcción psíquica del sujeto.

Ferenczi (1933 como se citó en Bokanowski, 2005) considera que el trauma consta de dos tiempos; el primero es en el que transcurre la situación traumática y el segundo es donde se removería el trauma como consecuencia de la desmentida de los adultos negando los hechos traumáticos.

Para Ferenczi (1933, como se citó en Bokanowski, 2005), el trauma está ligado a la confusión de la lengua, una *seducción* del niño por parte de un adulto y por la confusión del lenguaje de la ternura con el *lenguaje de la pasión*. Ferenczi señalará que el trauma es una expresión entre la comunicación, entre el niño y entre el adulto, de esta manera, en síntesis, quedaría ligado a las respuestas inadecuadas del objeto frente al desamparo del niño y las que tuvieron lugar para satisfacer los deseos del adulto. En suma, el trauma se traduce como la ausencia de respuesta adecuada del objeto ante una situación de desamparo que mutila al yo para siempre, al quedar en un estado traumático permanente y con una sensación de desamparo primario para toda la vida y que se reactivaría frente a cualquier situación, incluida la analítica.

3.2.2. El trauma en Benyakar

Benyakar y Lezica (2005) proponen el término de evento disruptivo a toda situación que tiene un potencial de producir una discontinuidad del aparato psíquico. Este evento del mundo externo que posee la capacidad de producir un quiebre en el psiquismo y provoca como consecuencia efectos en las funciones de integración y elaboración. Benyakar y Lezica (2005) describen tres conceptos en relación al evento disruptivo: el evento fáctico, la vivencia y la experiencia. El evento fáctico es una situación imprevista que interrumpe el normal funcionamiento de la vida cotidiana y que puede amenazar la integridad física propia o de otros.

Con respecto a la vivencia, esta se caracteriza por la articulación entre el afecto y la representación. Surge como respuesta ante un estímulo (interno o externo), en el caso que el evento factico corresponda al mundo externo, la vivencia tendrá lugar en el mundo interno del sujeto, lo cual producirá o no diferentes efectos en cada persona de acuerdo a su singularidad. Benyakar (1998) puntualiza la vivencia traumática como la dimensión subjetiva producto de la interacción entre un evento disruptivo y la manifestación masiva de angustia automática desprovista de representación. Por lo tanto, la vivencia será traumática porque quedará inundada de afecto y carente de representación, dando lugar al displacer y a la frustración.

Por último, el autor define a la experiencia como resultado de la articulación entre el evento fáctico y la vivencia. Esta, como función psíquica, surge del interjuego entre el mundo interno y el externo. Su característica principal es que puede comunicarse, es decir, la persona puede poner en palabras y hacer un relato de lo vivido.

3.3. Noción de accidente

El *Diccionario de la Real Academia Española* (2001) define al accidente como una cualidad o estado que aparece en algo, sin que sea parte de su esencia o naturaleza y también como suceso eventual o acción de que involuntariamente resulta daño para las personas o las cosas.

En forma genérica podemos considerar un accidente como un suceso eventual que altera el orden regular de las cosas. Desde una perspectiva más cercana a la salud pública, Canela Ribas (2014) se refiere a la OMS (Organización Mundial de la Salud) que define el accidente como una transferencia anormal no controlada de energía, que tiene como consecuencia la ocurrencia de lesiones o muertes.

Los autores Prado y Muñoz de la Rosa (2009) se refieren al carácter endémico de los accidentes de tránsito y a su repercusión social que afecta tanto a hombres y mujeres en plena edad productiva. Al respecto, la Argentina posee uno de los índices más alto en mortalidad, cada año 7550 personas mueren de acuerdo a las estadísticas del INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo) (2006), y la provincia que ocupa el primer lugar en defunciones es Buenos Aires. Los accidentes en motos tienen un incremento progresivo en los últimos años y ocupan, así, el primer lugar como vehículo involucrado. Un dato interesante en relación a la franja etaria son los hombres entre 25 y 39 años donde se da la tasa más alta de incidencia.

3.3. 1. Teoría psicoanalítica sobre accidente

Grael (2009) señala que los seres humanos somos víctimas y causantes de accidentes como consecuencia de las relaciones ambientales, interpersonales, intersubjetivas e intrapsíquicas. A la persona *accidentógena* le suceden una serie de situaciones desconocidas para él. Estas se producen fuera del contexto manifiesto, es decir, en ese lugar oscuro para la persona y para la conciencia. El autor, además, especifica un punto clave, la dependencia de su teoría de la conceptualización freudiana. En efecto, Freud (1901, como se citó en Grael, 2009) indica que accidente significa 'trastocar las cosas confundido'. *Vergreifen* (en alemán, error de acción, según Laplanche y Pontalis, p. 9) revela lo manifiesto y lo latente de un accidente, según Grael (2009) todo está trastocado, todo está fuera de su sitio, desde los objetos hasta el tiempo. El que Freud (1901) utilice el término Confundido, comprendido dentro del término *Vergreifen*, implica un profundo sentido clínico: la experiencia de Freud a partir de sus casos así como la nuestra demuestra que un accidente siempre implica una situación de confusión.

Freud (1901) en su teoría sobre los actos fallidos consideró a los accidentes como

operaciones fallidas combinadas, las cuales tienen un sentido y un significado, además están determinadas por el inconsciente. Para Granel (2009), el accidente constituye una operación fallida a partir de las elaboraciones que realiza del texto freudiano “El trastocar las cosas confundido” en *Psicopatología de la vida cotidiana*, de Freud (1901). El psicoanalista subraya que los accidentes se producen por movimientos que se presentan como una torpeza casual, pero que están gobernados por una intensión y llegarían a su meta de forma involuntaria e inconsciente.

3.3.2. Factores determinantes del accidente

El accidente es un proceso con origen, con un desarrollo y con una finalidad; en él participan sistemas coordinados de causas en interacción recíproca y circular.

Granel (2009) expone la génesis del accidentarse debido a tres determinantes: las condiciones concurrentes, los reflejos protectores y la fantasía del accidentarse, por último, las crisis vitales. Las condiciones concurrentes estarían en relación con las causas del accidente; estos factores no son condicionantes absolutos, necesarios, ni excluyentes. Los facilitadores como tránsito, espacio, tiempo, velocidad, normas de tránsito adquieren, en situación de crisis, una significación subjetiva que altera y modifica la percepción objetiva, además de transformarlos un medio apropiado para producir un accidente.

La fantasía de accidentarse como intención de accidentarse guarda relación con las fantasías primordiales y estas serían adquiridas por sucesos reales e internalizadas como vivencias del yo primordial. A través de repeticiones se trasladaron en vivencias del ello, lugar donde se conservan y se heredan. Granel (2009) argumenta que la fantasía de accidentarse, no necesariamente, implica que tenga lugar el accidente. Hay una potencialidad para el acto, es decir, hacer real la fantasía.

La condición necesaria y determinante de las crisis vitales se juegan en el mundo interno de la persona y acontecen en un momento determinado, surgen como un intento de resolución frente a períodos críticos, ante situaciones nuevas que ocurren durante los momentos evolutivos

donde se producen situaciones de cambio. El haber atravesado estas conmociones enfrenta a la persona a situaciones de crisis donde se romperá ese equilibrio hasta el momento alcanzado; la persona tendrá que asumir el cambio de acuerdo a su capacidad para aceptar las nuevas transformaciones frente al medio externo.

Por otro lado, Bion (1981) manifiesta que cualquier proceso evolutivo pasa por un momento crítico ineludible denominado cambio catastrófico; estos tienen lugar cada vez que aparece una idea nueva que promueve un cambio de estructura y puede presentarse de forma a veces violenta y producir dolor, desorganización y frustración. El autor también relaciona el cambio catastrófico con tres características: violencia, invariancia (no debe cambiar para que el cambio sea positivo, evolutivo y constituya un logro de transformación de la estructura) y subversión del sistema, estas son constantes ante todo cambio. Este modelo aplicable a toda situación individual y grupal aparecerá como una configuración nueva o idea nueva con fuerza disruptiva.

Retomando a Granel (2009), este destaca tres momentos universales frente al paradigma del cambio y su relación con el accidente, estas situaciones son el nacimiento, la bipedestación y la renuncia a las aspiraciones edípicas. Ante las situaciones de cambio reaparecen con distinto significado las ansiedades de las tres etapas evolutivas antes nombradas. Dichos momentos adoptan infinitas variaciones que hacen a la singularidad de cada persona. En un accidente lo que se observa es una condensación de estas ansiedades, aunque pueden prevalecer unas más que otras, de acuerdo a cada situación.

De este modo, el accidentarse podría ser una forma de resolución frente a los momentos críticos en los cuales es necesario asumir una situación nueva que implica duelos, resignaciones, situaciones triangulares donde la capacidad de la persona para resolverlos estará en relación con la elaboración de la angustia de nacimiento, la ansiedad por la ruptura de la simbiosis y la resolución del Edipo (Granel, 2009).

Para el autor, la esencia de una crisis de cambio produce un conflicto entre la presión de cambio y las resistencias de las estructuras psíquicas del sujeto que se opone. Lo que producirá

una acción drástica con agresividad destructiva como respuesta a las ansiedades que el dilema genera. Dicha resolución consiste en realizar el cambio o no; el contracambio es la compulsión a la repetición por la pulsión de muerte desde el ello indefenso. De esta manera, las interacciones entre las pulsiones de vida y las de muerte formarían el fundamento que acontece frente al conflicto de cambio (Granel, 1985).

El accidente sería activado por los conflictos personales y las angustias ante el cambio que movilizan los contenidos parricidas e incestuosos del Edipo primitivo y ancestral. Así, el acto de accidentarse contiene también una fantasía incestuosa y destructiva asociada al impulso ontogenético y filogenético heredado al rebelarse contra el padre de la horda primitiva y de esta manera, transgredir la ley. El autor sostiene que estas están latentes en todo ser humano, lo cual implica una posibilidad de accidentarse en cualquier tipo de personalidad, pero solamente el acto de accidentarse se activaría según la coordinación de los factores externos y a través del dilema del cambio cuando este se hace irresoluble (Granel, J., Hojvat, M., Gibert, C., Besusquio, A. Matías, G., Oswald, L., Padilla, M. & Nasuk, N., 2006).

3.3.3. Trauma y accidente

Granel *et al.* (2006) consideran que la base del accidentarse es un estado traumático que es anterior y subyace al accidente (como en las neurosis, psicosis y los sueños). Lo traumático sería gobernado por las excitaciones propias de las pulsiones tanáticas-libidinales que han superado la función reguladora de los representantes de la pulsión. Para los autores los contenidos traumáticos han perdido su capacidad de figurabilidad, es decir, de ser representados en forma de fantasías o sueños, a través de un mecanismo de expulsión hacia el mundo externo donde ocurre el proceso de escenificación como en los actos fallidos que recuperan la representatividad.

Según Granel (2008), el accidente es una forma de plasmar en el mundo externo el dilema traumático, el cual adquiere una posición psicológica. Esta colisión entre contenidos y representaciones sujetados sobre la tendencia de no cambiar en oposición a lo nuevo provocan un choque interno, es decir, el accidente interno. Lo que Granel llama “colisión de las

identificaciones” es aquello que no ha podido ser representado y elaborado, se descarga hacia afuera a través del accidente y se transforma en trauma externo psicofísico, característico del trauma interno. Esta situación interna no resuelta ni por el cambio ni por el no cambio se expresa conductualmente en una paralización psicósomática y metapsicológicamente en un aumento energético peligroso para el individuo que lo sufre.

En definitiva, el autor precisa sus elaboraciones y afirma que el accidente es creado por el yo inconsciente en un intento desesperado por salir de la situación traumática a través de una escenificación en el mundo exterior de los contenidos en pugna. Esta situación puede revertirse en una implosión que podría llegar a la muerte orgánica, el trauma sin representaciones (Granel, 2009).

Es importante resaltar para nuestro caso de estudio que la respuesta accidentogénica, que se expresa como repetición de accidentes vividos por situaciones previas de cada individuo, toma como modelo la situación traumática que no ha sido desalojada de la conciencia por medio de la represión.

Cohen y Ventura (2000, como se citó en Granel, 2009) afirman que ante una situación traumática se movilizan en forma conjunta los mecanismos de defensa con los que cuenta el organismo, que son tanto somáticos como psíquicos. La superación de estos proporciona las manifestaciones clínicas a través de las cuales se conocen sus efectos. Añaden que, en el momento que los afectos se expresan a través del cuerpo, retoman modelos primitivos de funcionamiento como un intento de recuperación para poder diferenciarse del trauma original.

3.3.4. Otros enfoques sobre el accidente

Lenarduzzi (2005) refiere que en la clínica se observan ciertos niños que tienen cierta predisposición respecto a los accidentes, los cuales según sus padres sienten “atracción al peligro”. Para ello, es fundamental la función materna para que el niño desarrolle capacidades para amoldarse al entorno. La capacidad de cuidarse y de reacción frente a situaciones de riesgo se aprendería por medio de la identificación con la madre a través de sus cuidados, a través de la internalización de la palabra y a través de la significación del mundo del lenguaje. Estas

identificaciones con las figuras parentales serán parte de la constitución del superyó (formado por la conciencia moral, el ideal del yo y la autoobservación). Justamente en la accidentofilia lo que se observa es una falla en el superyó en dos sentidos, por un lado, como instancia de autoobservación, y por otro lado como prohibición de los deseos edípicos (autocastigo por fantasías incestuosas o por sentirse malo).

Al respecto, Amigo (2003) describe que cuando un niño se encuentra ante la exigencia del Otro y no tiene como responder con su yo, y en el caso de que esta situación predomine sin atenuantes, se haría presente la compulsión a la repetición de manera destructiva. Como sugiere la autora, por ejemplo, perderse sería una alternativa cuando el niño no logra ajustarse a la demanda frente a la presión del deseo de una madre omnipresente. En este caso, el niño responde con su yo a sabiendas de que esto le produce un daño y un fracaso en el intento. De esta manera, responde perdiéndose, lastimándose, enfermándose, accidentándose o sometiéndose a un riesgo de muerte.

Moreno y Urpi (2007) señalan a las personas más propensas a los accidentes como aquellas que sufren de perturbaciones psicosomáticas, las cuales no pueden resolver los problemas de la vida a través de su elaboración psíquica, así, la descarga tensional se realiza a través del cuerpo como somatización o como accidente. Es así que, la perturbación emocional y el accidente estarían genéticamente ligados. Los autores, a través de sus estudios, califican a aquellas personas propensas al accidente con las siguientes características: perturbaciones en la esfera emocional, inmadurez afectiva y tendencia a la agresividad y dificultades de relacionarse con otros. En relación a las perturbaciones emocionales, estas presentan intensas exageraciones con respecto a las vivencias de dolor y de retardo en la curación, además de dificultad para verbalizar sentimientos y emociones, y por último, reclamos por no ser escuchados, comprendidos y recibir un adecuado apoyo. Para estos autores los casos de reincidencia de accidentes corresponden a una predisposición cuyo origen sería una desorganización mental.

Marty (2011) establece que la desorganización mental más la falta de enfoque sobre los problemas de la vida suscitan la somatización que genera una enfermedad. Refiere que los traumatismos tienden a una desorganización de todos los aparatos funcionales siendo el aparato

psíquico el primero involucrado, es así que al ser bloqueado pasaría al campo somático. Al mismo tiempo, añade que las regresiones somáticas, similares a las psíquicas, darán lugar a enfermedades reversibles, y con posterioridad, las desorganizaciones mentales progresivas provocarán la somatización de enfermedades evolutivas.

3.3.5. Síntesis

A partir de los desarrollos de Freud que abarcan los períodos 1895- 1897, 1917, 1920-1926 y posteriormente 1938-1939, Ferenczi (1933) y Benyakar (2005); autores que se dedicaron al estudio de las situaciones traumáticas, se logró articular los conceptos de trauma, compulsión a la repetición y accidente como un modo de aproximación a la comprensión de la vida psíquica de un sujeto y las posibles causas de los accidentes que padeció. Como se describió, la noción de trauma en la obra freudiana sufrió diversas vicisitudes teóricas en consonancia al desarrollo de los conceptos fundamentales del psicoanálisis. Su teoría traumática osciló entre algo externo y entre algo interno que nunca acabó de resolver. Ferenczi recuperó el concepto de trauma como factor etiológico, importante en la patología mental. Benyakar expuso para lo fáctico el término *situación disruptiva*; para lo intrasubjetivo, *vivencia*; y para el encuentro de ambos, *experiencia*.

Finalmente, Granel (2009) formula que el accidente se desarrolla en el inconsciente y encuentra en la causalidad externa, la salida y la forma de ejecutarse. De esta manera, el azar sería el contenido manifiesto de aquella expresión sobre la acción del contenido latente (intención inconsciente) que el accidente encubre y no desea comunicar.

Autores como Lenarduzzi (2005) y Amigo (2003) refieren sobre la clínica de niños en relación al accidentarse. Por último, Moreno y Urpi (2007) y Marty (2011) discurren en el origen psicosomático de los accidentes.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio que se realizó es descriptivo de un caso único

4.2. Participantes

Se llevó a cabo el análisis del caso del señor Juan de 38 años que sufrió un accidente de tránsito en motocicleta mientras se dirigía a su trabajo en la zona de Recoleta (CABA), fue traslado de urgencia al hospital más cercano, donde recibió asistencia.

El paciente reside en la zona sur del Gran Buenos Aires junto con sus dos hijos varones de 15 y de 12 años. Está separado hace seis años de su mujer y tiene la custodia de los chicos. Es hijo de padres separados y tiene una hermana casada que junto con su esposo Pedro lo ayudan con la crianza. En la actualidad, está en pareja con Sofía pero no convive con ella. Trabaja haciendo changas por día (refacciones, pinturas, electricidad, etc.) en edificios del Barrio Norte (CABA).

Por razones de ética profesional, los nombres utilizados no son los originales, han sido modificados para respetar el anonimato y la confidencialidad de las personas involucradas.

4.3. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron para la realización del presente trabajo fueron:

- Registro de la observación no participante de las entrevistas de la psicóloga con el paciente accidentado, a través de las grabaciones y notas tomadas durante estas. Las áreas que se indagaron fueron: situaciones previas al accidente, situación de cambio y sentido inconsciente del accidente.
- Reuniones de supervisión: grabaciones y notas de observación no participante de las reuniones de supervisión con la psicóloga. Se analizaron las posibles causas que potenciaron el accidente del paciente, como así también se brindaron herramientas para la intervención terapéutica.
- Registro de conversación informal con un pariente del accidentado.

4.4. Procedimiento

Para responder a los objetivos propuestos se asistió en calidad de observador a las entrevistas, desde la primera que se realizó hasta el alta del paciente. En total fueron cinco sesiones que tuvieron una duración aproximada entre 40 y 50 minutos. Se registraron detalles de estas y de las intervenciones realizadas por la psicóloga, para tomar nota de los cambios suscitados en cada encuentro con el paciente y su repercusión.

Las entrevistas apuntaron a preguntas que permitieron entrelazar temas sobre el accidente, su historia personal y las vivencias actuales.

Asimismo, se asistió a reuniones cada quincena con el equipo de supervisión del centro de estudios sobre accidentes donde se estudiaron casos de pacientes accidentados.

5. DESARROLLO

5.1. Introducción

En el siguiente apartado se detallarán algunos aspectos de la historia personal de Juan antes y después del accidente, con el fin de concretar los objetivos planteados en el presente trabajo. Para ello, se analizarán algunos fragmentos de las sesiones en el transcurso de la internación. A la luz de los datos recabados, se efectuará la articulación con el marco teórico expuesto.

5.2. Descripción breve del caso

El primer contacto que se realizó con el paciente fue en una sala de traumatología de un hospital, se procuró establecer un clima de confianza y contención con el fin de instalar un vínculo terapéutico con el paciente y posibilitar la continuidad de las sesiones. El paciente se encontraba inmovilizado luego de haber sufrido un accidente de moto durante el trayecto a su

trabajo. Presentaba politraumatismo con doble fractura expuesta de la tibia y del peroné con desgarros de músculos y de tendones en la pierna izquierda por la caída sufrida. Según la historia clínica médica, la operación estaba a la espera de la evolución del estado general del paciente, ya que se encontraba con una infección urinaria, aparentemente adquirida en el hospital.

5.3. Relato breve de la primera entrevista

Cuando la psicóloga indaga acerca de cómo fue el accidente, Juan responde: *es mi tercer accidente en tres años*, lo describe muy angustiado: *ese día había recibido una llamada de urgencia de un edificio donde tenía que hacer un trabajo de plomería*, subraya que trabaja en negro. *Ante la prisa para llegar en hora, en vez de tomar el colectivo decidí ir con la moto*. En la intersección de dos avenidas, a la espera del cambio de semáforo fue embestido por otra moto. Recuerda haber visto a un motociclista que estaba haciendo una maniobra y que terminó atropellándolo. En seguida fue asistido por el SAME que lo derivó al hospital más cercano. La persona que lo embistió declara que salió caminando por sus propios medios. No le quedó ningún registro de la moto ni del hombre que la conducía.

5.3. Análisis de las situaciones traumáticas atravesadas por el paciente a lo largo de su vida

En la primera entrevista se observa a la psicóloga presentarse y ofrecer al paciente atención psicológica, puesto que fue derivado por una enfermera de la sala que estaba a cargo de la atención de él. Cuando el paciente, Juan, acepta, la psicóloga le pregunta por su estado actual e indaga acerca de cómo fue el accidente y qué paso.

Juan recuerda sollozando el día del accidente, así: *Había dejado 20 pesos a mis hijos, era todo lo que tenía. Estaba nervioso porque llegaba tarde, necesitaba trabajar, y mira cómo estoy ahora*. El accidente sucedió mientras Juan esperaba el cambio de luz del semáforo, ahí fue embestido por otra moto, cayó al piso y vio que su pierna (la señala) tenía una fractura expuesta, recuerda entonces: *Me enderecé la pierna, traté de acomodarla, los médicos siempre tardan, es mejor en caliente ya que no se siente*. La psicóloga lo invita a seguir contando acerca de lo

sucedido, el paciente dice: *Me puse a lustrar la moto mientras esperaba el cambio de luz del semáforo. ¿A lustrar?* pregunta la psicóloga, *sí, soy un fanático de las motos.*

El accidente, tal como lo expresa Freud (1901) en *Psicopatología de la vida cotidiana*, se lo caracteriza como *vergreifen*, es decir, como un acto donde el paciente trastoca las cosas confundido. Este acto, producto de movimientos que se presentan como una torpeza casual pleno de sentido inconsciente, y que es realizado de manera consciente por error o por casualidad, se realiza sin sospechar intención alguna. Es entonces que el accidente de Juan ocurrido en ese preciso momento, al ser embestido por una moto mientras esperaba el cambio de luz del semáforo posee un determinismo provocado por motivaciones inconscientes.

Podríamos inferir, tal como lo expresa Freud (1901), que el término confundido, comprendido dentro del término *vergreifen*, revela una situación de confusión. Sin ella el paciente hubiera realizado los actos en forma coherente y coordinada para no ser atropellado. En este punto, desde otra perspectiva Moreno y Urpi (2007) describen a las personas propensas a accidentarse como aquellas que sufren perturbaciones psicosomáticas y que al no poder elaborar psíquicamente sus problemas se realiza una descarga tensional a través del cuerpo, tal como el accidente en la vida de Juan.

Asimismo, Granel (2009) ratifica que, a la persona que es víctima de un accidente le suceden situaciones ajenas a él. Estas situaciones se producen fuera del contenido manifiesto, en un lugar desconocido para él, es decir, el inconsciente.

¿*Qué pasó con la otra moto?*, pregunta la psicóloga, Juan contesta: *Nada, el tipo salió caminando por sus propios medios. Cuando lo vi enfrente mío le dije me rompiste la pierna, me destruiste la vida, me desesperé, ya que trabajo en negro y vivo al día.* En conexión con lo expresado por el paciente se puede inferir que, según Freud (1917), el estado emocional del paciente podría adjudicarse a una situación traumática que se originó debido a la imposibilidad de tramitar una vivencia teñida de afecto hiperintenso. Estas vivencias que refiere el paciente estarían en relación a un estímulo que ha superado la capacidad de su aparato psíquico de ligarlo a una representación por lo que deviene traumático. Es decir, el hecho de caerse de la moto

supera cualquier posibilidad de tramitar emocionalmente este suceso. Por este motivo, este accidente se suma a otros que forman los acontecimientos que devienen en traumas tal y como se expuso en el desarrollo del caso Emma de Freud (1895).

Conviene recordar las primeras palabras dichas por el paciente, en la primera entrevista, fueron las siguientes: *Es mi tercer accidente en tres años*. Continuando con la entrevista, la psicóloga investiga sobre la secuencia de estos en los últimos años. Juan relata que hace 24 años que circula en moto y que tuvo varios accidentes menores con esta. En los últimos tres años Juan sufrió tres accidentes que lo llevaron a hospitalizarlo. En base a los datos recogidos, los mismos ocurrieron en el periodo de la muerte de su padre y padrastro. La función del padre es la de ofrecer puntos de anclaje al sujeto. Por un lado, un punto de anclaje identificatorio, por otro, un punto donde regular sus modos de satisfacción. Sin esos puntos, el sujeto queda a la deriva (Gorostiza, 2007). Quizás sea la ausencia de estos, una de las causas que provocaron que Juan se accidente. Es por ello que el duelo no elaborado por el paciente en relación a la muerte de su padre originó un carácter culposo y trágico por su significado edípico y lo llevó a retornar a situaciones infantiles primarias.

Con respecto a los accidentes sufridos con la moto, los describe en forma cronológica, sin especificar cómo ni donde ocurrieron. De esta manera: *El primer accidente fue en el 2012, casi perdí un dedo (muestra la cicatriz). El segundo en el 2013, ya me sentía mejor y estaba medio recuperado, así que me subí a la moto, iba camino al hospital para hacerme una resonancia para operarme. No me acuerdo qué pasó, pero llegué inconsciente al hospital. Cuando me desperté, los médicos me dijeron que tenía la clavícula partida en cuatro, además de los meniscos rotos y la muñeca también*. En relación a lo señalado por Freud (1917), las neurosis traumáticas tienen como base su fijación en el momento del accidente traumático, así como se observa en la repetición inconscientemente de los accidentes por parte del paciente; esta repetición no solo se produce en los sueños, sino también en los actos motores, según el autor.

La psicóloga indaga aspectos personales para tener una aproximación de lo acontecido en relación a los accidentes. Juan manifiesta que su mayor preocupación son sus hijos. La analista interroga: *¿Porqué vive solo con sus hijos?*, Juan responde muy angustiado: *Me separe hace 8 años de mi mujer, primero mis hijos vivían con ella*, se produce un silencio y prosigue, *no me gusta hablar mucho de estas cosas, me hace sentir mal*. Aquí se puede observar, como

argumentan De Cristofolo *et al.* (2011), toda situación traumática produce angustia por el desvalimiento del yo frente a una gran cantidad de excitación tanto interna como externa. En el caso de Juan la situación familiar con los hijos y la separación de la mujer producen un estado de angustia que él no puede tramitar y serían una de las causas a partir de las cuales podemos inferir los accidentes que sufre.

La psicóloga intenta averiguar sobre lo sucedido con su ex mujer. Juan entristecido expresa: *Los chicos llegaban golpeados y sucios del colegio, hablé con la psicopedagoga y luego con las autoridades de la escuela. Mi hermana y mi mamá denunciaron a la mamá de los chicos porque veían cosas raras. ¿A qué te referís con cosas raras?, pregunta la psicóloga. Ella metía gente rara en la casa cuando yo no estaba. Mi madre decía que escuchaba a los chicos llorar y cuando ella golpeaba la puerta, mi mujer no la abría. Después de todo esto, hice el trámite en la fiscalía y me dieron la tenencia hace cuatro años.* El paciente agrega que los dos primeros años los chicos vivieron con la abuela paterna, además aclara que él no se sentía con fuerzas para hacerse cargo de sus hijos. En la actualidad, viven con él, en su casa la cual queda a dos cuadras de la de su madre y su hermana.

Para Benyakar y Lezica (2005), los eventos disruptivos producen un quiebre en el psiquismo. Estos son evidentes en el caso de Juan y estarían en relación con la separación, con la discontinuidad de la cohabitación con los hijos y con la violencia de su ex mujer, y de esta manera, provocan efectos en las funciones de integración y de elaboración de los padecimientos.

Con respecto a su ex mujer agrega: *Hasta el momento de la separación pensaba que estaba todo bien, pero un día ella se fue con otra mujer.* Rememora el nacimiento de su primer hijo, luego de 8 años de convivencia, dos años después nacería su segundo hijo. Añade: *Creí que éramos felices, hasta que mi mujer empezó a trabajar, ya que la plata no nos alcanzaba. Cuando nos separamos, ella empezó a hablar pestes sobre mí, decía que yo salía con hombres y otras crueldades como que me habían visto con otro hombre en la cama.* Añade que las peleas las provocaba ella y terminaban en escenas de mucha violencia. Según la definición de trauma de Laplanche y Pontalis (1967), un acontecimiento de la vida que se caracteriza por su intensidad puede producir la incapacidad del sujeto para responder adecuadamente. A través de esta definición podemos inferir que los sucesos acontecidos en la vida del paciente han

repercutido con tal intensidad que no ha podido responder, provocándole efectos permanentes en su psiquismo.

Durante la entrevista, entra la enfermera para asear al paciente; salimos de la sala y vemos a un señor que se presenta como el cuñado de Juan; la psicóloga le pregunta si puede comentar algo sobre Juan; el cuñado accede y expresa: *Es una persona que no pide nada, muy cerrado, que hay que estarle encima para que diga algo, habría que darle una pastillita para que deje la moto.* El cuñado continúa relatando sobre la relación de Juan con su ex mujer y su dificultad para aceptar esta nueva situación. Agrega que ella los abandonó completamente, y que en la actualidad, sus sobrinos tienen un régimen de visitas para verla fin de semana de por medio, en las que el padre debe supervisar las salidas. En este aspecto, se puede señalar lo que describe Delgado (2011) sobre la angustia traumática. Afirma que esta se presenta como respuesta al principio del placer frente a la exigencia pulsional. Angustia producida por el abandono de la mujer y por las consecuencias que esta separación le produjo a Juan. Del mismo modo, Freud (1933) sostiene que el sujeto frente a esa descarga que es vivida como displacer no posee la capacidad de dominarla. Afirmación que está en íntima conexión con lo dicho por Laplanche y Pontalis (1967) sobre el trauma, es decir, un acontecimiento es vivido con tal intensidad por un sujeto sin que pueda dominarlo con la consecuente vivencia de displacer.

Después de la conversación con el cuñado, pasamos a la sala, Juan se veía un poco mejor, más cómodo, le habían puesto varias almohadas para acomodarle la pierna. La psicóloga indaga sobre su infancia y sobre los aspectos de la vida familiar, al respecto Juan responde: *viví muy pocos años con mis padres, se separaron cuando era muy chico, no recuerdo bien qué pasó, pero me fui a vivir con mi papá, y mis hermanas se quedaron con mi mamá. De ahí en más iba y venía de una casa a otra.* Se puede plantear lo que señalan Baranger *et al.* (1989) cuando ponen de manifiesto el efecto retardado (*nachträglich*) de los recuerdos que han devenido en trauma. En el caso de Juan, sus relatos han permanecido latentes y se han podido manifestar en el presente.

Se le pregunta sobre los motivos de la separación de sus padres, Juan, muy angustiado, cuenta: *Mi madre decía que mi padre no la entendía y sin decir nada más se fue a vivir con el*

vecino. *¿Y tu papá cómo era?*, pregunta la psicóloga, Juan responde: *Era un tipo medio raro que ayudaba más a los de afuera que a la familia, nunca me levantó la mano y nunca se ocupó de mí para nada.*

El paciente aporta otros testimonios y añade: *Dejé el colegio después de la primaria, empecé a rebuscarme en la vida como pude. ¿Sabes lo que más me dolió? que a mis padres no les importó lo que hacía; a los trece años empecé a trabajar y nunca me dijeron que estudie, nunca nada, me las arreglé como pude, solo.* Esta experiencia de abandono tendría como consecuencia una pseudomaduración psíquica del niño como lo expresado por Juan en su pseudoindependencia frente a la ausencia de los padres. Esta vivencia remite a lo enunciado por Bokanowski (2005) citando a Ferenczi (1933), el trauma se expresa como un trastorno en la comunicación entre el niño y el adulto, a lo que el autor definió como una “confusión de lenguas” al identificarse el niño con el agresor convirtiéndose posteriormente en agresor y agredido, sintiendo culpa y dolor psíquico. Según Bokanowski (2005) citando a Ferenczi (1933) se refiere a las secuelas psíquicas de los traumas como consecuencia de la ausencia de respuesta adecuada del objeto a la situación de desamparo como lo ha expresado el paciente produciendo una mutilación permanente del yo. Este estado traumático con el que convive el paciente se reaviva frente a cualquier situación.

La psicóloga pregunta: *¿Cómo se siente con todo esto tan difícil que le ha pasado?* Responde Juan: *Soy responsable de lo mío, nunca necesite de nadie.* Se observa que Juan habla de forma muy controlada, pero angustiado. Al respecto Lenarduzzi (2005), refiere que la capacidad de cuidarse y de reacción frente a situaciones de riesgo, estarían en relación a la identificación con la madre ya sea a través de los cuidados, internalización de la palabra y la significación en el mundo del lenguaje. Las identificaciones parentales son parte de la constitución del superyó (formado por la conciencia moral, el ideal del yo y la autoobservación). Tal es el caso del paciente en el que se observa una falla del superyó facilitada por la autoobservación y la prohibición de los deseos edípicos. Como señala la autora, los niños son más propensos a los accidentes.

En otra sesión, Juan retoma sus recuerdos de la infancia y dice: *Después que mis padres se separaron, no sé si tenía 8 o 9 años, ese verano me fui de vacaciones con mi mamá a*

Corrientes, donde ella nació. ¿Vos también naciste en Corrientes?, pregunta la psicóloga. Responde que él y sus hermanos nacieron en Quilmes.

Recuerda, muy angustiado, haberse quedado en Corrientes con su madrina, ya que su madre había regresado a Buenos Aires. De su estancia cuenta: *Empezó a tratarme mal por cualquier cosa, me hacía trabajar en el campo y me castigaba sin motivo. Sollozando relata: Me pegaba con lo que tenía a mano, me ponía de rodillas sobre los maizales por las noches y me pegaba con un rebenque hasta hacerme sangrar.* Como señala Ferenczi (1939) citado en Bokanowki (2005), el trauma quedaría ligado a una conquista abusiva sobre el psiquismo del infante.

La psicóloga intenta tranquilizarlo pero Juan quiere seguir contando: *Una noche desesperado, por tanto sufrimiento, me quise escapar a Brasil cruzando el río, pero la prefectura me encontró. No me acuerdo cómo fue que le avisaron a mi mamá sobre mi posible adopción a una familia de Corrientes.* Al respecto, Delgado (2012) señala que la fantasía no se refiere a algo acontecido sino a algo deseado. De esta manera, se articula una satisfacción pulsional con el deseo inconsciente de que esta se realice. Cuando el trabajo anímico se anuda a una ocasión del presente que fue capaz de despertar los grandes deseos de la persona se remonta al recuerdo de una vivencia anterior. Se presenta como una fantasía el cumplimiento de ese deseo.

No recuerda si su madre insistió en que volviese o no y al regresar a Buenos Aires, vivió en la casa de ella y su pareja algo menos de un año. Dice que *una noche me descubrieron comiendo un alfajor y me echaron sin decirme nada. ¿Por un alfajor?* pregunta la psicóloga, si responde Juan dubitativo. De acuerdo con Freud (1985), podemos inferir que la primera escena cuando su madre lo abandona correspondería al primer tiempo del trauma. Al retornar a su hogar y encontrar el rechazo por parte de la madre, se infiere que el displacer sea más intenso por el efecto a posteriori (*après coup*). Al respecto Delgado (2012), al profundizar sobre la característica del inconsciente, afirma la atemporalidad tal como lo expresado en el relato del paciente donde el recuerdo traumático es vivido como un hecho actual.

En la siguiente entrevista, se le pregunta *cómo se sintió con lo conversado*, dice: *Me hace sentir frustrado, frustrado con todo lo que me pasó y me pasa, esto del accidente me tiene paralizado, me siento mal (llora) no me gusta pedir, pedir nada a nadie*. En relación a la conceptualización de Benyakar (1998), la vivencia traumática se produce por la interacción entre un evento disruptivo y la angustia automática desprovista de representación. La paralización a la que refiere el paciente podría interpretarse en relación a la vivencia traumática, la cual al ser inundada de afecto y carente de representación da lugar al displacer y a la frustración. La psicóloga lo tranquiliza, le explica que son muchas situaciones tristes que le han pasado en su vida y que está bien llorar.

En síntesis, se puede inferir que en el caso de Juan hay una marcada impronta traumática relacionada con su historia personal, según lo expresan las situaciones traumáticas infantiles que van formándose a medida que surgen en su relato nuevas situaciones de su vida adulta. En este sentido podemos citar a Freud (1926) donde señala que las situaciones traumáticas estarían centradas en la experiencia de pérdidas (madre, amor de la madre, el amor del superyó).

Estas situaciones de angustia a las que refiere el paciente, imposibles de soportar ponen de manifiesto el desamparo y el desvalimiento de Juan frente a aquello que no puede asimilar a su realidad psíquica.

5.4. Descripción de los eventos traumáticos que desencadenaron el accidente

Como expone en su teoría Granel (2009), existen tres factores determinantes que operan en forma dinámica en la causalidad del accidente. Aquí podemos ver uno de ellos, los factores inmediatos estarían en correspondencia a situaciones vitales o crisis evolutivas que implican un problema de difícil solución.

En relación a la teoría, cuando se le pregunta a Juan sobre cómo era su situación laboral antes del accidente, responde que al trabajar por cuenta propia se produjeron cambios en su vida con respecto a los horarios y al transporte, ya que vive a dos horas de colectivo del trabajo; otro cambio que tuvo, muy importante, fue el dinero, a veces no llega ni a fin de mes, siempre había trabajado en relación de dependencia. Cuando dejó el último trabajo empezó a hacer mantenimiento de edificios. Su cuñado trabaja en una portería y lo ayudó en un principio. Juan

tiene ahora una clientela fija en la zona de Barrio Norte, por recomendaciones de los encargados de los edificios. Agrega: *No es como un trabajo estable, en todos los trabajos independientes hay rachas buenas y malas. Hay días que quiero hacer otra cosa distinta, no vivir al día. Mirá* (se señala) *como estoy paralizado, a penas puedo moverme*. El día del accidente tenía un trabajo de plomería. Aclara que cobra en negro por trabajo realizado.

Esta colisión entre el cambio y el no cambio, tal como lo plantea el paciente, remite a la teoría de Granel (2008) cuando se refiere a una colisión de identificaciones, a aquello que no pudo ser representado y elaborado, y ha sido descargado a través del accidente, que como señala el autor es característico del trauma interno. Para el autor, las situaciones no resueltas podrían expresarse en una paralización psicósomática, se puede observar esto en los dichos del paciente.

Al referirse a sus hijos dice: *Lo que más me inquieta cuando salgo a trabajar por las mañanas son los chicos. Siempre estoy pensando en ellos, no sé si van al colegio o qué hacen durante todo el día. Yo vivo muy lejos. Hace tres años cuando empecé a trabajar por mi cuenta, las cosas se pusieron difíciles con ellos. Viajo mucho para llegar al trabajo, a veces vuelvo muy tarde. Hay días que ni siquiera los veo. Por suerte mi vieja y mi hermana viven al lado y me los cuidan*. En este sentido Granel *et al.* (2006), describen que en el acto de accidentarse hay una fantasía incestuosa y destructiva. En el caso que nos concierne se puede inferir que la paternidad, el trabajo y su relación familiar sumados a la angustia para enfrentar el cambio podrían ser causales de la activación de los accidentes.

La psicóloga continúa preguntando sobre el vínculo con sus hijos, Juan responde: *Es muy bueno, tienen sus cosas, claro son adolescentes, se pelean de a ratos, pero son buenos chicos. Reflexiona, hubiera querido que todo fuera distinto para ellos, han sufrido mucho, mucho. Quisiera educarlos de otra manera sin tantas necesidades, que estudien, no quiero que pasen lo que yo viví*. Cohen y Ventura (2000, citado en Granel, 2009) argumentan que las fuentes de una situación traumática ponen en marcha los mecanismos defensivos somáticos y psíquicos, y tal como lo expresa Juan se trataría de una forma de apartarse del trauma original.

Por momentos se observa que el paciente está muy dolorido. La pierna se corre de lugar de la polea que la sostiene, le resulta imposible estar quieto. Se le pregunta si le están dando alguna medicación específica para los dolores. Indica que está tomando 15 pastillas por día, dice: *No tengo ni idea lo que me dan, me siento entregado, supongo que es para bien*. La psicóloga indaga si dio aviso a las enfermeras, él contesta que a veces vienen pero no siempre, prefiere pedir ayuda a sus compañeros de sala. Nos comunica que la operación no tiene fecha aún, ya que continúa con la infección urinaria. En este sentido Moreno y Urpi (2007) describen a las personas propensas a los accidentes, como aquellas que no pueden verbalizar sus emociones; exageran sus vivencias de dolor y un retardo en la curación. En el caso de Juan, la repetición de infecciones ha retrasado la operación. El paciente en el transcurso de las entrevistas se queja de no ser atendido pero no pide ayuda. Asimismo, las veces que la psicóloga ha preguntado sobre el nombre de los médicos que lo atienden o si sabe si la prótesis está en el hospital, Juan responde de manera indiferente.

En otra sesión, la psicóloga retoma sobre sus condiciones laborales antes de independizarse. Juan narra su trabajo en una fábrica de metales. Recuerda que las cosas no iban muy bien, pagaban con retraso, pero estaba en blanco. El accidente de uno de sus compañeros de nacionalidad paraguaya lo afectó mucho. Cuenta que a la semana de incorporarse a la empresa su compañero se enganchó un dedo con una de las máquinas y que finalmente tuvieron que amputárselo. En ese momento, el dueño se hizo cargo y pagó la operación. Cuando su compañero se recuperó quiso volver al trabajo, pero lo echaron sin indemnizarlo. Granel *et al.* (2006) explican que uno de los elementos causales del accidente estaría en relación a la condensación de recuerdos de situaciones catastróficas y accidentógenas acontecidas en el pasado de una persona. El relato de Juan revela la potencialidad latente para llevar a cabo el acto de accidentarse.

La psicóloga pregunta si hubo cambios en la familia en estos últimos años para poder hacer una relación con el accidente. Juan relata: *Mi padre murió hace dos años de Parkinson, me causaba mucho dolor visitarlo, no lo soportaba. Después de haber tenido varios accidentes como consecuencia de la cronicidad de su enfermedad, se medicaba por su cuenta hasta*

intoxicarse, sufría mucho por los dolores; mi hermana insistía en que fuera a visitarlo, no podía, todo me costaba.

La psicóloga pregunta si lo llegó a ver antes de morir, Juan sollozando afirma: *Estuve en el hospital, fui muy rápido con la moto, un par de horas antes de que se muriese.* Granel (2008) expone en su teoría que el accidente sería una forma de plasmar de forma externa el problema traumático. La situación interna no resuelta en el caso del paciente se expresa en una paralización psicósomática.

Con respecto a su padrastro, dice: *Murió hace tres años de cáncer, me pegó fuerte, ya que era un padre para mí.*

Como ya se ha señalado los accidentes de moto de Juan podría inferirse que se anudan en relación con la muerte del padre y del padrastro a quien Juan también considera como a un padre. Estas muertes representan para él un exceso de afecto que no logra tramitar. Toda muerte le exige al sujeto una energía para tramitar el duelo. En el caso de Juan este duelo no le permite registrar el apuro o la velocidad con la que conduce la moto con la que se accidenta bajo la forma de un acto fallido.

Este duelo por su padre que no ha sido elaborado, se suman en la vida del paciente a otros duelos tales como su fracaso matrimonial. Podemos pensar que este estado melancólico del paciente no le permitió registro alguno ante sus prisas con la moto y ha sucumbido en graves accidentes sin tomar recaudo, poniendo en juego su cuerpo en cada suceso.

La psicóloga retoma en otra sesión sobre su relación con Sofía, la novia, se conocieron hace un par de años, a través del facebook. Ella es 10 años mayor que él, tiene dos hijos varones. Sobre Sofía añade: *Me está acompañando mucho en este momento, viene día por medio al hospital, a veces me gusta que venga, pero otras estoy tan dolorido que prefiero estar solo.* Además aclara: *Sofía vive muy lejos, tiene como dos horas de viaje para llegar al hospital. Qué bien que viaje tanto para verte,* afirma la psicóloga. Juan responde: *Me cuida mucho, es un poco exagerada, siempre quiere estar aquí. Es importante que alguna persona te cuide, en este momento,* ratifica la psicóloga. Juan agrega: *Siento que con Sofía está todo bien por momentos, pero a veces pienso, no sé, si es para futuro esta relación, ya nos separamos varias veces y al final volvemos a estar juntos. ¿Por qué?* indaga la psicóloga.

Juan recuerda las vacaciones del año pasado cuando fueron a una playa con los tres chicos, el mayor se había quedado con la novia. *La pasamos muy bien los primeros días, pero luego su hijo más chico empezó a pelear con los míos. El menor es muy celoso de mi hijo, está muy pegado a la madre, es muy caprichoso. Tenemos muchas peleas con respecto a los hijos, ella tiene una manera de educarlos distinta a la mía, dice una cosa y luego hace otra. No me gusta como los cría, está muy encima de ellos. No veo futuro con ella, es muy persecuidora con sus hijos, también conmigo.* Con respecto a su relación con Sofía, se puede plantear lo que señala Granel (2009) sobre las crisis vitales que atraviesa un paciente y que juegan un papel determinante en su mundo interno. Los acontecimientos padecidos por Juan indican que reaparecen las ansiedades de las diversas etapas evolutivas, cada una con un distinto significado. La salida frente a la situación de realizar una pareja se relacionaría con la elaboración de la angustia de nacimiento, la ansiedad por el quiebre de la simbiosis y la resolución del Edipo.

Como sugiere Bion (1981), los cambios catastróficos surgen cuando se produce una idea nueva que promueve un cambio en la estructura; para Juan, esta situación disruptiva aparece con dolor, violencia, desorganización y frustración.

En síntesis podemos inferir que los eventos traumáticos que desencadenaron los accidentes estarían en relación con las situaciones de cambio vividas por el paciente que no han podido ser elaboradas o simbolizadas y que han perdido su capacidad de figurabilidad, de modo tal de ser representados en fantasías o sueños. Los cuales son objeto de un mecanismo de expulsión hacia el mundo externo a través de una escenificación a través de sus actos fallidos, es decir a través de los accidentes han recuperado su representabilidad. El accidentarse tal como lo señala Granel (2009) podría ser una forma de resolución frente a los momentos críticos, para ellos habría que asumir una situación nueva, la cual en el caso del paciente implica duelos y resignaciones. Esta respuesta en el caso de Juan se expresa como repetición en sus accidentes y la situación traumática que no ha sido desalojada de su conciencia a través de la represión.

5.5. Análisis de los accidentes en relación a la compulsión de repetición y a la pulsión de muerte

La secuencia de accidentes que narra el paciente, ya sea en su infancia o en su vida afectiva y laboral pone en evidencia lo traumático en relación con la compulsión a la repetición y con la pulsión de muerte. En ese sentido, Freud (1920) se refiere a la compulsión a la repetición como parte de una pulsión reprimida donde el deseo de satisfacción permanece presente. En el caso de Juan, con sus reiterados accidentes, pone de manifiesto esa vivencia primaria de satisfacción en la repetición que es insuficiente a los fines de cancelar las tensiones a través de sublimaciones, o sea de formaciones sustitutivas.

Desde que trabaja por su cuenta, se ha accidentado con la moto en tres circunstancias distintas como se ha detallado anteriormente. La psicóloga sugiere el tema de sus trabajos en negro como algo recurrente e investiga si tuvo algún accidente laboral. Juan relata que trabajó en una papelería hace seis años y que allí tuvo un accidente trabajando con un torno, cuando solicitó un médico a la ART se enteró que no estaba inscripto, estaba en negro. *Me produjo mucha impotencia, mucha bronca, no podía hacer nada, si decía algo me echaban, seguí trabajando igual, no me quedaba otra.* En este suceso no solo se descarga Eros derivado de la pulsión de vida como señala Freud (1938), sino también se satisface la pulsión de muerte, la cual busca la anulación de todo desequilibrio, es decir, el cese de toda tensión, tal como lo expresa Juan, un anhelo de reposo psicossomático, y según se expuso en el apartado sobre Trauma y pulsión de muerte de este trabajo.

Al finalizar la segunda entrevista, nos anunciaron que en el transcurso de la semana habría una cirugía programada. La psicóloga pregunta sobre sus inquietudes. Juan dice: *Me siento mal, no aguanta más, me da miedo la operación, no me dan garantías de si va a salir bien o si voy a salir en silla de ruedas.* Esta posición que adopta el paciente frente a la vida, según Evans (2013) ilustra una oposición entre pulsiones de vida que tienden a la unidad y de muerte al destruir las cosas, las cuales se encuentran fusionadas o mezcladas en diferentes proporciones.

La psicóloga se interesa por cómo está durmiendo, él cuenta: *Muy mal, soñé con un trauma, me duermo y siento que estoy trabajando, ¿porqué un trauma?* insiste la psicóloga, *me quiero levantar para ir a trabajar y no puedo mover la pierna, no puedo ir a ningún lado.* El paciente repite en sus pesadillas las escenas de terror y reproduce en la crisis de angustia el miedo a morir. Freud (1920) señala que en la vida onírica se reproduce una y otra vez la escena del terror y señala además, que esto prueba la intensidad de la vivencia traumática. De esta manera, a través del sueño se trata de ligar aquello que no pudo ser ligado. Se puede remitir a lo que sostiene Fractam (2005) con respecto a la repetición de los sucesos dolorosos, ya que, como Freud (1920) expone, los sueños traumáticos reelaboran la situación traumática que intenta conocerla y sobretodo dominarla.

En la tercera entrevista, la psicóloga afirma: *Pensé que te habían operado.* Mientras lo preparaban para subir al quirófano, había pedido que le pusieran la anestesia antes de subirlo a la camilla, Juan cuenta lo sucedido: *La pierna la tenía destruida, me dolían mucho los huesos, me dolía todo. Me dijeron que no podían ponerme la anestesia hasta llegar al quirófano. Cuando los enfermeros me suben en el ascensor, la puerta me engancha el pie, grité tanto que se escuchó hasta la planta baja.* En conexión con este accidente, podemos inferir la repetición de estos tal como lo expresa Granel (2009), se presentan ante situaciones traumáticas que no han sido reprimidas por la conciencia.

Juan continúa con su relato estremecedor y cuenta que, por culpa de la falta de información de los médicos y de las enfermeras, termina anestesiado y con morfina en la sala de operaciones. Luego, cuando ya estaba preparado para la cirugía, faltaba una parte de la prótesis, ahora se encontraba a la espera de otra. Juan dice: *Cuando me desperté en la camilla, le pedí a la enfermera que me haga pasar de largo, sufrí tanto, el dolor era insoportable.* Según Delgado (2011) el trauma va a referirse a la exigencia pulsional, es decir, a la pulsión de muerte. Esta va a ocupar el lugar del trauma como acontecimiento interno a la estructura que pone a trabajar el aparato psíquico. El trauma, la pulsión de muerte ocupa el lugar de lo inasimilable.

¿Hablaste con los médicos después de lo que pasó? pregunta la psicóloga. Juan responde que *su novia se ocupó de todo, no quería saber nada, no quería escuchar más nada, estaba*

desesperado. En conexión con las expresiones del paciente, se puede remitir a lo que es el accidente para Granel (2009), este es creado por el yo inconsciente como intento desesperado de salir de la situación traumática a través de una escenificación en el mundo externo de los contenidos en pugna.

En la cuarta entrevista, Juan no está, la cama está vacía, la enfermera de sala nos informa que lo operaron el fin de semana, que está aislado por una infección intrahospitalaria. La psicóloga toma la decisión de no verlo ese día. En la reunión de supervisión, la psicóloga señala que Juan a través de sus accidentes, virus, infecciones, está movilizándolo a toda la familia tratando de ganar un lugar de existencia en la vida, algo que no había sucedido hasta el momento. Su única forma de hacerlo es a través de la enfermedad; este impulso, más de muerte que de vida, es como un intento de aferrarse a la vida y de ser atendido.

En la última entrevista, Juan está en una sala común, se encuentra solo, está sentado en la cama y tiene puesto un pijama nuevo. Se lo observa sereno y con muy buen semblante. Luego de un saludo amistoso, la psicóloga le pregunta acerca de la operación, cómo fue y cómo se imagina volver a su casa. Juan relata: *La operación fue muy difícil, me abrieron la pierna, casi me la amputan, todo fue muy complicado, corrí riesgo de muerte, muy complicado, además tuve una infección intrahospitalaria, según me dijo el cirujano, estuve aislado en una sala unos cuantos días hasta que me pasaron a una habitación común*. Marucco (2006) sostiene que los traumas, que no pueden traducirse en palabras, buscan a través de la compulsión a la repetición una forma de ligarse, esta estaría marcada por la pulsión de muerte en su búsqueda del dolor. De esta manera, el autor afirma que lo que ha arrasado lo psíquico, como en el caso de Juan, hace un anclaje en el cuerpo, y de esta manera, ataca a las pulsiones de autoconservación.

Ya finalizada la entrevista, la psicóloga le sugiere la posibilidad de concurrir a la institución donde ella trabaja para continuar con un tratamiento, en el caso que el quisiese y para ello, le deja anotado el teléfono y los horarios de atención del centro.

En síntesis en los accidentes acontecidos por el paciente, se podría afirmar que estos estarían en relación con la clasificación de Freud (1939) donde señala como positivos a aquellos

efectos del trauma que intentan hacerlos real, viviéndolos en forma repetitiva. Estos intentos corresponderían a la fijación del trauma y a la compulsión a la repetición.

En relación a ello Marucco (2006) considera que la intervención analítica en la clínica del trauma no solo es hacer consciente lo inconsciente reprimido, sino que además debería tender a rearmar aquello que la pulsión de muerte desligó y crear, asimismo, un entramado que pueda ser capaz de contener aquello que no se ha podido representar. En este caso, la conflictividad no resuelta de la vida psíquica de Juan que se refleja en la compulsión a repetir los distintos accidentes que ha padecido.

Se concluye, que para el psicoanálisis un hecho en sí mismo no es traumático sino toma ese valor para el sujeto. Es verdaderamente un trauma para el sujeto cuando hay una lectura subjetiva que tiene sus consecuencias. El psicoanálisis no alcanza para afirmar que un hecho es traumático, depende de cómo lo lea el sujeto, en este caso el paciente. Para evitar una posible confusión, se infiere que el accidente traumático se diferencia de un accidente efectivo a partir de la lectura que realiza quien sufre el accidente. Los estados de angustia, llanto, tristeza de Juan podrían reflejar el accidente traumático por este estado de abatimiento subjetivo que padece el paciente. Lo que no ocurre cuando un accidente no representa ninguna alteración subjetiva.

6. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se ha descripto el abordaje de un paciente accidentado desde la teoría psicoanalítica. Este tuvo lugar en el marco de la práctica profesional V que se llevó a cabo en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se realizó un recorte de las sesiones hechas con el fin de analizar las situaciones traumáticas que llevaron al paciente a repetir sus accidentes. Según Freud (1917), las neurosis traumáticas tienen como base una fijación que se hace presente en el momento del accidente.

A través de las viñetas clínicas que ilustran los dichos del paciente, en las distintas sesiones, que sirvieron como campo de la práctica de investigación, se pudo cumplir uno de los objetivos propuestos; esto fue analizar las situaciones traumáticas de este.

Del mismo modo, se pudo lograr otro de los objetivos propuestos como lo fue describir los eventos desencadenantes del accidente. En definitiva, al analizar la serie de accidentes que sufrió el paciente se pudo llegar a la conclusión de que esta serie remite al concepto de Freud (1917), cuando señala que las neurosis traumáticas tienen como base una fijación en el momento del accidente traumático. Lo traumático es lo que determina modificaciones en el trámite energético de las demandas pulsionales, a este concepto económico le añade lo traumático y en este punto se anuda el concepto de fijación. Y que no están desligadas con la definición que el psicoanalista amplió en 1920, con respecto a la compulsión a la repetición. Tal es el caso de Juan que repite inconscientemente sus actos, es decir, sus accidentes en moto. Por esto, aquello que no pudo ser representado a través de formaciones sustitutivas le produjo un quiebre en su psiquismo.

Asimismo, se destaca que la repetición posee un significado que se vincula a la pulsión como una salida al conflicto psíquico.

Se puede observar que, el paciente encontró en su historia diversos sucesos que de alguna manera se enlazan a otro concepto fundamental de la presente investigación, como es el concepto de trauma, ya que su historia de vida está representada por diferentes eventos anudados a una anterioridad donde se puede localizar el punto inicial que luego hará desencadenar el accidente.

Si se consideran los accidentes como representativos de un trauma originario, la compulsión a la repetición demostraría cómo se articulan trauma y accidente. Nociones que permitieron iniciar este trabajo a modo de encontrar de qué manera se articulan. En conclusión, la práctica realizada permitió corroborar esta articulación entre trauma y accidente.

Para el desarrollo de la investigación se presentaron ciertas limitaciones en relación a la temática del trabajo. El hecho de estar en calidad de observadora no participante me limitó a

contar con las intervenciones de la psicóloga, el no poder hacer ningún tipo de intervención o pregunta impidió profundizar en algunos dichos del paciente.

Asimismo, se presentó cierta dificultad a la hora de analizar un caso que no es propio y que estaba en curso. En este punto nos podemos remitir al texto de Freud *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912) cuando advierte acerca de la coincidencia y de la investigación en el trabajo analítico ya que se superponen. A este respecto Freud (1912) indica: “Mientras el tratamiento de un caso no esté cerrado, no es bueno elaborarlo científicamente: componer su edificio, pretender colegir su marcha...” (p. 114). No obstante, poder trabajar con este caso permitió pensar y articular los conceptos de trauma, accidente, repetición y compulsión a la repetición a partir de un caso clínico.

En relación al aporte personal, se puede considerar que a través de la articulación realizada entre los conceptos de trauma y accidente, se originaron nuevos interrogantes acerca del porqué las personas se accidentan y así comprender su sentido desde un enfoque psicodinámico. De cara a la prevención de los accidentes, se puede reflexionar que, quedarse solamente con las estadísticas es masificar la singularidad de los casos y no ir al fondo de la cuestión, es decir, buscar en el trauma la causa de los accidentes.

En cuanto a las futuras líneas de trabajo, sería interesante profundizar los conceptos abarcados en el presente trabajo, en combinación con otras líneas teóricas referidas a la observación realizada en el transcurso de la pasantía en el hospital. En este sentido, es de utilidad localizar la urgencia en la clínica, la cual se presenta en pacientes con dolor, sufrimiento y ruptura. Esa urgencia pone en crisis a la relación del sujeto con el adentro y con el afuera, es por ello que ese sufrimiento privado se vuelve público. La práctica en la urgencia implica, desde el psicoanálisis, rescatar la singularidad en el discurso de quien consulta y debe ejercitarse en la disciplina de *olvidar lo que se sabe* (Sotelo, 2007). Según la autora, es imprescindible obtener ese significativo por el cual el sujeto emerge para no tomar el lugar víctima o traumatizado.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amigo, S. (2003). *Paradojas de la vida y la muerte: ensayos sobre el concepto originario en psicoanálisis*. Rosario: Homo Sapiens.
- Baranger, M., Baranger, W. & Mom, J. M. (1989). El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud. Trauma puro, retroactividad y reconstrucción. *Revista de Psicoanálisis de Asociación Psicoanalítica*, 44,167-173.
- Benyakar, M. (1998). Neurosis traumática o vivenciar y vivencia traumática. Reflexiones teórico-clínicas. *Publicación Psicoanalítica La Peste de Tebas*. Buenos Aires.
- Benyakar, M. y Lezica, Á. (2005). *Lo traumático, clínica y paradoja*. Tomo 1. Buenos Aires: Biblos.
- Bion, W. R. (1981). Cambio catastrófico. *Revista de Psicoanálisis de Asociación Psicoanalítica*. 38 (4). pp. 777-788.
- Bokanowski, T. (2005). Variaciones sobre el concepto de “traumatismo”: traumatismo, traumático, trauma. *Psicoanálisis ApdeBa*. Vol. XXVII, 1/2, pp. 41-57 [en línea]. <<http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Bokanowski.pdf>>[Consulta:10 de marzo de 2015].
- Canela Ribas, S. (2014). Propuesta de mejora del registro de datos catalán en base a países pioneros en seguridad vial (tesis de Doctorado inédita). Universitat Politècnica de Catalunya, Barcelona.
- De Cristofolo, D., Mariana, C., Fernández Raone, M., López Bonani, A., & Morresi, C. (2011). La vigencia del trauma en la obra freudiana. En *3er Congreso Internacional de Investigación*, 15 al 17 de noviembre de 2011, La Plata. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Psicología.
- Delgado, O. L. (2011). Angustia y trauma. *Lecturas Freudianas*. *Revista Virtualia*, N. ° 23. [en línea].<<http://virtualia.eol.org.ar/023/template.aspLecturas-freudianas/Angustia-y-trauma.html>> [Consulta: 12 de noviembre 2014].
- Delgado, O. L. (2012). *Lecturas Freudianas I*. Buenos Aires: UNSAM.
- Evans, D. (2005). *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.

- Fractman, A. (2005). Los desarrollos del trauma psíquico según Sigmund Freud. *Psicoanálisis APdeBa*. Vol. XXVII, 1/2, pp. 213-216. [en línea]. <www.apdeba.org/wp-content/uploads/El-concepto-de-trauma.pdf> [Consulta: 21 de noviembre 2014].
- Freud, S. (1895). Proyecto de psicología. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en la vida de Freud. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud*. Vol. I. (pp. 400-403). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1897). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en la vida de Freud. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud*. Vol. I. (p. 301). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1901). El trastocar las cosas confundido. Cap. 8. En *Psicopatología de la Vida Cotidiana*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud*. Vol. VI (pp. 160-187). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud*. Vol. VII (p. 109). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud*. Vol. XII (p. 114). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión en Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud*. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). La fijación al trauma, lo inconsciente. 18 Conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. 23 Conferencia en Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III). En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud*. Vol. XVI (pp. 250-253, pp.326-332). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer (parte II y IV). En *Psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud*. Vol. XVIII (pp. 12-33). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). Conciencia e Inconsciente .I. El yo y el ello .II. En *El yo y el ello y otras obras*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud*. Vol. XIX (pp. 15-29). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1926). Complemento sobre la angustia. B: en Inhibición, síntoma y angustia. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud*. Vol. XX (pp. 151-157). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1933). Conferencia 32: Angustia y vida pulsional. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud*. Vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1938). Esquema del Psicoanálisis. Doctrina de las pulsiones. Esquema del psicoanálisis y otras obras. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud*. Vol. XXIII (pp.133 - 146). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1939). La analogía. Parte I en Moisés y la religión monoteísta. Esquema del psicoanálisis y otras obras. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud*. Vol. XXIII (pp. 72-73). Buenos Aires: Amorrortu.
- Grael, J. (1985). Consideraciones sobre la capacidad de cambiar. La colisión de las identificaciones y el accidentarse. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, 42 (5). (pp. 10-22).
- Grael, J., Hojvat, M., Gibert, C., Besusquio, A., Matias, G., Oswald, L., Padilla, M. & Nasuk, N. (2006). Hacia una teoría psicoanalítica del accidente (Bases para una accidentología psicoanalítica). *Fepal XXVI. En Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis* (pp. 1-8). Lima: Perú.
- Grael, J. (2008). Angustias y reacciones defensivas del accidentado y de su terapeuta. Importancia en el tratamiento y en su prevención. *Temática Psicológica*, 4(1).
- Grael, J. (2009). *Teoría psicoanalítica del accidentarse*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Gorostiza, L. (2007). Autoridad. En Los Nombres del Padre. *Revista Lacaniana de Psicoanálisis*, 5/6, 100-103.
- Imbriano, A. (2000). *Donde ello era. Lectura disciplinada de "el yo y el ello"*. Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2006). Muertos y heridos en accidentes de tránsito automotor por provincia: Total del país. Años 2001-2005. Recuperado de <http://www.indec.gov.ar/principal.asp?id tema=367>.
- Lenarduzzi, H. (2005). *Entre biología y cultura: un estudio de la psicosomática en la infancia y adolescencia*. Buenos Aires: Biblos.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

- Marty, P. (2011). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris: PUF.
- Marucco (2006). Actualización del concepto de trauma en la clínica analítica. *Revista de Psicoanálisis*, 63. (pp. 9-19).
- Moreno, R. & Urpi, J. E. (2007). *Traumatología y Psicología (Una investigación Psicosomática)*. Buenos Aires: Akadia.
- Prado, Teófilo, & Muñoz de la Rosa, Diego. (2009). Politraumatismo: Accidentes de tránsito. *Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología*, 74(1), 6-12. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-74342009000100002&lng=es&tlng=es.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*. (22º. ed.). Madrid.
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JCE. Ediciones.
- Varela, J. V, Bruno, L., Fernández Raone, M., Fogola Arena, M. (2011). *Trauma y neurosis traumática en el giro de los años 20*. Trabajo presentado en 3er Congreso Internacional de Investigación, 15 al 17 de noviembre de 2011, La Plata. [en línea]. <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1485/ev.1485.pdf> [Consulta: 20 de diciembre 2014].