

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
TALLER FINAL DE INTEGRACIÓN

El accidente: síntoma, situación de cambio y pulsión de muerte.

Autor: NATALIA GÓMEZ BETTIN

TUTORA: MONICA HAMRA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	4
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1 BREVE RESEÑA SOBRE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA.....	5
3.2 LO INCONSCIENTE Y SU RELACIÓN CON EL DESEO.....	9
3.3 ACCIDENTE.....	11
3.4 TEORÍA PSICOANALÍTICA DEL ACCIDENTE.....	12
3.5 ACCIDENTE Y ESCENIFICACIÓN.....	14
3.6 ACCIDENTE Y ACTOS FALLIDOS.....	14
3.7 ACCIDENTE Y FANTASÍA.....	17
3.8 ACCIDENTE Y SITUACIONES DE CAMBIO.....	17
3.9 ACCIDENTE Y SÍNTOMA.....	19
3.10 ACCIDENTE Y TRAUMA.....	21
3.11 ACCIDENTE Y PULSIÓN DE MUERTE.....	22
3.12 ACCIDENTE Y NARCISISMO.....	24
3.13 ACCIDENTE Y SOBREADAPTACIÓN.....	25
4. MÉTODO.....	27
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	27
4.2 PARTICIPANTES.....	27
4.3 INSTRUMENTOS.....	28
4.4 PROCEDIMIENTO.....	28
5. DESARROLLO.....	29
5.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	29
5.2 ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE EL ACCIDENTE Y SITUACIÓN DE CAMBIO.....	30

5.3 ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE EL ACCIDENTE Y LA PULSIÓN DE MUERTE.....	35
5.4 APARICIÓN DEL ACCIDENTE COMO SÍNTOMA DE UNA POSIBLE RESPUESTA DE SOBREADAPTACIÓN.....	37
6. CONCLUSIONES.....	40
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXO.....	48

1. INTRODUCCIÓN

El presente TFI ha sido realizado en la práctica de integración profesional efectuada en el marco de la Carrera de Psicología en la Universidad de Palermo.

La práctica profesional tiene lugar en una institución psicoanalítica argentina de gran renombre y prestigio en el país, que mantiene contacto con organizaciones psicoanalíticas internacionales. En la institución mencionada, se desarrollan cursos y talleres como Interpretación de los Sueños, Clínica Psicoanalítica, Aproximaciones a Green, Winnicott y Lacan, Aproximaciones Clínicas, Reuniones Multifamiliares, etc. El área clínica de la práctica profesional es realizada en el servicio de Traumatología de un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, teniendo como intermediario a un centro de estudio psicoanalítico del factor humano en la producción de accidentes. En el mismo se realizan actividades como: Ateneos Científicos, Cine Debate y Seminarios de Formación. A su vez, la presentación de trabajos teóricos clínicos y su posterior supervisión.

El accidente puede estudiarse como un síntoma en tanto no es casual ni azaroso sino consecuencia de un proceso inconsciente que conduce al acto de accidentarse. El mismo tiene lugar en un momento vital signado por una crisis de cambio que la persona no puede afrontar ni resolver, produciendo en su mundo interno una vivencia de devastación psíquica. El accidente aparece como un intento de externalización, objetivación y escenificación de esta conmoción interna.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el accidente como síntoma desde la perspectiva psicoanalítica en un paciente accidentado e internado en un servicio de traumatología de un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar la relación entre el accidente y situación de cambio desde la perspectiva psicoanalítica en un paciente accidentado e internado en un servicio de traumatología de un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Analizar la relación entre el accidente y la pulsión de muerte desde la perspectiva psicoanalítica en un paciente accidentado e internado en un servicio de traumatología de un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Explorar la aparición del accidente como síntoma de una posible respuesta de sobreadaptación desde la perspectiva psicoanalítica en un paciente accidentado e internado en un servicio de traumatología de un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

3. MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico se compone de diferentes secciones donde el accidente es explicado a través de la teoría psicoanalítica, específicamente tomando como hilo conductor la obra de Granel (2009).

3.1 BREVE RESEÑA SOBRE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

El psicoanálisis abarca el conjunto de teorías que tienen como fundamento las elaboraciones realizadas por Sigmund Freud, quien es reconocido como el padre del psicoanálisis. El autor comienza sus trabajos, implementando la técnica de la hipnosis que pretende como fin, aplacar los síntomas del padecimiento histérico. Freud se detiene específicamente en la cura de las parálisis histéricas, sufridas en una gran mayoría por el sexo femenino, basándose en diferentes casos para poder así describir en detalle el procedimiento y la técnica que históricamente se conoce como psicoanálisis. Posteriormente, amplía su teoría abarcando otro tipo de neurosis, como la neurosis obsesiva, la paranoia, las fobias (Masotta, 1994).

Inicialmente, Freud descubre que los síntomas en la histeria son el resultado de un conflicto psíquico, producto de una idea inconciliable que al sujeto le genera un gran placer, y por ello, reprime. El paciente genera síntomas y escinde su personalidad psíquica para llevar a cabo el rechazo de ciertas representaciones que se le hacen intolerables. Dichas representaciones eran de contenido sexual. Los síntomas serán la consecuencia del fracaso de la represión y el retorno de lo reprimido (Masotta, 1994).

La labor del analista es la del síntoma. El analista no calla el síntoma ni alimenta su sentido. Esta decisión se relaciona con la ética, en tanto que no hay sujeto sin síntoma. Por ello, el síntoma no es algo a suprimir, sino que constituye el verdadero partenaire del sujeto. Al hacer un breve recorrido por la obra freudiana, desde su inicio, con el síntoma histérico, puede verse que Freud da preponderancia al sentido del síntoma y sin embargo no deja de ubicar el núcleo pulsional, como elemento del síntoma. Es decir, que ya en los inicios de la teoría psicoanalítica puede encontrarse la cara del síntoma que no habla, aquello indecible. Freud lo localiza en lo reprimido primordial, en el ombligo del sueño, etc., como aquello del síntoma que insiste (Bousoño et al., 2016).

Comienza así la historia del concepto freudiano de inconsciente. El padre del psicoanálisis resalta el papel preponderante del mismo en la conducta humana. El término inconsciente se utiliza para connotar el conjunto de los contenidos no presentes en el campo actual de la conciencia. Está constituido por contenidos reprimidos que buscan regresar a la conciencia o bien que nunca fueron conscientes por su cualidad incompatible con la misma. Precisamente, lo distintivo del psicoanálisis es el trabajo sobre un inconsciente reprimido (Masotta, 1994).

En "Lo inconsciente", Freud (1915) explica la existencia del inconsciente. Freud expone que el supuesto de lo inconsciente es necesario y legítimo. En los sujetos, tanto sanos como enfermos, aparecen actos psíquicos que se explican presuponiendo la existencia de otros actos de los que la conciencia no es testigo. Así explica que la conciencia abarca solo un contenido

breve, o sea que la mayor parte de lo que llamamos conocimiento consciente tiene que encontrarse en un estado de latencia, es decir en un estado de inconsciencia psíquica. Freud explica que resulta más fácil conocer estos fenómenos inconscientes en otros sujetos, más que en nosotros mismos. Lo inconsciente reprimido ha sufrido un rechazo y desalojo por parte de la consciencia, de allí su dificultad para conocerlo. A través de la investigación analítica, puede llegarse a saber que una parte de estos procesos latentes poseen características que parecen extrañas que contrarían las propiedades de la consciencia que resultan familiares (Freud, 1915).

Relacionado al concepto de inconsciente, Freud expone su teoría sobre la sexualidad. Lo primero que va a demostrar es la falsedad imperante donde se muestra que en la vida infantil no hay sexualidad. Además muestra que la relación que une al sujeto a sus objetos sexuales no es tan fuerte. Esa relación de determinación es sumamente lábil. El objeto es lo que más puede variar, lo que el sujeto más puede cambiar. Surge así el concepto de pulsión que Freud distingue del instinto animal. La pulsión tiene para Freud como característica fundamental la labilidad que la liga al objeto. La pulsión no tiene un objeto dado o natural (Masotta, 1991).

Freud explica que la sexualidad del adulto se relaciona a ciertas maneras que tiene ese niño de hacer referencia a sus primeros objetos. El autor llama etapas a esas diferentes maneras. Una manera oral, una manera anal, etcétera. Lo interesante del aporte de Freud es que dichas maneras son similares a patrones por donde el niño erogeniza su propio cuerpo (Masotta, 1991).

La carne del niño será desde un principio un objeto para el deseo y el goce del Otro que se presente en su auxilio. En esa encrucijada fundamental se tratará de la supervivencia y del atrapamiento más definitivo. La constitución subjetiva requerirá pasar por los significantes, ser atrapado por la red de palabras que proceden ese mismo Otro seductor. La pulsión hará del cuerpo del niño un cuerpo erógeno, pero no todo de ella se ligará a representaciones ni se dejará encausar por el principio de placer. De ese modo en lo traumático donde la pulsión de muerte encontrará su paradójica posición, ese Otro interiorizado heterogéneo a la ligadura, se haya el conocimiento inaccesible para el sujeto que lo alberga (Szerman, 2016).

El sujeto no pretende saber, rechaza el saber. La propia estructura de la pulsión no lo conduce a un saber respecto al objeto, puesto que por definición éste es deslizante respecto a la pulsión. A su vez, el sujeto nada quiere conocer sobre lo que el falo articula o introduce. No quiere conocer la existencia de un corte en lo real. De fisuras, agujeros, heridas. El sujeto no quiere saber acerca de la castración. No quiere saber que no hay razones para que haya objetos que faltan pero igualmente estos faltan. Estas faltas introducidas por la estructura de la pulsión y la castración son estructurales (Masotta, 1994).

El niño, investigador incansable de temas sexuales, no quiere saber sobre los motivos de su investigación: la diferencia de los sexos. Freud explica que esa relación con el saber, propia del sujeto infantil, es constitutiva de la sexualidad (Masotta, 1994).

En la obra "Tres Ensayos sobre una Teoría sexual" Freud (1905) señala la forma en que las primeras impresiones sexuales relacionadas con el desarrollo del sujeto, dejan huellas en

nuestra vida anímica de gran profundidad. Las mismas se convierten en determinantes de nuestro desarrollo sexual posterior. La desaparición real de tales impresiones infantiles responde a un alejamiento de la conciencia llamado represión. Una especie de amnesia sobre las vivencias sexuales infantiles conduce al sujeto a realizar un esfuerzo por tratar de entender el misterio de la sexualidad, y en especial, para poder darle sentido a su experiencia sexual subjetiva (Jaida, 2001).

Lo singular y revolucionario de la teoría psicoanalítica es la concepción de un origen inconsciente del padecimiento mental. Los conflictos del paciente tienen un origen que no es observado por el sujeto. El sujeto es incapaz de verlo por sí mismo debido a su motivación inconsciente. Las palabras, las afecciones y los problemas relatados por el paciente constituyen tan sólo la parte aparente. El objetivo de la terapia es romper las resistencias para que el paciente acepte las motivaciones inconscientes del problema, logrando la abreacción que lleva a la cura. El psicoanalista utiliza para ello, la asociación libre, la transferencia y la interpretación del discurso del paciente, poniendo especial énfasis en los sueños y los actos fallidos (Freud, 1916).

El vivenciar del paciente se introduce por las palabras. El procedimiento que Freud emplea implica un desplazamiento del signo. Ya no es el dolor, sino los modos del decir del paciente, a partir del discurso que se hace del diagnóstico, en tanto revelan ese entramado de padecimientos, sensaciones y pensamientos (Bousoño et al., 2016).

Los olvidos, los lapsus, los actos fallidos, no obedecen sino a la necesidad de ocultar un deseo. Será por este desvío del deseo que las fallas de la palabra se relacionan con la sexualidad. Freud enseña que en el discurso del sujeto quien habla es el inconsciente, abriendo así el campo de la relación del sujeto al deseo. En el lapsus, el sujeto recibe un mensaje que proviene de otro lugar, del lugar del Otro. Esas fallas del lenguaje constituyen para el psicoanalista las huellas de una pista que no hay que perder: las pistas del deseo inconsciente (Masotta, 1991).

El deseo se realiza en la vida despierta a través de las fallas de la palabra o se realiza en la pantalla del sueño permitiendo que el sujeto duerma. En el sueño, el deseo se realiza pero solo lo hace disfrazándose. Entre el deseo y el sueño, median los disfraces. Debe haber algo doloroso en el deseo, inabordable para la conciencia despierta (Masotta, 1994).

3.2 LO INCONSCIENTE Y SU RELACIÓN CON EL DESEO

El inconsciente, dentro del sentido tópico, designa uno de los sistemas definidos por Freud dentro de la primera teoría sobre el aparato psíquico realizada por el autor. El mismo explica que el inconsciente se encuentra constituido por contenidos reprimidos que han sido rehusados al acceso al sistema preconscious-consciente gracias a la acción de la represión (Laplanche & Pontalis, 1967). Freud explica que no es el acontecimiento en sí mismo lo que resulta perturbador para el sujeto, sino su recuerdo despertado posteriormente, recuerdo íntimo que se intentará rechazar a través de la acción de la defensa. Como resultado, aparecerá un síntoma, que también encontrará límites al tratamiento por la palabra: lo compulsivo en los síntomas de las neurosis obsesivas, la angustia que vale como un exceso de displacer (Szerman, 2016).

Una característica principal del sistema inconsciente se asocia con que sus contenidos son representantes de las pulsiones. Estos contenidos están regidos por los mecanismos del proceso primario, especialmente la condensación y el desplazamiento. Se encuentran fuertemente catectizados de energía pulsional, por lo que buscan retornar a la conciencia y a la acción (retorno de lo reprimido). Sólo pueden encontrar acceso al sistema preconscious-consciente en la formación de compromiso, después de haber sido sometidos a las deformaciones de la censura. Por último, son especialmente los deseos infantiles los que experimentan una fijación en el inconsciente (Laplanche & Pontalis, 1967).

La cancelación de la represión no resulta posible hasta que la representación consciente, luego de vencer las resistencias, entra en conexión con la huella mnémica inconsciente. Sólo cuando la huella mnémica es hecha consciente se consigue el éxito (Freud, 1915).

Lo inconsciente es rechazado por la censura en la frontera de lo preconscious, sus retoños pueden sortear esa censura, organizarse en un nivel más alto, crecer dentro del preconscious hasta una cierta intensidad de investidura. Luego, cuando la han rebasado y quieren imponerse a la consciente, pueden ser individualizados como retoños del inconsciente y reprimidos otra vez en la nueva frontera de la censura situada entre el preconscious y consciente. Así, la primera censura funciona contra el inconsciente mismo, la segunda contra los retoños preconscious de él (Freud, 1915).

La oposición entre consciente e inconsciente carece de toda pertinencia respecto de la pulsión. Una pulsión nunca puede pasar a ser objeto de la consciente, solo puede serlo la representación que es su representante. Si la pulsión no se adhiriera a una representación ni saliera a la luz como un estado afectivo, nada podríamos saber de ella (Freud, 1915). En efecto, la pulsión, situada en el límite entre lo somático y lo psíquico, se encuentra más allá de la oposición entre consciente e inconsciente; por una parte, no puede jamás devenir objeto de conciencia, y, por otra, sólo se halla presente en el inconsciente por medio de sus representantes (Laplanche & Pontalis, 1967). Las representaciones inconscientes se hallan ordenadas en forma de fantasías, guiones imaginarios a los cuales se fija la pulsión y que pueden concebirse como verdaderas escenificaciones del deseo (Laplanche & Pontalis, 1967).

El sueño para el psicoanálisis freudiano es el camino real hacia el descubrimiento del inconsciente. En "La interpretación de los sueños", Freud (1900) explica que los mecanismos (desplazamiento, condensación, simbolismo) deducidos del sueño y constitutivos del proceso primario se vuelven a encontrar en otras formaciones del inconsciente (actos fallidos, equivocaciones orales, etc.), que equivalen a los síntomas por su estructura de compromiso y su función de cumplimiento de deseo (Laplanche & Pontalis, 1967).

En la concepción freudiana, el deseo inconsciente tiende a efectuarse restableciendo, siguiendo las leyes del proceso primario, los signos relacionados a las primeras experiencias de satisfacción (Laplanche & Pontalis, 1967). En la teoría de los sueños, se explica la experiencia de satisfacción en relación a la imagen mnémica de una determinada percepción que permanece asociada a la huella mnémica de la excitación resultante de la necesidad. Al presentarse de nuevo esta necesidad, se producirá, en virtud de la unión establecida, una moción psíquica dirigida a recargar la imagen mnémica de dicha percepción e incluso a evocar

ésta. Es decir, a restablecer la situación de la primera satisfacción. Tal situación es la que nosotros llamamos deseo; la reaparición de la percepción es el cumplimiento de deseo (Laplanche & Pontalis, 1967).

Freud no identifica necesidad con deseo. La necesidad, nacida de un estado de tensión interna, encuentra su satisfacción por la acción específica que procura el objeto adecuado (por ejemplo, en el alimento). El deseo se halla indisolublemente relacionado a huellas mnémicas, y encuentra su realización en la reproducción alucinatoria de las percepciones que se han convertido en signos de esta satisfacción. La búsqueda del objeto en la realidad se halla totalmente orientada por esta relación con signos. La disposición de estos signos constituye la fantasía, correlato del deseo. La concepción freudiana del deseo se refiere fundamentalmente al deseo inconsciente, ligado a signos infantiles indestructibles (Laplanche & Pontalis, 1967). El psicoanálisis ha demostrado, basándose en el modelo del sueño, cómo el deseo se encuentra también en los síntomas en forma de una transacción (Laplanche & Pontalis, 1967).

Cabe aclarar que la teoría freudiana del aparato psíquico fue profundamente modificada por su autor y se introdujeron en ella nuevas distinciones tópicas, que no coinciden con las del inconsciente, preconsciente y consciente (segunda tópica del aparato psíquico: Ello, Yo, Superyó). En efecto, en la instancia del Ello se vuelven a encontrar las principales características del sistema inconsciente (Laplanche & Pontalis, 1967).

3.3 ACCIDENTE

El diccionario de la Real Academia Española (2001) define al accidente como un suceso eventual que altera el orden regular de las cosas, un suceso eventual o acción de que resulta daño involuntario para las personas o las cosas. También lo explica como una cualidad o estado que aparece en algo, sin que sea parte de su esencia o naturaleza.

3.4 TEORÍA PSICOANALÍTICA DEL ACCIDENTE

Diversos autores psicoanalíticos como Winnicott (1981) aseguran que la agresión inicia en los principios de la evolución humana. Justamente por ello, está ligada a la actividad y al acto de estar vivo. Una manera de encauzar la agresividad es hacia lo externo, al exterior, como sería en el caso de los accidentes. A su vez, Aberastury (1962) explica que los mismos surgen por una incorrecta canalización de impulsos destructivos, relacionados al sentimiento de culpa y a la elaboración del complejo edípico. La autora los define como suicidios parciales.

Según Freud (1901), el accidente está relacionado a una situación de confusión, en donde se encuentran presentes: lo latente y lo manifiesto. Tras esta confusión mental, el sujeto realiza un acto que tiene como resultado el accidente. En realidad, este acto, al parecer torpe y casual, es la expresión de lo latente, de los deseos inconscientes del sujeto. El accidente manifiesta contenidos que no han podido ser expresados en palabras, como una manera de dar forma figurativa a situaciones conflictivas, internas y traumáticas, relacionadas a significados muy antiguos onto y filogenéticos. El accidente no sería un producto del destino azaroso sino que sería el resultado de un deseo inconsciente. Tendría un sentido, sería un intento de expresar una situación crítica individual y a la vez, la manifestación de un modelo de reacción universal (Granel, 2009).

En "Psicopatología de la Vida Cotidiana", Freud (1901) explica diferentes casos de personas accidentadas que él, justamente, tiene el acierto de no llamar accidentes. No los define de esta manera ya que no siguen la definición filosófica aristotélica donde el accidente es lo que le pasa a la persona por fuera de ella, ajena a sí misma.; sino que los estudia bajo una determinación inconsciente. No son accidentales ni azarosos sino que están determinados por el inconsciente (Granel, 2009). Por ello, Freud (1901) los llama con un nombre alemán: *vergreifen*, que significa "trastocar las cosas confundido". El accidente es el trastrueque de las cosas de un estado de confusión.

Según Granel (2009), el accidente es el choque de dos fuerzas en pugna: un movimiento pulsional y su oposición a su satisfacción y descarga. Es la resolución ante una situación de conflicto. Está sostenido por los dos lados de fuerzas y contenidos que se han enfrentado y colisionado en este litigio, previo y subyacente. Si el sujeto es incapaz de tramitarlo para poder elaborar su resolución en el terreno de lo simbólico, aumentará su propensión a accidentarse.

El accidente se asocia a un estado onírico, un sueño despierto donde la consciencia es interceptada por representaciones del inconsciente, que ajustan la escena externa con la interna. Es sumamente necesaria la intervención del aparato motor, a través de movimientos similares a los que caracterizan al sonambulismo, para que éste ocurra (Granel, 2008).

El accidente y el sonambulismo comparten que en ambos la conciencia permite al inconsciente ejercer el control de los movimientos. Dichos movimientos torpes expresan una intención, una fantasía inconsciente. A través de la descarga motora, el deseo puede escapar a la consciencia, que queda ocupada en la escenificación del accidente (Freud, 1901).

Granel (2009) explica que es una pandemia hoy en día, que expresa el malestar de la cultura, presentándose altas tasas de muertes por accidentes en todo el mundo, mismo que casos de pacientes con una marcada tendencia a accidentarse.

En el accidente, el sujeto utiliza variados mecanismos de defensa, tales como: escisión, represión, sepultamiento, etc. Dichos mecanismos tienen como objetivo impedir que lleguen a la consciencia los contenidos afectivos intolerables para el sujeto. Posteriormente, el sujeto se encuentra bloqueado para producir el cambio en su vida, con un gran incremento de tensión y con la imposibilidad de expresar el dilema en que se encuentra de una forma más simbólica, como sería a través de la palabra. Finalmente, esto lleva al sujeto al accidente propiamente dicho. Aunque de una forma trágica, el accidente es el intento del sujeto para salir de la situación dilemática, que si quedara estancada podría ser aún más letal para el sujeto. Así, el accidente escenifica el conflicto interno padecido por la persona (Granel, 2009).

Se corresponde a una forma de expresión de ese trauma que el sujeto es incapaz de elaborar de una manera menos arcaica y regresiva. Así, el trauma toma forma y representación, mismo que figurabilidad gracias al accidente (Granel, 2009).

Lo traumático es anterior al accidente; la pulsión de muerte es la encargada de gobernarlo. Las excitaciones traspasan la función reguladora de los representantes de la pulsión. La capacidad de figurabilidad se ha perdido, o sea, se pierde la capacidad de

representación en forma de fantasías o sueños. No obstante, a través de un mecanismo de expulsión aloplástica, surge el proceso de escenificación. Dicho proceso es similar a los actos fallidos que son los encargados de actualizar la representatividad (Grael, 2009).

3.5 ACCIDENTE Y ESCENIFICACIÓN

El accidente utiliza situaciones externas para poder escenificar el mismo, quedando así enmascarada la intención inconsciente. Por ello, puede afirmarse que tiene una intencionalidad, un propósito y un sentido. Gracias a él, se puede acceder y dilucidar la situación de conflicto que se encuentra en el inconsciente del sujeto (Grael, 2009).

El sujeto escenifica una situación de cambio conflictivo. Existe un dilema en base a cambiar o no cambiar. Un dilema que no ha podido ser elaborado por el sujeto. La inmensidad de dicho dilema, genera que el sujeto no pueda realizar el cambio normalmente. Por ello, intenta movimientos diversos para evitar el accidente, aunque los mismos finalmente se coordinan para expresar su conflicto interno a través del mismo (Grael, 2008).

Las diferentes partes del Yo y sus objetos internos, previamente fragmentados y separados, aparecen así representados a través del cuerpo, en las heridas del mismo. También se representan en los objetos damnificados y a través de los sujetos que asisten e intervienen en la escena (Grael, 2008).

3.6 ACCIDENTE Y ACTOS FALLIDOS

En "Psicopatología de la Vida Cotidiana", Freud (1901) explica los actos fallidos como insuficiencias de nuestro funcionamiento psíquico y como actos aparentemente inintencionados, que cuando se los somete a investigación psicoanalítica se demuestran motivados y determinados por motivos desconocidos de la conciencia. El autor describe al acto fallido como parte del funcionamiento anímico, como el acto por el cual se pone en escena ordenadamente, coherentemente y determinado en forma precisa por situaciones inconscientes, un estado o un momento en la vida de una persona.

El acto fallido es un acto de sentido que encierra deseos reprimidos expresados a través del mismo (Valls, 1995). Refieren a los errores de la lectura y escritura, a los olvidos de nombres, a los deslices del habla, etc. También comprenden las acciones en apariencia casuales y el trastocar las cosas confundido, que precisamente corresponde al accidentarse (Freud, 1901).

El padre del psicoanálisis inscribe el accidente dentro de los actos fallidos y lo caracteriza como un acto de sacrificio en relación a expresiones pulsionales eróticas u hostiles (Freud, 1901). El acto fallido, en el accidente, se presenta en lo manifiesto como absurdo (Grael, 2009). Situaciones como consecuencias de un proceso común, relacionadas a un material regresivo infantil y con las formaciones de situaciones sustitutivas.

El acto fallido aparece como un error pero no lo es. Es cumplimiento de deseos. Un acto que expresa las intenciones censuradoras del Superyó. Deseos buscados inconscientemente por el Yo para purgar el sentimiento de culpa (Valls, 1995).

La operación fallida posee un determinismo directo y además uno muchísimo más profundo e importante, un determinismo simbólico (Freud, 1901). La aparente torpeza disfraza la destreza. Dicha destreza puede explicarse como un producto inconsciente de accidentarse y el hábil enmascaramiento como un azaroso infortunio. El inconsciente se encuentra a la espera de una ocasión para cumplirse. Esa casualidad sería tan azarosa como los restos diurnos al formar un sueño. Tras la aparente torpeza casual, se encuentra una gran agresión contra la propia integridad y la propia vida, donde se volcará directamente la pulsión de muerte (Granel, 2009).

Como acto fallido, el accidente puede explicarse como la agresividad inconsciente del sujeto que se expresa sobre si mismo, castigándose. Es una manifestación inconsciente que produce una descarga de agresividad previamente acumulada que no atraviesa la palabra (Granel, 2009).

3.7 ACCIDENTE Y FANTASÍA

Para que ocurra un accidente, es determinante la existencia de tres factores. Los mismos son las condiciones del ambiente (relacionadas a las causas de los accidentes), los reflejos del sujeto, que actúan como protectores, las crisis vitales, y por último, la fantasía inconsciente de accidentarse. Los factores no son determinantes absolutos y necesarios. Dichos factores adquieren en la situación de crisis, una nueva significación. Una significación subjetiva que transforma la percepción objetiva, generando un medio apropiado para producir un accidente (Granel, 2009).

Toda actividad mental, consciente o inconsciente, está acompañada, apoyada, mantenida, enriquecida y afectada por la fantasía inconsciente (RyCroft, 1976). La fantasía inconsciente de accidentarse se basa en un patrón arcaico y universal, que se encuentra en la memoria de los seres humanos, donde se encuentran guardadas las reacciones de violencia y agresión. El mismo hace posible que disminuyan los reflejos protectores del sujeto y las respuestas de acción que evitarían el accidente (Granel, 2009).

El patrón arcaico y universal lleva al sujeto a accidentarse en determinada circunstancia. Se encuentra magnificado durante el accidente. Al igual que los factores concurrentes, el patrón tampoco es condición necesaria para que se produzca el accidente. Ambos deberán combinarse con una situación de cambio por la que esté atravesando el sujeto que le produce un conflicto en ese momento, para que pueda expresarse a través del accidente (Granel, 2009).

La fantasía de accidentarse excitada desde el Ello, y promovida por el Yo inconsciente va a reproducir los sucesos del pasado onto y filo genético, en la medida que el aparato psíquico esté padeciendo una crisis psicósomática en el conflicto ante el cambio. En ese caso, las representaciones protectoras y defensivas se han desorganizado y han perdido su función, lo que daría lugar al accidente (Granel, 2009).

Para que se genere un accidente, es necesaria, además de la fantasía de accidentarse, la existencia de una crisis de cambio, como factor fundamental endógeno. También, es

necesario que existan elementos relacionados al azar ligados a la intención inconsciente de accidentarse (Granel, 2009).

3.8 ACCIDENTE Y SITUACIONES DE CAMBIO

Granel (2009) explica tres momentos universales relacionados con el cambio y su relación con el accidente. Los mismos son: el nacimiento, la bipedestación y la renuncia a las aspiraciones edípicas. El accidente podría ser una forma de resolución, frente a los momentos críticos, donde es necesaria la aceptación de una situación nueva que implica tanto duelos como transformaciones. La capacidad del sujeto para poder resolverlos estará en relación con la elaboración de los momentos universales, o sea de la angustia de nacimiento, la ansiedad por la ruptura de la simbiosis y la resolución del Edipo (Granel, 2009).

Erikson (1968) explica que un cambio significativo en el sujeto implica desintegraciones, trabajo de duelo y operaciones de síntesis. Abandonar identificaciones e incluir nuevas, ocurriendo una parcial desestructuración del Yo, abriéndose en el self nuevos espacios intrapsíquicos para las nuevas internalizaciones. Se modifican cuanti y cualitativamente las relaciones del Yo con otras instancias y con los objetos externos. Es por ello, que cada paso sucesivo es una crisis potencial a causa de un gran cambio de perspectiva.

Cada proceso evolutivo es atravesado por un momento crítico que no puede evitarse (Bion, 1966). Esta configuración de hechos está relacionada entre sí por la violencia, el desorden y la invariancia. La subversión se relaciona a un cambio en la estructura, resultado de lo diverso que acomete en lo anteriormente establecido. La invariancia hace referencia a los contenidos que se mantienen inalterables en el proceso de transformación. Dichos contenidos preservan la identidad del sujeto frente a las crisis de cambio. La función de la invariancia radica en evitar que, tras estas situaciones de cambio, aparezca una novedad radicalmente diversa que termine destruyendo el sistema. La violencia dentro del cambio catastrófico es resultado de la oposición entre cambiar o no cambiar. Las características del cambio catastrófico pueden ser de mayor o menor intensidad según la capacidad del sujeto de contener la crisis de cambio. El nivel de subversión o de invariancia que resulte de la violencia de la confrontación se puede presenciar en el material verbal y no verbal del paciente, incluyendo sus sueños, ansiedades y sus síntomas (Bion, 1965).

El cambio psíquico, como resultado de la crisis de cambio, está relacionado con el crecimiento y decrecimiento mental. Surge una configuración o idea nueva con gran fuerza disruptiva. Si la violencia excede al sujeto, el cambio será atravesado con angustia y frustración, pudiendo ocasionar situaciones más graves. Ligado a la tolerancia a la frustración, se encuentra el crecimiento como resultado del cambio. Mientras que el decrecimiento se relaciona a una incapacidad para tolerar la frustración (Bion, 1965).

Retomando a Granel (2009), el accidentarse ocupa un lugar fundamental como respuesta a una crisis de cambio donde el transcurrir de la vida presupone para el ser humano el encuentro de configuraciones nuevas que le exigen cambiar. En los casos en los cuales la situación de cambio no es tolerable para el sujeto, y no puede resolverse en el marco de un crecimiento mental, su resolución puede darse por el desencadenamiento de un accidente. El sujeto que enfrenta un cambio se encuentra en un dilema, que como tal excluye al otro y es

allí en ese estado de turbulencia y confusión producido por este conflicto dilemático en que el sujeto se encontraría propenso a accidentarse.

El accidente puede ser una forma de resolución ante los momentos críticos en donde hay que asumir un cambio o situación nueva y en las crisis vitales, recurriendo a un acto drástico y con gran agresividad destructiva ante las ansiedades generadas por el cambio (Granel, 2009). Green (2002) explica que las reacciones violentas y destructivas, que podrían orientarse hacia el exterior o hacia el interior, representarían un intento desesperado por detener una situación sentida como intolerable. Por ello, la nueva situación puede conducir a realizar el cambio o a resistirse del mismo. Lo fundamental en una crisis de cambio es el conflicto existente entre la presión del cambio y las estructuras psíquicas que se oponen a él. Las mismas constituyen su resistencia. El origen del no cambio puede encontrarse en la compulsión a la repetición, relacionada a la pulsión de muerte, donde el Ello tiende al reposo inanimado (Granel, 2009).

El atravesamiento de una crisis de cambio implica modificaciones en el vínculo con los objetos y con el propio esquema corporal. Si estos cambios no pueden ser elaborados de manera simbólica, el conflicto interno se expresa a través del cuerpo. Puede expresarse con una enfermedad somática o con un accidente. Dichas expresiones le servirían al sujeto como una forma de restituir sus vínculos objetales a través del cuidado de los otros: médicos, familiares, amigos, etc. (Granel, 2009).

El accidente, también implica una catástrofe interna, que se caracteriza por el violento encuentro de representaciones en pugna y también por una necesidad para neutralizar el dilema cambio-contracambio, una desinvestidura de las representaciones contrapuestas y también una aniquilación del tiempo y del espacio. Hay una subversión del orden y una vigencia plena de la violencia (Granel, 2008).

3.9 ACCIDENTE Y SÍNTOMA

Los síntomas son expresión de una formación de compromiso entre el Yo y la presión pulsional determinada por el retorno de lo reprimido. Tienen dos direcciones, el desde dónde y el hacia dónde (Freud, 1917).

En "Inhibición, Síntoma y Angustia", el síntoma es explicado como una satisfacción que sustituye una pulsión que ha sido reprimida (Freud, 1926). Hay allí algo más que un deseo reprimido. Aparece el concepto de pulsión que resultará clave en la clínica freudiana a partir de su elaboración posterior en "Más allá del Principio del Placer" (Freud, 1920) y que implica una situación paradójica por la cual la satisfacción oculta obtenida a través del síntoma se presenta como un placer logrado a costa del sufrimiento y la incomodidad (Gutiérrez, 2010).

La pulsión es un concepto límite entre lo somático y lo psíquico. Es un estímulo que surge del propio cuerpo del sujeto y que, tras pasado cierto umbral, penetra en el aparato psíquico. Ese estímulo se convierte en pulsión al ligarse a representaciones (Freud, 1915).

La pulsión se impone a lo psíquico como resultado de su relación con lo corporal, implicando una demanda que hay que resolver. Si la satisfacción de estas pulsiones choca con vivencias displacenteras experimentadas por el sujeto en su pasado, o a situaciones

culturalmente prohibidas, una fuerza contraria se opone a ellas. Dicha fuerza es la represión. La represión impide que se genere la libre descarga de la pulsión y por ello, produce una separación entre el afecto y la representación. No obstante, la represión nunca es completamente exitosa. El retorno de lo reprimido se expresa en los actos fallidos, los sueños, los chistes, y los síntomas, entre los cuales pueden incluirse los accidentes (Freud, 1915).

Cuando la fuerza de la represión fracasa y no puede mantener en el inconsciente a las representaciones pulsionales, se producirá la formación del síntoma neurótico. Justamente el sentido del síntoma es denunciar lo que perturba al sujeto y que intenta expresarse desde el inconsciente (González Imaez, 2013).

El síntoma puede ser estudiado como un elemento que irrumpe cual intruso en la aparente armonía de una situación (Arbiser, 2002). Así, el sujeto consigue placer en el displacer (Gutiérrez, 2010).

El accidente sigue los caminos de formación de síntomas. Por ello, debe considerarse un síntoma. Los contenidos reprimidos, para ser expresados al exterior aloplásticamente, han sido anteriormente condensados y disfrazados (Granel, 2009).

El cuerpo cumple una función expresiva de las presiones pulsionales conflictivas que están en pugna. Expresa las heridas y fracturas emocionales que lo determinaron y es allí donde comienza el accidente. Las lesiones corporales son una manera de ligar y descargar los contenidos traumáticos, evitando una desintegración mayor. A través del cuerpo lesionado, algo se descarga y algo se expresa, como una forma posible de acceso a los contenidos inconscientes. El cuerpo manifiesta que algo ha cambiado, algo se ha roto en el mundo interior del sujeto, en sus vínculos objetales y propiamente en lo psíquico del sujeto accidentado (Granel, 2009).

Los contenidos traumáticos intolerables no permanecen en el sistema psíquico autoplásticamente sino que son colocados en el mundo externo aloplásticamente. Representado afuera lo que no puede representar adentro. Por los impulsos que lo horrorizan, el sujeto intenta manejar mediante una proyección concreta su situación traumática. No se han podido activar respuestas arquetípicas defensivas normales porque en el futuro accidentado no existe la capacidad para tolerar y expresar manifiestamente la angustia ante el cambio (Granel, 2009).

La respuesta accidentogénica, como repetición de accidentes vividos por las existencias previas de cada persona, toma como modelo el procedimiento de quitarse de adentro la situación traumática que no puede desalojar de la conciencia por medio de represiones. Cuanto más pueda manejar el Yo la ambivalencia para que todo quede dentro de lo endopsíquico y para que el crimen y el castigo se realice en los pensamientos obsesivos, fobias, y en las conversiones histéricas, más se alejara la posibilidad de accidentarse (Granel, 2009).

El accidente es, además de un síntoma con su correspondiente función de sustitución, una manera de comunicación. En él, se alberga su capacidad de expresión. El accidente expresa un conflicto con un sentido que emana de su propia historicidad. Este sentido posee

figurabilidad. La misma está expresada en la escena del accidente aloplásticamente. El sujeto destapa su mundo interno y el enfrentamiento entre las representaciones en el exterior. Según Granel (2009), se trata de una falla en la capacidad de representación debida al conflicto traumático vivido como una crisis de cambio y no a una falta de representación.

El síntoma accidente, es como en otras patologías, un retoño del cumplimiento de deseos inconscientes, desfigurados y provistos de significados contradictorios (Granel, 2009).

La alteración del sujeto que intenta expresarse desde el inconsciente puede identificarse en el síntoma (Granel, 2009).

3.10 ACCIDENTE Y TRAUMA

El trauma es definido como un acontecimiento de gran intensidad en la vida del sujeto, donde se genera la aparición de la incapacidad de respuesta adecuada del sujeto y los efectos negativos patógenos y perdurables que provocan en la estructura psíquica (Laplanche & Pontalis, 1967).

Toda neurosis tiene como base un trauma psíquico. Es el efecto de horror, susto, angustia, pasión, vergüenza y dolores anímicos, producidos por afectos que no pudieron ser tramitados en término de descarga, desahogo, y abreacción (Freud, 1893).

Cuando la estructura psíquica se encuentra subyugada por un trauma, la descarga pulsional no puede unirse a una representación sino que directamente pasa al acto o al cuerpo (Aisenberg, 1999).

Los accidentes son la consecuencia y manifestación de una situación traumática subyacente y previa al acontecimiento accidental: el encuentro con un trauma anterior que había sido inconscientizado y desfigurado, que ahora toma forma, corporeidad y dolor no sofocado (Granel, 2009).

Excitaciones violentas y conflictivas pueden inundar el aparato psíquico y desbordar los límites de la representabilidad. El síndrome post traumático, el dolor moral, la herida narcisista de haberse accidentado, los sentimientos de culpa conscientes e inconscientes, la depresión, pueden ser estadios dominantes por un tiempo prolongado (Granel, 2009).

Granel (2009) explica que todo trauma implica un desequilibrio psicossomático y corresponde en esencia a una ruptura de la estabilidad narcisista. Lo traumático, retenido, disociado, no descargado, coloca a la persona en peligro de sufrir una grave perturbación psicossomática o posible accidente. El que ocurra un proceso traumático y además el que éste procese hacia una elaboración y una figurabilidad, o que no pueda realizarse el trabajo de trauma, depende de la relación entre la compatibilidad y la incompatibilidad de las representaciones excitatorias en relación con las representaciones del Yo, del interés, de la capacidad, de la necesidad del Yo de tolerar el sentido y significado de dichas representaciones.

3.11 ACCIDENTE Y PULSIÓN DE MUERTE

Freud (1920) comprende en su teoría el concepto de pulsión de muerte. El mismo se encuentra en oposición a la pulsión de vida, que reúne a las pulsiones de conservación y sexuales.

La pulsión de vida es creadora y generadora de placer, mientras que la pulsión de muerte empuja al sujeto a un estado inorgánico anterior al de la vida. Dichas pulsiones se encuentran en lucha (Freud, 1920).

Delgado (2012) expone que la pulsión de muerte también es denominada de destrucción, de apoderamiento, de dominio. La pulsión de muerte es el fiel testigo de la existencia de un más allá del principio del placer que gobierna al aparato psíquico. La tendencia del ser vivo a retornar a lo inorgánico, a la muerte, es retrasada por la pulsión de vida que intenta marcar las vías por donde el organismo morirá.

La pulsión de muerte explica que la tendencia a la destrucción es un dato irreductible, es la expresión privilegiada del principio más radical del funcionamiento psíquico. La pulsión de muerte liga indisolublemente todo deseo, agresivo o sexual, al deseo de muerte (Laplanche & Pontalis, 1967). Existen una serie de fenómenos clínicos que se manifiestan a partir de ella. Entre ellos encontramos, la compulsión a la repetición, el sadomasoquismo y la reacción terapéutica negativa (Kernberg, 2009). La tarea analítica consiste en la contención e interpretación de esta fuerza destructiva que es la pulsión de muerte (Waska, 2001). Como método clínico, Feldman (2000) refiere que el mejor uso de la pulsión de muerte radica en entender las fuerzas negativas en pacientes que destruyen la claridad, el significado, las diferencias y el crecimiento. Estos pacientes quieren prevenir el cambio porque el cambio se percibe como persecutorio. Los pacientes no están determinados hacia la muerte, pero sí a aferrarse al dolor y al sufrimiento.

Según Freud (1901), en el accidente participan un cierto grado de libido insatisfecha que busca un modo de satisfacción, que sustituye a su acción específica que le fue denegada y por otra parte, también participan la auto y alo agresión. El mordiente energético pulsional del accidente es la asociación de la libido con la pulsión de muerte. El Yo, que como estructura tiene acceso a la inervación motriz, ha detenido la presión pulsional y ha facilitado, por medio de condensaciones, desplazamientos y descentraciones, su drenaje a través de lugares y posiciones donde las investiduras energéticas tanático-libidinosas han podido obtener una posibilidad de descarga.

La introducción de Freud del concepto de pulsión de muerte, explica al trauma, no como un acontecimiento interno, sino como parte de la estructura misma. Este nuevo concepto de trauma no hará referencia a ningún acontecimiento particular externo sino que estará directamente relacionado a la exigencia pulsional, o sea, a la pulsión de muerte. Por esa razón, el trauma no puede asimilarse y es el responsable de poner en funcionamiento a todo el aparato psíquico (Delgado, 2012).

Los accidentes serían también una forma de autocastigo. En los casos más graves, una forma de suicidio inconsciente. Se trata de un suicidio no intencional, desde el ángulo de la consciencia. El inconsciente del sujeto tiene la capacidad de utilizar una situación peligrosa con el fin de cubrir un intento de autoeliminación, disfrazando lo casual. Durante los accidentes,

existe una intención inconsciente agresiva que puede conducir al sujeto a su propia muerte. Empujada por la pulsión de muerte, la libido insatisfecha del sujeto busca expresarse en el acto mismo del accidente, donde se descarga y se expresa, manifestando lo dañado del mundo interno del sujeto (Granel, 2009).

3.12 ACCIDENTE Y NARCISISMO

El desarrollo humano aparece caracterizado por sucesivas fracturas del narcisismo y tendencias al retorno al mismo. En cada momento de cambio hay un conflicto entre la tendencia narcisista a conservar vínculos simbióticos, o más aún, a desear el regreso a un estado de narcisismo absoluto nirvánico (Granel, 2009). Esto se relaciona a lo que Green (1983) define como narcisismo de muerte, en contraposición al narcisismo de vida, basados en la explicación freudiana de los conceptos de pulsión de vida y pulsión de muerte.

El empuje libidinal que ansía gratificaciones objetales y satisfacciones evolutivas y maduras, exige para su satisfacción ser admitido. Demanda el conocimiento de la realidad y el hallazgo del objeto adecuado. Se provoca la tensión de necesidad que rompe con la continuidad narcisista. La disyuntiva será contenerla o destruirla, conservando la estabilidad. Una forma de resolución es el accidente. Este implica el intento del sujeto de obtener modificaciones internas y externas para lidiar con el cambio. Por ello, el accidente no solo es una descarga de la tensión insoportable que sufre el sujeto sino que se relaciona a la elaboración del cambio que este mismo es capaz de efectuar. Es la concretización en un acto auto y alodestructivo de una escena que representará el choque violento entre una configuración nueva y una estructura narcisista extremadamente resistente (Granel, 2009).

Junto al placer libidinoso de cambiar, encontramos el dolor que provoca. Cuando el sujeto no puede contener cierto monto de displacer, usará defensas extremas, ya patológicas, de atravesar la crisis. En ciertas personas esto tampoco es posible. La situación nueva que presiona, las resistencias narcisistas y el dolor no pueden adquirir cualidades como para ser manejados ni en forma normal ni neurótica ni psicótica. El registro del displacer es rechazado y por ende no puede ser usado para la elaboración (Granel, 2009).

El conflicto del cambio se transforma en un contenido irrepresentable al que hay que destruir. Solo queda un camino: recurrir a defensas motoras primarias. La motricidad se usará solo para el alivio del incremento de tensiones. Se pierde contacto con el preconscious, o sea con la palabra. La vivencia de confusión que ésta situación genera es contrarrestada por el único medio posible: la condensación de todas las cargas en la fantasía de accidentarse que implica la exigencia de cumplimiento hacia el exterior. Está perturbado también el dialogo con el Otro. Se quiebra la operación en la que dos o más sujetos pueden coordinarse integradamente. La misma es reemplazada por otra forma de comunicación drástica y concreta. El mundo deviene cosa en lugar de devenir palabra. Pero en esa cosa, estará el contenido, la situación comunicante, el intento simbolizante, el propósito de provocar reacción en el otro (Granel, 2009).

La apertura de comunicación se halla encerrada en el acto. Desplegada la escena en el mundo externo, aloplásticamente, penetrará en la conciencia por el polo perceptivo. Por este pasaje por el afuera, la situación interna, conflictiva y expulsada retornará adquiriendo cierto

grado de representabilidad. Insuficiente como concientización, pero apta para iniciar un grado mínimo de elaboración y una rudimentaria y elemental comprensión del significado del acto (Granel, 2009).

3.13 ACCIDENTE Y SOBREADAPTACIÓN

Las diferentes maneras en las que el sujeto aborda un conflicto están relacionadas con su desarrollo madurativo y su constitución. Entendiendo a la maduración como un proceso continuo donde el sujeto se construye a si mismo (Winnicott, 1981).

Un factor que incrementa las tensiones durante el conflicto y a su vez bloquea las formas posibles de resolución, es la sobreadaptación. La sobreadaptación como tendencia a extremar los esfuerzos por conformarse a las normas externas, dificulta la correcta resolución de una situación conflictiva (Winnicott, 1981).

El falso self es un posible factor desencadenante de la tendencia a la sobreadaptación en un sujeto. En relación al desarrollo normal, donde la madre se presenta como una buena decodificadora de las necesidades de su hijo, sin topar con la omnipotencia del mismo, se estructura en el niño, el verdadero self. Si existe una falla en la constitución, debido a que la madre impone su propia imagen a su hijo, en vez de que él se vea reflejado en ella, se desarrolla en el niño un falso self (Winnicott, 1981).

En el caso donde el rol parental se ejerce de forma inadecuada, los padres generan en el niño formas de dependencia patológicas, propiciando el falso self. Impiden que el niño adquiera el desarrollo de recursos propios eficaces para desenvolverse en la vida. El sujeto construye entonces un personaje. No se siente seguro de sí mismo y depende siempre del otro, porque de esta manera se asegura el ser aceptado (García Badaracco, 1991).

El falso self implica una personalidad sumisa hacia el medio ambiente, pareciendo adaptado a él. En realidad, la apariencia de adaptación a las normas externas, encubre una sobreadaptación que está desarticulada con su mundo emocional y corporal (Lieberman, 1982).

Lieberman (1982) entiende a la sobreadaptación como una adaptación rígida a la realidad. Los sujetos con estas características se sobreadaptan a las exigencias de su mundo circundante sin cuestionarlo, presentando una conducta de sumisión, y a su vez, fomentando y estimulando a los otros a que deleguen responsabilidades sobre ellos por temor a no ser aceptados y queridos. Por ello, estos sujetos tienden a hacer una analogía entre ser exigidos y ser valorados, entre ser necesitados y ser queridos. Este tipo de personas utilizan su cuerpo para denunciar la postergación emocional a la que se ven sujetos, presentándose enfermedades somáticas o sufriendo accidentes.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Granel (2009) sostiene que cuando un niño se encuentra con objetos que no le dan sostén, se le estaría impidiendo la facilitación de una buena integración psíquica y somática. Consecuentemente, el sujeto tiende a realizar escisiones en los vínculos de fusión. El niño no puede lograr discriminarse del objeto primario y entonces, como una forma de atajo para poder crear su identidad, aparecen la enfermedad somática o los accidentes.

La resolución inadecuada de la fase de dependencia donde la madre enseña al niño el control de sus propios impulsos, puede generar determinadas dificultades en el manejo de la propia agresión. Dichas dificultades están relacionadas fuertemente a la autolesión, al suicidio y a la inclinación a accidentarse (Winnicott, 1981).

El accidente se presenta como encargado de denunciar la ruptura de la sobreadaptación a la realidad del sujeto. Gracias al accidente, se puede acceder al conflicto interno del sujeto que se expresó en el accidente (Lieberman, 1982).

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es descriptivo, análisis de caso único.

4.2. PARTICIPANTES

MF de 39 años de edad, nació en una provincia del norte de la Argentina. Su familia de origen está compuesta por su madre que vive actualmente allí y su hermana y su hermano, quienes viven en Gran Buenos Aires. Su padre falleció en un accidente de tránsito cuando él tenía 5 años.

Un año después del fallecimiento de su padre, cuando tenía 6 años de edad, su madre se muda a Gran Buenos Aires, desempeñándose en la limpieza de casas, junto con su hermano mayor, mientras él queda al cuidado de su hermana y hermano menores. Finalmente cuando su madre consigue un trabajo estable, MF se muda junto con sus hermanos menores a vivir a Gran Buenos Aires. Estudia hasta 2do año de la Escuela Secundaria y luego se dedica a hacer cursos varios.

MF se dedica hace 26 años en el oficio de la construcción. El accidente sucedió en su lugar de trabajo mientras cargaba un mueble junto a sus compañeros. El mueble cayó sobre su pie derecho provocándole un gran dolor y una posterior infección que lo llevó a estar hospitalizado en un Hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En relación a su vida sentimental, se encuentra en pareja desde los 18 años, con quien tiene tres hijos de 26, 21 y 6 años. Sus hijos mayores ya formaron familia en el Gran Buenos Aires. MF vive con su mujer y su hijo de 6 años en una casa propia.

Al momento del accidente, estaba planeando mudarse al Norte Argentino, donde nació, a una casa que construyó en un terreno cercano a la casa de su madre, junto con su mujer y su hijo menor. MF quiere estar más cerca de su madre que ya es una señora mayor y también porque considera que la vida allí es más tranquila, a diferencia de Gran Buenos Aires donde la considera como una supervivencia.

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

4.3 INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados fueron el registro de las entrevistas semidirigidas realizadas al paciente, en formato escrito luego de su desgrabación, y las notas realizadas desde la posición de observador no participante en las sesiones que el psicoanalista tiene con MF. La entrevista inicial se adjunta en el anexo que se encuentra al finalizar el trabajo de integración final. A su vez, también fueron utilizados el registro de las reuniones de supervisión con el psicoanalista, como también el registro de la supervisión con psiquiatras y psicólogos del centro de estudio psicoanalítico del factor humano en la producción de accidentes.

4.4 PROCEDIMIENTO

Con la finalidad de cumplir con los objetivos propuestos, se acompañó al psicoanalista al servicio de traumatología de un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en carácter de observador no participante, desde la primera entrevista y durante cada sesión hasta el alta del paciente. En total se realizaron tres encuentros de 40 minutos cada uno aproximadamente. Se grabó cada uno de ellos en su totalidad mientras que se realizaban notas de observación de datos relevantes.

La supervisión del caso clínico con el psicoanalista, posterior a los encuentros con el paciente, junto con las reuniones semanales con el equipo de supervisión conformado por psicólogos y psiquiatras especialistas en accidentología, también contribuyeron a los objetivos del presente TFI.

5. DESARROLLO

5.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El primer contacto con el paciente se realizó en la sala de traumatología de un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires.

Como primera instancia, se buscó el establecimiento de un clima ameno, donde se intentó brindar la mayor contención y confianza, esperando poder establecer un vínculo terapéutico con el paciente para así lograr su posterior continuidad.

En esta primera sesión, el paciente se encontraba inmovilizado, atado a la cama, luego de haber sufrido un accidente en su lugar de trabajo que lo llevó a su internación. Presentaba un clavo en el pie derecho por la cirugía realizada a causa de su quebradura en el 3ro y 4to hueso metacarpiano, donde también se intervino su fractura del tobillo derecho y la infección del mismo. Según la historia clínica médica, el paciente debía realizar una segunda operación de su pie derecho, coordinada posteriormente según la evolución del estado general del paciente. Existía riesgo de amputación de su pie derecho.

Durante la primera entrevista, el psicólogo indaga acerca de cómo sucedió el accidente. MF explica que estaba retirándose de su trabajo como coordinador de construcción cuando decidió quedarse un tiempo más para ayudar a sus compañeros. Ellos estaban subiendo un mueble por una escalera angosta en el transcurso de una mudanza hacia el primer piso. Eran cuatro personas en total cargándolo. MF se encontraba en el escalón inferior cuando uno de sus compañeros, que se situaba en el escalón superior, no pudo soportar el peso y soltó el mueble. MF cuenta que a su compañero: "se le venció la mano", y él para que el mueble no sufra roturas, soportó el peso sobre su lado derecho hasta que el peso fue demasiado y terminó de sostenerlo sobre su pie derecho para que el mueble no choque con el escalón, evitando posibles fisuras. Cuando quiso volver a pisar, no pudo de tanto dolor y tuvo que dejar de cargar el mueble. Como el dolor persistía, le sugirieron que vaya a ver a un médico. Él accedió, así que lo acompañaron a un hospital cercano al trabajo. Un médico de la Guardia Hospitalaria lo atendió, y lo envió a realizarse una radiografía. Posteriormente, tras los resultados de la misma y evaluado por el médico, se decidió enyesarle el pie derecho. Al pasar los días, el dolor persistía y sentía mucha picazón. Llamó a su jefe para avisarle que no se

sentía bien de salud y que no iba a poder asistir al trabajo. El jefe le aconsejó que pida turno en otro hospital de la Ciudad de Buenos Aires. En el mismo, fue operado de urgencia, por la fractura de tobillo y de pie derecho, con posible riesgo de amputación.

5.2 ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE EL ACCIDENTE Y SITUACIÓN DE CAMBIO

El psicólogo interroga sobre el accidente con el fin de poder descubrir cuáles fueron los deseos inconscientes relacionados al sufrimiento de dicha situación. Según Freud (1901), el accidente se relaciona a una situación de confusión. Al parecer torpe y casual, este acto es la expresión de lo latente, de los deseos inconscientes del sujeto. Desde la primera entrevista, pudo notarse una gran confusión en el paciente cuando manifestaba no comprender las razones por las que se encontraba internado y porqué debía estar atado a su cama cuando no había hecho nada malo. Constantemente, demostraba su malestar y su angustia e incompreensión ante el accidente. Al iniciar la entrevista, con una gran negación a asumir la responsabilidad sobre el accidente, MF explica que: “no, no creo que nadie se va a querer accidentar”. Esta interpretación inicial, en donde MF se desliga de toda responsabilidad respecto al accidente, fue variando a lo largo de las entrevistas. A medida que el paciente logró ir hablando sobre lo acontecido, pudo notarse un cambio en su actitud, entendiendo las causas del accidente no como hechos fortuitos o azarosos sino poniendo en duda e interrogándose sobre los motivos inconscientes que lo llevaron a sufrir el accidente. En las reuniones de supervisión, pudo estudiarse dicha negación inicial como una posible defensa y protección ante la angustia que implicaría el reconocimiento de su deseo inconsciente. A su vez, en dichas reuniones, también se remarcó el valor de un cambio de posición a través de las diferentes entrevistas, desde una actitud mayormente pasiva hacia una actitud más activa y de reflexión.

Como explica Granel (2009), el accidente tiene lugar en un momento vital signado por una crisis de cambio que la persona no puede afrontar ni resolver, produciendo en su mundo interno una vivencia de devastación psíquica. El paciente explica que: “mi padre falleció en un accidente. A los 5 años. Mi vieja vino a trabajar a Buenos Aires. Nosotros estábamos en el campo, mis dos hermanos y mi hermana. El mayor se vino primero con ella. Yo estudié hasta 2do año. Era más pibe. Tengo un oficio, me puedo defender en el tema de la construcción. Tengo planeado ir a vivir al NorteChaco. Volver. Con mi pareja y mi hijo menor. Los demás ya tienen familia acá. La vida allá es más tranquila, acá es más supervivencia”. Puede verse que su padre falleció en un accidente, que desencadenó en MF la asunción de un nuevo rol, del rol parental. MF cuenta que en su pubertad, tuvo que hacerse cargo de sus hermanos, mientras su madre y su hermano mayor, viajaron a otra ciudad en busca de trabajo. Actualmente, él decide volver a su localidad de origen, próxima a su madre, con su esposa y su hijo menor. Una nueva mudanza en su vida que implica la separación de su familia y la asunción de una gran responsabilidad. Su esposa no trabaja fuera del hogar, es ama de casa, por lo que él se encarga de mantener económicamente a su familia. MF cuenta que: “mi compañera está conmigo día y noche. Lo que más siento es mi chiquito de seis años. Pasado vino y yo nunca faltó en casa y me preguntó porque estaba acá y a mí me faltó mi viejo cuando era chico y me pegó eso”. Puede notarse la angustia de MF al alejarse de su hijo menor, tras su accidente, asociado al sentimiento de abandono que el paciente mismo sufrió también cuando su padre tuvo un accidente. El accidente, en ambos casos, generó gran angustia, una sensación de soledad en ambos niños. Puede verse la identificación de MF con su propio hijo, aflorando en el paciente

una angustia ligada a un trauma anterior, un duelo no elaborado, una segunda vivencia traumática. Como explica Granel (2009), el accidente manifiesta contenidos que no han podido ser expresados en palabras, como una manera de dar forma figurativa a situaciones conflictivas, internas y traumáticas. En las reuniones de supervisión, pudo estudiarse la muerte del padre del paciente como representante del trauma que se reactiva frente a la emigración y se escenifica en la realidad. A su vez, pudo estudiarse no solo como producto de un deseo inconsciente sino también como producto de un duelo congelado. También pudo realizarse una articulación entre el objeto mueble, considerando a éste como posible representación del propio padre muerto, en tanto encubre el significado de no poder cargar con el peso que implica ese padre muerto. En las reuniones de supervisión, se pudieron articular dichas situaciones conflictivas y traumáticas vividas que habían sido reprimidas por el paciente, con la posterior escenificación, a través de la figurabilidad, en el accidente.

Al ser interrogado acerca de su vida cotidiana, MF explica que: “mi vida es normal”. Sin embargo, al pasar las diferentes entrevistas, y a medida que puede hablar más de lo sucedido en el accidente, puede notarse que determinadas situaciones que éste vivenciaba como naturales o normales, podrían ser estudiadas como mecanismos de defensa ante la angustia, una forma de evadirse de la realidad. Poder hablar sobre las mismas, le permitió poder repreguntarse e interrogar sobre su propia perspectiva. Siguiendo a Granel (2009), puede notarse que en el accidente, el sujeto utiliza diferentes mecanismos de defensa, como objetivo de impedir que lleguen a la consciencia los contenidos afectivos intolerables. MF explica que la relación con su jefe: “es quince si hubiera quince. Muy buena relación. Como si fuese su hijo. Confía mucho en mi capacidad y en lo que yo hago. Cuando me sobrepasan las cosas, lo llamo y le digo. No te voy a decir una cosa por otra”. A pesar de dicho discurso, MF también explica que su jefe jamás decidió ponerlo en relación de dependencia. Últimamente estaban hablando sobre el tema, un cambio en su situación laboral que su jefe estaba postergando y evitando hablar. Puede verse que su jefe equipara un rol similar al de un padre, al aconsejarle sobre su vida de pareja, sobre la crianza de sus hijos y nietos, preocupándose por su salud. Un padre que por un accidente, MF no pudo tener. Sin embargo, este padre no es capaz de darle los derechos que le corresponden y evita a toda costa hablar del tema. Como su padre biológico, tampoco su jefe cumple su verdadera función. MF cuenta que la mayoría de las veces, tiene que dar la cara ante los clientes cuando los trabajos no se hacen a tiempo, que el jefe aparece de vez en cuando, pero quien asume la responsabilidad es MF. En su discurso, pueden encontrarse dichos contradictorios, por un lado explica que su relación es muy buena pero por el otro, se queja de tener que confrontar con los clientes, tarea que le cuesta hacer y que además debería realizar su jefe. Principalmente, puede notarse una frustración y enojo hacia su jefe cuando no le otorga la relación de dependencia y además evita hablar del tema. En las reuniones de supervisión, pudo estudiarse la negación como mecanismo de defensa, una manera de evitar las situaciones de conflicto. Sin este mecanismo, MF podría encontrarse con lo que tanto teme: su relación con su jefe no es tan amena como él la describe. Un jefe que, según sus dichos, lo considera como un hijo. Encontrando un paralelismo entre su padre y su jefe, dicho mecanismo de defensa también podría servir como evitación de la angustia vivida ante la muerte de su padre, la frustración por su muerte, y la evitación del sentimiento de abandono ante la pérdida.

Erikson (1968) explica que un cambio significativo en el sujeto acarrea desintegraciones, trabajo de duelo, abandonar identificaciones e incluir nuevas. En relación a esto, MF explica que: “no tengo porque estar atado. No hice nada malo”. El paciente cuenta que tuvieron que atarlo porque quiso escapar del hospital para ir a cumplir sus responsabilidades de padre, esposo y empleado. Sus compañeros de cuarto lo asistieron y hablaron con él porque estaba desesperado por irse. Las enfermeras decidieron atarlo para evitar que se escape de la habitación y deje el tratamiento. A pesar del riesgo que implicaría la detención del tratamiento, sabiendo que ya existe una posibilidad de perder su pie derecho, MF prioriza sus responsabilidades parentales y laborales, por sobre su propia salud. Puede notarse cómo el cambio en su rutina de vida que le genera el accidente no es plenamente aceptado. Desesperado por irse del hospital, intenta volver al estado original. En plena crisis, los enfermeros deben atarlo para que no pueda escapar. MF argumenta que: “no creo que haya hecho algo mal”. Constantemente, el paciente se encuentra justificando su conducta, sin entender la necesidad de estar en reposo y sin aceptar los riesgos que implicaría irse sin realizar el tratamiento completo. En las reuniones de supervisión, pudo notarse esta negación a cambiar, a abandonar viejas identificaciones y a incluir nuevas, como manera de defensa ante el dolor que esto le generaría y el miedo ante lo desconocido y lo poco habitual.

El cambio psíquico, producto de la crisis de cambio, está relacionado con el crecimiento mental. El decrecimiento mental se relaciona a una incapacidad para tolerar la frustración (Bion, 1965). En relación al paciente, puede explicarse una baja tolerancia a la frustración por parte de MF, al no poder hablar con su jefe sobre su situación laboral actual. Ese miedo al rechazo de una figura parental le generaría una gran angustia y prefiere evitarla. Para no generar conflictos, prefiere callar, en vez de reclamar sus derechos como empleado. Esto puede relacionarse también con la frustración que MF debió haber vivido tras la pérdida de su padre y su posterior asunción de un rol parental a su corta edad, donde también decidió callar y obedecer las reglas de su propia madre.

Green (2002) explica que las reacciones violentas y destructivas, que podrían orientarse hacia el exterior o hacia el interior, representarían un intento desesperado por detener una situación sentida como intolerable. MF se pregunta: “¿en qué me habré equivocado? o ¿por qué no me puede pasar?, ¿por qué a mí?, ¿por qué no?”. Puede notarse una gran confusión en su discurso, lo mismo que una situación desbordante que lo llevó a accidentarse. Una agresividad que atentó hacia su propia persona en el momento en que decidió soportar el peso del mueble sobre su pie derecho. También, al intentar escapar del hospital pese a tener un clavo en el pie y al existir un riesgo de amputación. Como rasgo positivo del paciente, resulta favorable que pueda realizar estas nuevas preguntas, con el fin de determinar el deseo inconsciente que lo llevó a accidentarse, para así poder evitar futuros riesgos.

En el accidente puede verse el propósito de provocar reacción como una forma de restituir los vínculos objetales a través del cuidado de los otros: médicos, familiares, amigos, etc. (Granel, 2009). Tras el accidente, MF inevitablemente, tuvo que dejarse cuidar por sus hijos y su esposa, quien lo aguarda en la sala de espera durante todas las entrevistas. Al finalizar la segunda entrevista, con voz muy baja, MF confiesa que es infiel, desde hace más de diez años, con diferentes mujeres. De manera compulsiva tiene sexo con ellas y no puede

evitarlo. Siente mucha culpa de lo que le sucede pero no quiere contárselo a su esposa para así no arruinar la familia. MF explica que es una adicción que empezó como un juego y se le fue de las manos. Siente mucho remordimiento y culpa por la situación y se enoja mucho consigo mismo por no poder dejar de hacerlo. También por no poder confesárselo a su esposa. La confesión de MF, marca un antes y un después, respecto a las sesiones, ya que pudo entenderse con mayor claridad la presencia de una gran culpa que éste cargaba, sumada a la culpa que le generaba la futura mudanza familiar y el enojo hacia su jefe. La culpa inconsciente por no cumplir los mandatos morales inculcados en su crianza y la decepción ante figuras idealizadas como su jefe. Puede notarse el resurgimiento de una gran angustia, jamás tramitada, en relación al duelo no elaborado por la muerte de su padre, la mudanza de su madre cuando éste era pequeño y su consecuente rol como padre para sus hermanos. En cierta medida, el accidente lo obliga, en el reposo, a replantearse estas cuestiones reprimidas que le generan gran angustia y por ello han sido previamente evitadas. El paciente presenta gran resistencia, al punto de querer irse del hospital teniendo que ser atado a su cama para que no pueda escapar una vez más de sus propios pensamientos y emociones. La mudanza en sí misma puede estudiarse como una manera de escapar a las situaciones de cambio del momento que le generan angustia, regresando a su lugar de origen, próximo a su madre. En las reuniones de supervisión, pudo considerarse dicha aproximación a su madre, como un posible regreso, una posible vuelta al útero materno, en donde no hay conflictos, prima la calma y la seguridad y donde no existen responsabilidades que afrontar.

5.3 ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE EL ACCIDENTE Y LA PULSIÓN DE MUERTE

El síntoma accidente es un retoño del cumplimiento de deseos inconscientes, desfigurados y provistos de significados contradictorios (Granel, 2009). MF explica que: “es que como te puedo decir, uno retrocede para atrás. Ahora que estoy acá. No sé. Quizás fue mi error también. Era mi destino. Venís cargado. Tenés pie de apoyo. Quizás no pise bien el escalón. Pise en el borde y se me vino el peso encima. Con las zapatillas se me fue. Una vez que pedí ayuda, quise volver a pisar y ya me dolía. Error mio. No medí la gravedad del peso y eso me jugó en contra. Solo a mí de lo que pasó. No estuve bien afirmado. ¿Vos no entendés? La pared es angosta”. Puede verse que MF, presenta un discurso contradictorio en general, aceptando su responsabilidad y otras veces, totalmente ajeno al accidente, hasta culpando al destino. Puede notarse cómo esta responsabilidad puesta en el azar o el destino, puede servir como defensa ante la angustia que produciría asumir su propio deseo inconsciente. El accidente lo lleva a reposar, a dejar de cargar pesos, atravesando lugares angostos pasando con poca afirmación, a un estado estático, de no cambio. Según Freud (1901), en el accidente participan un cierto grado de libido insatisfecha que busca un modo de satisfacción. Justamente, MF queda internado, inmobilizado, en cama, atado a la misma, con el pie derecho con un clavo. La pulsión de muerte empuja al sujeto a un estado inorgánico anterior al de la vida (Freud, 1920). En las reuniones de supervisión, se hizo foco en MF con un clavo que le impide movilizarse. Clavado a su cama. Clavado en el lugar. Inmóvil. A su vez, pudo estudiarse la auto agresión del paciente relacionada a la pulsión de muerte, la conducta autodestructiva de querer retornar a su trabajo por más que exista posibilidad de perder su pie. También, su intento de escapar de la internación, mismo que la necesidad de un clavo para quedar inmobilizado, pueden asociarse con la pulsión de muerte. A su vez, pudo estudiarse cómo la libido insatisfecha logró encontrar la satisfacción en el reposo del paciente.

En cuanto acto fallido, el accidente puede explicarse como la agresividad inconsciente del sujeto que se expresa sobre sí mismo, castigándose. (Granel, 2009). MF cuenta que su madre enseñó valores morales muy rígidos, mismo que enseñanzas de la religión. Puede asociarse el clavo con dicha religión, específicamente con la crucifixión, relacionada al castigo por una traición, una infidelidad. El autocastigo que MF se infringe por no cumplir con el mandato moral, por engañar a su esposa. En las reuniones de supervisión, también pudo verse ese clavo como una manera de cargar el peso del padre muerto, como en la Biblia hizo Jesús al cargar el peso de la cruz. Con sufrimiento y dolor al cargar el peso del padre muerto. Pudo estudiarse cómo esta identificación con su padre, le produce angustia y dolor.

El cuerpo cumple una función expresiva de las presiones pulsionales conflictivas que están en pugna. (Granel, 2009). MF argumenta que: “yo pienso que el cuerpo no dio”. Su cuerpo no pudo responder más a las exigencias del entorno, a la sobreadaptación con el medio. Puede verse como su cuerpo expresa las heridas y fracturas emocionales que determinaron el accidente. Su cuerpo impidió el avance en una mudanza. Su cuerpo lo obliga al reposo. También MF argumenta que: “en el trabajo no tuve ningún conflicto. No traslado problemas. No soy explosivo, pero también explica que: muchas veces tengo peleas en el trabajo. Tengo dos supervisores, si me piden una tarea y la hacen mal...ese tipo de problemas. Después no. Pequeños problemitas que puede haber. No todo es lindo y no es joda”. MF explica que muchas veces se pone muy nervioso en el trabajo y se agita. Sin embargo, puede verse cómo MF tiene posicionamientos contradictorios en su discurso, pasando de no tener conflicto alguno a tener varios en su trabajo, aunque hace foco en el no conflicto. Dicha conducta puede asociarse a una sobreadaptación al medio, una actitud sumisa y pasiva, ligada a una evitación de la realidad. Una tendencia a no generar conflicto por miedo al rechazo que éste le generaría.

Los accidentes son la consecuencia y manifestación de una situación traumática previa al acontecimiento accidental que había sido inconscientizada y desfigurada, que ahora toma forma (Granel, 2009). MF explica cómo el accidente le recuerda al momento de la pérdida de su padre, en el momento que su hijo lo visita y ve su sufrimiento. En relación a ello, puede notarse fuertemente la identificación con su padre muerto. Es interesante recalcar que su padre murió en un accidente y ahora él entra en reposo por un accidente también. Ahora es él, quien se ausenta de su familia y no puede responder a la demanda del Otro, como estaba acostumbrado a hacerlo. Esta situación le produce mucha angustia y dolor.

5.4 APARICIÓN DEL ACCIDENTE COMO SÍNTOMA DE UNA POSIBLE RESPUESTA DE SOBREADAPTACIÓN

La sobreadaptación como tendencia a extremar los esfuerzos por conformarse a las normas externas, dificulta la resolución de una situación conflictiva (Winnicott, 1981). Esta sobreadaptación puede notarse cuando MF explica, muy angustiado, esbozando cierta culpa y remordimiento que: “me hice cargo del mueble. No medí las consecuencias del pie. Esos chicos son particulares. No tenía por qué ayudarlos. Estoy para otra cosa”. Puede notarse que MF, ayuda a sus compañeros, fuera del horario laboral, a pesar de tener una opinión poco favorable sobre ellos y a pesar de ser consciente sobre sus capacidades superiores ante ese tipo de tareas. Como explica Liberman (1982), los sujetos sobreadaptados cumplen las

exigencias de su mundo circundante sin cuestionarlo, fomentando a los otros a que deleguen responsabilidades sobre ellos por miedo a ser rechazados. MF también permite que su jefe delegue responsabilidades en él, pese a que no es su función realizarlas, por miedo a confrontarlo.

El falso self es un posible desencadenante de la tendencia a la sobreadaptación en un sujeto. Si existe una falla en la constitución, se desarrolla en el niño un falso self (Winnicott, 1981). En relación a esto, MF explica que su madre siempre fue muy rígida en cuanto a su enseñanza, debió ayudarla en la crianza de sus hermanos, tras la muerte de su padre. Explica que su madre le enseñó a no meterse con nadie, a ser tranquilo y a no desafiar a la autoridad. Ella le inculcó que el trabajo era fundamental en la vida, que el trabajo dignifica. Por ello, desde su juventud, se las rebuscó para poder tener su propio dinero y no depender económicamente de nadie. Explica que su madre provenía de una familia humilde, donde se valoraban las cosas porque no podían darse el lujo de comprar nuevas. Relacionado al accidente, puede verse esta responsabilidad y aferramiento a los objetos, prefiriendo lastimarse a sí mismo, en vez de desafiar las enseñanzas de su madre provocando la rotura del mueble que cargaba. También puede notarse la sobreexigencia y la asunción de responsabilidades ajenas, inculcada en su crianza cuando MF explica que: “me hago cargo de todo, de mis hijos y nietos. Los padres cumplen esos roles”. A su vez, puede verse la naturalización de ciertas funciones y roles, sin ser cuestionadas por sí mismo, aceptadas indiscutiblemente, ligado también con actitud sumisa y pasiva, y su sobreadaptación al medio.

En el caso donde el rol parental se ejerce de forma inadecuada, los padres generan en el niño formas de dependencia patológicas, propiciando el falso self. Impiden que el niño adquiera el desarrollo de recursos propios eficaces para desenvolverse en la vida. El sujeto construye entonces un personaje. No se siente seguro de sí mismo y depende siempre del otro, porque de esta manera se asegura el ser aceptado (García Badaracco, 1991). MF argumenta que: “no me llevo mal con nadie. Soy cero conflicto. Si algo no me gusta, me callo la boca”. Tras la muerte de su padre, MF toma el rol parental, se identifica con su padre, avalado por su propia madre, obedeciendo a sus reglas, evitando el conflicto y decidiendo postergar su propio deseo ante las demandas de los otros. Prefiere no hablar antes de generar un conflicto.

La apariencia de adaptación a las normas externas, encubre una sobreadaptación que está desarticulada con su mundo emocional y corporal (Lieberman, 1982). Mario explica que: “en el momento que se me viene el mueble encima, siento el peso del mueble, pero para mí, el peso del mueble se me vino encima. Para que no se rompa. Tenía zapatillas todo terreno. Para mí me jugó en contra. Hay riesgo de amputar”. Pese a la probabilidad de perder el pie derecho, MF presenta grandes dificultades en asumir plenamente la responsabilidad sobre su propia conducta, fijando su atención en las zapatillas, “culpabilizándolas” de no haber sido lo suficientemente buenas para evitar el accidente. A pesar de que entiende que su actitud de privilegiar un objeto como el mueble, por sobre sí mismo pudo generar su accidente, pone mayor énfasis en sus zapatillas de gran valor económico.

El accidente se presenta como encargado de denunciar la ruptura de la sobreadaptación a la realidad del sujeto. Gracias al accidente, se puede acceder al conflicto interno del sujeto que se expresó en el accidente (Lieberman, 1982). Mario cuenta que “era una

mudanza". De características similares a su situación conflictiva actual, donde debe mudarse a la provincia, cargando sobre sí mismo la responsabilidad y culpa inconsciente que ello implica, surge el accidente. Al igual que cuando era niño, donde él ejerció el rol parental tras la pérdida de su padre, debe asumir una gran responsabilidad nuevamente. MF, de pequeño, vivió la mudanza de su madre y su hermano mayor, con gran angustia. Su padre había muerto hace muy poco, siendo él muy pequeño, y su madre se había mudado a otra ciudad dejándolo a cargo de sus hermanos, de los que tuvo que ocuparse como un padre. Luego, también tuvo que mudarse a la ciudad, por decisión de su propia madre. Ahora, debe trasladar a su pareja, a la que de forma compulsiva le es infiel, con la gran culpa que lleva sobre sus hombros, y a su hijo menor a otra provincia, a su provincia de origen, alejándose de sus demás hijos y nietos, y cerca de su madre, quien inculcó valores morales muy rígidos. Como explica el paciente, las separaciones implican una gran carga de angustia para él, relacionadas a accidentes, mudanzas y cambio de locaciones. Puede verse también cómo es incapaz de separarse de su esposa, a pesar de vivir con gran culpa sus infidelidades. La culpa por dejarla y separarse es superior, dejando de lado su deseo, en pos de los mandatos sociales. También, MF evita sentir la angustia que implicaría separarse, en este caso de su esposa, con quien comparte hace muchos años la vida. Justamente, en el momento, donde MF decide alejarse de la ciudad, donde cree sobrevivir, más que vivir, donde se sobreadapta, más que adaptarse, es cuando el peso de la responsabilidad y de la culpa cae sobre su pie derecho, impidiéndole poder caminar, impidiéndole llevar a cabo la mudanza, quedándose clavado en el lugar.

El accidente puede estudiarse, tras esa rotura con la realidad, como posibilidad para poder pensar. Tras tantos años de acallar su propio deseo, una nueva pregunta que puede abrirse ahora es: ¿cuál es el verdadero deseo de MF?.

6. CONCLUSIONES

En el presente TFI, se ha descrito el abordaje desde la teoría psicoanalítica, de un paciente accidentado e internado en un servicio de traumatología de un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El mismo tuvo lugar en el marco de la Práctica Profesional V.

Con el fin de analizar el accidente sufrido por el paciente como un síntoma, se realizó un recorte de las sesiones hechas con su consiguiente articulación con el marco teórico psicoanalítico. Recurriendo a viñetas clínicas que ilustran los dichos del paciente en las sesiones realizadas en el marco de la práctica de investigación, se pudo cumplir el objetivo general propuesto: analizar el accidente como un síntoma. En "Inhibición, Síntoma y Angustia", el síntoma es explicado como una satisfacción que sustituye una pulsión que ha sido reprimida (Freud, 1926). El síntoma accidente, es como en otras patologías, un retoño del cumplimiento de deseos inconscientes, desfigurados y provistos de significados contradictorios (Granel, 2009). MF se encuentra internado, en reposo, pudiendo repensar sobre su propio deseo. Por lo que el accidente, le permite reflexionar sobre su situación actual, sobre sus vínculos afectivos y sobre su verdadero deseo. También, el accidente muestra el retorno de la angustia reprimida tras la muerte de su padre, un duelo no elaborado.

A su vez, pudo concretarse otro de los objetivos propuestos: analizar la relación entre el accidente y situación de cambio. En el caso de MF, las situaciones de cambio como su mudanza a la provincia donde vive su madre y los cambios en relación a su trabajo, se encuentran en estrecha relación con el objetivo propuesto. Por esto, lo que no pudo ser representado le produjo un quiebre en su psiquismo. Como explica Granel (2009), el accidente tiene lugar en un momento vital signado por una crisis de cambio que la persona no puede afrontar ni resolver, produciendo en su mundo interno una vivencia de devastación psíquica.

Pudo cumplimentarse también el objetivo propuesto: analizar la relación entre el accidente y la pulsión de muerte. En el accidente participan un cierto grado de libido insatisfecha que busca un modo de satisfacción, que sustituye a su acción específica que le fue denegada y por otra parte, también participan la auto y alo agresión. El mordiente energético pulsional del accidente es la asociación de la libido con la pulsión de muerte (Freud, 1901). MF se encuentra internado, estático, inerte, sin poder enfrentar la mudanza, poniéndose al cuidado de su entorno familiar, dejando de cargar con responsabilidades y obligándose al reposo. El accidente lo conecta con su necesidad de dependencia, de cuidado, que le cuesta tolerar pues lo retrotrae a la situación traumática que cambió plenamente su vida: la muerte de su padre. El ser dependiente le genera extrañar al padre, lo conecta con la falta: la falta del padre. Esto se pudo articular en las reuniones de supervisión, como una posible manera de preferencia inconsciente de sufrir por la "falta de pie" que seguir sufriendo por no tener un padre. Esto puede contribuir a la visibilidad del conflicto interno, donde se resiste a elaborar la falta, pero a su vez, puede verse la necesidad de ser cuidado por el otro. Situación que no vivió al fallecer su padre cuando tuvo que ejercer el rol parental. Existe la ambivalencia entre seguir manteniendo el rol paterno o permitirse vivir la angustia por la separación, antiguamente disfrazada en un rol parental prematuro.

La elaboración de la angustia por la muerte de su padre, que MF evita, podría implicar el propio cuestionamiento de su identidad, de su propia estructura construida en base a la identificación con dicho padre. De allí, podría entenderse su constante evitación a encontrarse con la falta.

La identificación con su padre muerto podría llevar a MF a posicionarse desde la imposibilidad de desear, moviéndose según la ley, obedeciendo a la orden del Otro. El deseo inconsciente, detrás del accidente, puede estudiarse como dicha identificación: si no tengo padre, entonces lo soy. De allí, su sobreadaptación y cumplimiento a las demandas del Otro. El accidente irrumpe en dicha identificación y MF se encuentra cuestionando su propio deseo. Al igual que su padre, se encuentra accidentado, dejando a su hijo al cuidado de su madre. Cuando pareciera que intenta diferenciarse, luchando para no ser como él, termina siempre cayendo en dicha identificación con el padre muerto: se accidenta como él, está casado desde joven con la misma mujer, quiere mudarse como sucedió tras su muerte, ve a su hijo sufrir como él sufrió tras su pérdida. Finalmente, termina identificándose con su padre muerto y el deseo inconsciente disfrazado en el accidente puede ser justamente esta identificación.

Por último, también pudo explorarse la aparición del accidente como síntoma de una posible respuesta de sobreadaptación. El accidente se presenta como encargado de denunciar la ruptura de la sobreadaptación a la realidad del sujeto. Gracias al accidente, se puede acceder al conflicto interno del sujeto que se expresó en el accidente (Lieberman,1982). MF, se encuentra ahora en el reposo, cuestionando viejas identificaciones y preguntándose por su propio deseo. En las entrevistas, constantemente pudo notarse el postergamiento de su propio deseo, respondiendo a la demanda del Otro, con la salvedad de las infidelidades a su esposa que parecieron ser su manera de encontrarse con su propio deseo, al que cataloga de inaceptable y con el que se culpabiliza y castiga. Las infidelidades pueden estudiarse como la manera de transgredir la ley, de rebelarse contra el Otro.

En conclusión, la práctica realizada permitió corroborar la articulación entre accidente y síntoma.

Durante el desarrollo de la investigación, se presentaron ciertas limitaciones en relación a la temática del trabajo. La calidad de observadora no participante fue una limitación en cuanto a solamente contar con las intervenciones del psicólogo. A su vez, existió una limitación en cuanto a la cantidad de entrevistas realizadas. Si bien, es comprensible al enmarcarse dentro de una Práctica Profesional, una mayor cantidad de sesiones hubiese permitido una mayor profundización en el caso clínico. Un obstáculo importante se relaciona con la limitada investigación existente acerca de los accidentes dentro del psicoanálisis. Sería interesante la existencia de varios autores que investigaran profundamente los accidentes desde la teoría psiconalítica para así poder conocer nuevas perspectivas acerca del tema. El desarrollo de nuevas investigaciones de forma exhaustiva, sería de gran utilidad para poder esclarecer el fenómeno de los accidentes en el marco de las patologías del acto. Otra limitación se relaciona con que no existe un seguimiento por parte del equipo de psicólogos que posibilite al paciente un espacio para seguir elaborando aquello que se trabajó durante su internación. No existe un espacio con un adecuado encuadre donde puedan elaborarse los aspectos traumáticos inherentes al accidente en sí mismo. A su vez, resulta habitual en este

servicio hospitalario que cuando un paciente se va de alta no se les avise a los psicólogos a cargo. Dicha acción imposibilita realizar un cierre a la relación que se entabló entre psicólogo y paciente. No obstante, poder trabajar con este caso clínico permitió pensar y articular los conceptos de síntoma y accidente, situación de cambio, pulsión de muerte, y sobreadaptación, desde la teoría psicoanalítica a partir de un caso clínico.

Como factores que resultaron facilitadores para la concreción de este trabajo pueden contarse las instituciones de gran nivel académico que posibilitan el contacto directo con pacientes, lo mismo que sus instructores y supervisores comprometidos, así como también los profesores que facilitan el desenvolvimiento de la práctica.

En relación al aporte personal, se puede considerar que a través de la articulación realizada entre los conceptos de síntoma y accidente, se originaron nuevos interrogantes acerca del origen del accidente que permiten comprender su sentido desde un enfoque psicodinámico. Como prevención de los accidentes, se puede reflexionar que limitarse a las estadísticas es apartar la subjetividad y singularidad de los casos sin entrar en el fondo de la cuestión, es decir, entender el accidente como síntoma, como manifestación de deseos inconscientes. El acercamiento a un espacio nuevo de reflexión psicoanalítica fue de sumo interés y contribuyó a repensar al accidente, no como una entidad aislada y sin un sentido, sino como un gran aporte a la singularidad y subjetividad de cada sujeto. Sirvió para entender el accidente, en un contexto singular, y poder comprenderlo en la clínica desde una nueva posición. Se considera de suma importancia entender el significado oculto del accidente para poder prevenir futuros accidentes, pudiendo así contribuir en la elaboración de los mismos. Resulta interesante no dejar de lado la urgencia en la clínica donde los pacientes se presentan con dolor y sufrimiento. La práctica en la urgencia implica, desde el psicoanálisis, rescatar la singularidad en el discurso de quien consulta. Sería interesante, como propuesta, la incorporación de un cuerpo de psicólogos en las unidades hospitalarias de traumatología que se dediquen a atender pacientes accidentados de manera individual, lo que considero contribuiría a la prevención de nuevos accidentes. Poder contar con un espacio con psicólogos especializados en accidentología, ayudaría también en el posterior seguimiento de los casos clínicos y en la ampliación del conocimiento del síntoma accidente. También podría incorporarse un espacio de terapia grupal donde los pacientes puedan reunirse con otros pacientes accidentados y compartir dicho espacio de reflexión, con el fin de entender los motivos inconscientes que los llevaron a sufrir el accidente. También podría incluirse en dicha terapia, información sobre accidentes para ayudar a tomar conciencia de la gravedad de los diferentes casos y colaborar en la prevención de los mismos. Creo que una mayor participación de los psicólogos en este tipo de patologías sería de mucha utilidad para campañas de concientización. Dicha situación podría contribuir a que se disminuyan las víctimas que se producen por estos hechos, y por otra parte, seguir ampliando el ámbito laboral del psicólogo. Además, sería interesante que se organicen congresos y simposios que permitan ampliar el conocimiento de la accidentología en distintas partes del mundo.

En relación al abordaje del caso, considero que el psicólogo estableció un vínculo ameno con el paciente que permitió poder elaborar diferentes situaciones vividas por éste. Dichas circunstancias posibilitaron cambios favorables, como por ejemplo un nuevo posicionamiento respecto a su responsabilidad en el accidente, a su vez que un alivio en su

dolor psíquico que permitió que el paciente pudiera transitar lo que le estaba ocurriendo de una manera menos angustiante. Considero que la metodología utilizada fue la correcta ya que desde el marco teórico psicoanalítico se pudieron desarrollar los objetivos planteados en el presente trabajo.

En relación a los aportes que me brindó la realización de la práctica, destaco la posibilidad de haber podido tener una experiencia con el quehacer profesional diario del analista. La experiencia de la práctica facilitó la vinculación de los conceptos teóricos adquiridos durante la carrera con la práctica profesional del psicólogo. La práctica profesional me aportó también la posibilidad de conocer nuevos profesionales de trayectoria y conocer nuevos autores psicoanalíticos.

En cuanto a las futuras líneas de trabajo, sería interesante poder profundizar sobre los conceptos abarcados en el presente trabajo, en combinación con otras líneas teóricas, relacionados con la observación realizada en el transcurso de la Práctica Profesional en el hospital. Dichas teorías podrían brindar una nueva perspectiva sobre la accidentología y el tratamiento del síntoma accidente. Diferentes teorías como la gestalt y la teoría sistémica, en tanto realizan un enfoque global y holístico, podrían aportar un tratamiento diverso que puede contribuir en el esclarecimiento de las causas de los accidentes y su futura prevención. Las diferentes herramientas, brindadas desde la teoría cognitiva conductual, también pueden ser de suma utilidad para que el sujeto aprenda a controlar sus emociones de una manera no autodestructiva. En relación a la práctica de mindfulness, también podría contribuir en el manejo de las emociones negativas, presentes en los accidentes y que podrían acrecentar la producción de los mismos. Considero que es imprescindible el aporte que diferentes teorías puedan realizar y la combinación de éstas, dentro de las posibilidades, en pos de ayudar al paciente en sus síntomas, para poder contribuir en el alivio de su dolor psíquico. También considero que las teorías referidas podrían contribuir en la reducción de la tasa de accidentes que actualmente se encuentra en aumento en el mundo, lo mismo que en la prevención de accidentes. Dentro de la teoría psicoanalítica, considero que sería interesante como nueva línea de investigación, poder realizar un análisis del accidente sobre las distintas estructuras psíquicas y cómo el accidente irrumpe en cada una de ellas. Sería interesante poder analizar la existencia de similitudes y diferencias entre el síntoma accidente en las neurosis, y también entre neurosis y psicosis. Estimo que sería también interesante, poder realizar un análisis de la accidentología desde los aportes de Jacques Lacan al psicoanálisis, ya que actualmente los trabajos realizados se encuentran principalmente centrados en la teoría freudiana.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. (1962). Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Paidós.
- Aisenberg, E.R. de (1999). Más allá de la representación: los afectos. Revista de Psicoanálisis de Asociación Psicoanalítica Argentina, 6,197-214.
- Bion, W. (1965) Transformaciones. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Bion, W. (1966) Volviendo a pensar. Buenos Aires: Hormé.
- Bousoño, Nicolas, Schemberger, Cintia, Vogler, Roxana, Montiel Carli, Alma, Rio Del Val, Ana y Tato, Catery (2016). El cuerpo y el sufrimiento contemporáneo. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Delgado, O. L. (2012). Lecturas freudianas 1. Buenos Aires: UNSAM.
- Erikson, E. (1968) Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires: Paidós.
- Feldman, M. (2000) Some views of manifestations of the death drive in clinical work. International Journal of Psycho-Analysis, 81,53-65.
- Freud, S. (1893). Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos. Estudio sobre la histeria. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1901). El trastocar de las cosas confundido. Psicopatología de la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos sobre una teoría sexual. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915). Lo inconsciente. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud S. (1916). Introducción al Psicoanálisis. Madrid: Alianza Editorial.
- Freud, S. (1917). Conferencias de introducción al psicoanálisis. Los caminos de formación de síntoma. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1920). Mas allá del principio de placer. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- García Badaracco, J. (1991). Conceptos de cambio psíquico: aporte clínico. Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina. 2,213-242.

- Granel, J (2008). Un cambio catastrófico, el accidente y su relación con la idea mesiánica. Buenos Aires: Letra Viva.
- Granel, J. (2009). Teoría psicoanalítica del accidentarse. Buenos Aires: Letra Viva.
- Green, A. (1983). Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Green, A. (2002). El pensamiento clínico. Buenos Aires: Amorrortu
- Gutiérrez, G. (2010). La banalidad de la pulsión de muerte. Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, 4,10-19.
- Jaida, I. (2001). Imágenes míticas de la sexualidad. Sexualidad: símbolos, imágenes y discursos. México: UAM.
- Kernberg, O (2009) El concepto de la pulsión de muerte: Una perspectiva clínica. Revista internacional de psicoanálisis, 90,9-23.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1967). Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Lieberman, D. (1982). Del cuerpo al símbolo. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.
- Masotta, O. (1994). Lecciones de introducción al psicoanálisis. Gedisa.
- Masotta, O. (1991). Lecturas de psicoanálisis: Freud, Lacan. Paidós.
- Real Academia Española (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Madrid, España: Autor.
- Rycroft Ch. (1976) Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Szerman, Maia (2016). Mas allá del principio de placer: trauma, angustia y desvalimiento. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Valls, J. (1995). Diccionario freudiano. Buenos Aires: Yebenes.
- Waska, R (2001) The clinical advantage of the death drive. Psychoanalytic Social Work, 8,23-39.
- Winnicott, D. (1981). El proceso de maduración en el niño. Barcelona: Editorial Laia.

