

UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final de Integración
El origen inconsciente del accidente

Alumna: Trinidad Soto Acebal

Tutora: Dra. Analía Brizzio

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivos	3
2.1. Objetivo General.....	3
2.2. Objetivos específicos.....	3
3. Marco Teórico	3
3.1 El Inconsciente	3
3.1.1 El inconsciente freudiano y lacaniano.....	5
3.2. El accidente psicoanalítico	7
3.2.1 Accidente y Pulsión de Muerte.....	10
3.2.2 El accidente como resolución ante la crisis de cambio.....	12
3.3 El trauma psicoanalítico	13
3.3.1 Trauma y accidente.....	15
3.4 Los Mecanismos de Defensa	17
3.4.1 Generalidades.....	17
3.4.2 Principales Mecanismos de Defensa.....	18
4. Método	22
4.1. Tipo de estudio	22
4.2. Participante.....	22
4.3. Instrumentos.....	22
4.4. Procedimiento.....	23
5. Desarrollo	23
5.1 Introducción.....	23
5.2 Las manifestaciones inconscientes que podrían devenir en el accidente.....	24
5.3 Los hechos traumáticos que podrían ser desencadenantes del accidente.....	31
5.4 Los mecanismos de defensa más significativos del paciente accidentado.....	38
6. Conclusión	42
7. Referencias Bibliográficas	47

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge a partir de la Práctica Profesional V que proporciona la Universidad de Palermo para la obtención del título de grado.

La práctica se lleva a cabo en una institución psicoanalítica de larga trayectoria ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Es una institución académica sin fines de lucro que se caracteriza por el desarrollo y la difusión de la ciencia psicoanalítica, en la formación de nuevos psicoanalistas y en la de sus miembros.

Dicha institución brinda diversos cursos, ateneos, jornadas, seminarios, conferencias, participación de espacios multifamiliares, los cuales fueron asistidos en la práctica.

Además, posee convenio con el Centro de Investigaciones Psicológicas en el Estudio y Prevención de los Accidentes. El centro se caracteriza por ser la primera y única organización del país que se especializa en el estudio psicoanalítico del factor humano en la producción de accidentes. Para ello investigan todos los aspectos del accidentarse, desde la manifestación en lo individual hasta la integración de los factores relacionados con el ambiente donde los sucesos se producen.

Dicha institución ofrece una práctica en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La práctica consistió tomar contacto con un paciente internado en la sala de traumatología a causa de un accidente en motocicleta. Se intervino en los encuentros en calidad de observadora no participante junto con un psicoanalista especializado en el estudio de los accidentes.

A lo largo del trabajo, se plantea ciertos accidente como un proceso inconsciente es decir una descarga pulsional violenta en consecuencia de un conflicto originado por un trauma que no encuentra una vía adecuada de expresión a través del pensamiento o la palabra; y que por lo general sucede en un momento crucial de la vida del sujeto. Por lo tanto, se lo considera como un acto defensivo frente a lo que el sujeto no puede representar (Aisemberg, 1999; Granel 2009; Freidin y Slapak 2012).

Por ende, se analizará el caso clínico de un paciente accidentado en el que se hará hincapié en las motivaciones inconscientes y en los hechos traumáticos desencadenantes del accidente. Además, se hará una descripción de los mecanismos de defensa más significativos que atravesaba antes y durante la intervención.

Cabe destacar que además de los aportes clínicos, teóricos que brinde dicho trabajo tiene también el objetivo de brindar mayor comprensión y explicación de por qué se producen los accidentes con el fin de poder prevenirlos mediante la detección de factores emocionales y psicológicos de su causación.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- Analizar el accidente y su vinculación con el proceso inconsciente en el caso de un paciente adulto accidentado desde el modelo psicoanalítico.

2.2. Objetivos específicos

- Analizar el accidente en relación a las motivaciones inconscientes del paciente accidentado.
- Describir los hechos traumáticos desencadenantes del accidente.
- Describir los mecanismos de defensa más significativos que operan en un paciente accidentado antes y durante la internación.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 El inconsciente

La noción de inconsciente fue utilizado de diversas maneras y con distintas connotaciones por filósofos, psiquiatras, psicólogos, científicos, literatos y poetas a lo largo de la historia de la humanidad pero ha cobrado una nueva significación a principio del siglo XX gracias a la teoría psicoanalítica propuesta por Sigmund Freud (Gallegos, 2012).

El filósofo Leibniz (1686/2017) es uno de los primeros autores que desarrolla las teorías del inconsciente. Desarrolla el concepto de las percepciones insensibles o inconscientes, ideas que no conocemos conscientemente pero que influyen en nuestra

conducta. Dicho autor comprende el psiquismo en dos niveles: el de la percepción clara (apercepciones) y el de las experiencias no identificables. Sostiene que una percepción puede no ir acompañada de la apercepción es decir que el ser humano posee innumerables percepciones inconscientes, contenidos de consciencia no reflexivos. Los autores Castillo y Ruiz (2004) y Cabañas (2013) sostienen que en esa asimetría que se produce entre la razón y la consciencia, multitud de percepciones imperceptibles y las inclinaciones que están a su base permanecen inconscientes.

Posteriormente, Carl Gustav Carus (1831/2010, 1864/1989), dibujante y fisiólogo alemán, distingue en el alma dos clases de inconsciente: el inconsciente absoluto y el inconsciente relativo. En el primero el contenido es absolutamente inaccesible a la consciencia y el segundo es el resultado de la degradación de ciertas operaciones conscientes es decir contenidos que han podido acceder a la consciencia pero que temporalmente permanecen inconscientes.

Otro autor de suma importancia es el filósofo, psicólogo y pedagogo alemán Johann Friedrich Herbart (1834/2013). Este autor plantea que las representaciones se establecen en forma permanente o se contrastan, conviven y se asocian entre ellas con el fin de homogeneizar o para crear cadenas de asociaciones mayores. Se adelanta de una manera muy inicial a la relación entre la consciencia y el inconsciente. Plantea que el campo de la consciencia no todas las representaciones pueden estar presentes simultáneamente, solamente las percepciones actuales y las imágenes a ellas relacionadas ocupan la consciencia. Los psicopedagogos Klaus Runge Peña (2009) y Caraballo (2013) en sus investigaciones de aprendizaje-enseñanza brindan una gran importancia a aportes de Herbart sobre la oposición y asociación de las representaciones. Dicha teoría plantea que las representaciones que se oponen ante una más poderosa terminan siendo cada vez menos conscientes hasta que son rechazadas por la consciencia pero pueden ser extraídas a partir de nuevos nexos asociativos. Luego las representaciones permanecen finalmente por debajo del umbral de la consciencia hasta que la aparición de una representación similar en la experiencia produjera el ascenso de la original.

Por último, Theodor Lipps (1897/2001), figura importante dentro de la psicología alemana de fines del siglo XIX, es reconocido por Freud (1915/2007) como el precursor de la noción de inconsciente en el sentido más cercano al suyo. Dicho autor plantea que lo psíquico es en sí inconsciente y lo consciente es sólo un órgano sensorial. Sostiene que los contenidos y proceso psíquicos permanecen totalmente inconscientes

por lo cual para llegar a un exacto conocimiento de la vida psíquica es imprescindible dejar de sobrestimar la consciencia (Loparic, 2001).

3.1.1 El inconsciente freudiano y lacaniano

La obra que establece la nueva fase de producción propiamente psicoanalítica es *La interpretación de los sueños* de Freud ya que da a conocer uno de los conceptos centrales del psicoanálisis la noción de inconsciente (Gallegos, 2012).

En dicha obra Freud (1900/2007) plantea que por medio de la interpretación de los sueños se elabora una vía de acceso al inconsciente. El deseo inconsciente es el punto de partida para la formación del sueño y el sueño es una formación psíquica que da cuenta de la existencia del inconsciente. A partir del desciframiento de los contenidos latentes que se presentan como contenidos manifiestos se llega a los significados verdaderos del sueño, al significado inconsciente.

Por lo tanto, se relaciona por primera vez los sueños con vivencias emocionales, ubicando su origen en un proceso que abre el espacio a deseos inconscientes, por medio de un lenguaje simbólico que les permite manifestarse (Munévar, Perez y Guzmán, 1995).

No solamente el inconsciente se revela en los sueños sino también en los lapsus, los juegos de palabras, los actos fallidos, también mediante las manifestaciones somáticas, la enfermedad vera y la neurosis actual (Sorrentini, 2017).

Según el autor Salatino (2013) algunas de las cualidades de suma importancia que caracterizan al inconsciente son su atemporalidad. Los procesos del inconsciente son atemporales es decir son mociones que no pueden ser ligadas históricamente con el tiempo cronológico, no tienen un antes ni un después. Freud (1915/2007) comprueba que en los sueños la temporalidad sólo aparece durante la elaboración secundaria del relato. Por lo tanto, en el inconsciente el pasado, el presente y el futuro se hacen simultáneos, por colapso de la estructura psíquica. También se caracteriza por la no existencia de la contradicción, de la duda y ni de la negación. Por ende, la psique ante conflictos no resueltos, la presencia simultánea de opuestos, como ocurre en las primeras etapas de su evolución, utiliza dos funciones la condensación y el desplazamiento. Otra cualidad es que el inconsciente se rige por el principio de placer es decir la evitación del displacer, la búsqueda de la satisfacción inmediata de deseos y necesidades, sin ningún tipo de censura.

Freud mediante observaciones clínicas de contenidos conscientes e inconscientes consolida la formalización de la primera tópica. Dicha tópica está organizada en tres subsistemas: el inconsciente, el preconscious y el consciente, pero a medida que fue desarrollando su teoría complejiza su formulación (Barbeta Viñas, 2014).

La formulación de la segunda tópica constituye un nuevo desarrollo metapsicológico que no sustituye a la primera tópica, sino que está destinado a abordar los fenómenos clínicos que no responden a la lógica a partir de la cual se construye la primera (Laznik, Lubián y Kligmann, 2011). Freud (1923 /2007) plantea el ello, el yo y el superyó como instancias del aparato y produce una redefinición de la estructura anímica. Estas nuevas teorizaciones permiten recuperar e inscribir fenómenos clínicos tales como la angustia, lo traumático, la melancolía, la compulsión de repetición, entre otros.

Con el paso de los años dichas conceptualizaciones freudianas se fueron alejando de su núcleo original y de su esencia. El psicoanalista Jacques Lacan devuelve al descubrimiento freudiano su verdad olvidada e ignorada en el movimiento psicoanalítico (Rabinovich, 2017).

En los primeros seminarios se centra especialmente en los desarrollos producidos por la Ego Psychology. Considera que la concepción que sostiene respecto del yo, al asimilar el yo de la segunda tópica al yo del narcisismo, tiende borrar el descubrimiento freudiano relativo a la formulación del inconsciente (Laznik, Lubián y Kligmann, 2011).

Freud (1900/2007) demuestra que el inconsciente habla de muchas formas por lo cual la cura psicoanalítica trata de descifrar ese lenguaje, en el sueño, en la neurosis, en el síntoma, etc. Lacan (1953/2005) vuelve sobre esas postulaciones, y estudia dichos procesos como formas, como significantes de un significado reprimido por la consciencia; es por eso que plantea que el inconsciente está estructurado como el lenguaje y que es lenguaje en sí mismo. Entre el sujeto y su constitución como tal hay una relación previa con el significante. Plantea que los mecanismos considerados por Freud, condensación y desplazamiento, son esencialmente fenómenos lingüísticos, donde el significado se condensa en una metáfora o se desplaza en una metonimia. Define a la metáfora como la sustitución de un significante por otro y a la metonimia como la relación diacrónica entre un significante y otro en la cadena significativa.

Por lo tanto, el inconsciente es una estructura simbólica, metáfora y metonimia. El significante habita al sujeto antes de que éste pueda realizar cualquier actividad

consciente en el marco de la vida social (Fonseca Jiménez, 2018). En otras palabras, la palabra viene del Otro, el niño antes de nacer ya es hablado por el Otro. La incidencia significativa es anterior a la inscripción del sujeto en el orden simbólico, el entorno cultural en el que le tocó vivir. Es por eso que Lacan plantea que el inconsciente es el discurso del Otro, el Otro como tesoro de significantes (Lacan 1953/2005, 1964/2005).

El psicoanalista Hernando Bernal (2013) toma a Lacan como gran referente en sus aportes teóricos. Plantea que las formaciones del inconsciente tales como el acto fallido y el lapsus enseñan claramente que el discurso del sujeto es el discurso del Otro, es decir, que dichas formaciones designan al inconsciente como el efecto sobre el sujeto de la palabra que le es dirigida desde otro lugar, desde otra escena. Por lo tanto, el gran Otro es el lugar desde donde está constituida la palabra, palabra que está, por tanto, determinada desde ese lugar. Sostiene que esa es la razón por la cual el síntoma se resuelve en un análisis del lenguaje, porque él mismo está estructurado como un lenguaje, lenguaje cuya palabra debe ser librada. Según la psicoanalista Ortigoza Capetillo (2012) la palabra es el único camino para hallar la verdad del propio deseo. A través de la palabra del paciente, una y otra vez, produce el material que mueve al paciente del lugar del síntoma, por ende se rescribe la historia del sujeto y se mueve la estructura subjetiva.

Entonces el medio fundamental del psicoanálisis es el intercambio de significantes en el análisis. Solamente se capta el inconsciente cuando es explicado es decir cuando pasa a las palabra. Lacan (1953/2005) distingue dos tipo de palabra: la palabra vacía y palabra plena en la realización psicoanalítica del sujeto. La palabra implica el compromiso del sujeto en el discurso. Un enunciado puede ser una palabra vacía en el contexto de un análisis y puede ser perfectamente una palabra comprometida y plena en otro contexto. Lacan llama formaciones del inconsciente a los síntomas, sueños, lapsus y chistes, que son aquellos en que la palabra se confiesa sin intención. Es precisamente en el momento de la palabra plena el inconsciente hace su aparición, todo lo demás es palabra vacía.

Cabe destacar que el analista es un lugar necesario en la estructura del descubrimiento del inconsciente, porque hace falta que alguien esté allí para escuchar, si no no hay mensaje (Rabinovich, 2016). Es por eso que Lacan (1953/2005) plantea que no hay palabra sin respuesta pese a que sea el silencio. El silencio siempre es una respuesta en la medida que tiene sentido en el interior de un diálogo. El psicoanalista Freud (2014) plantea que no hay inconsciente si no hay alguien que lo escuche y

descifre el mundo de significaciones que el sujeto despliega al hablar. También, es indispensable que se establezca el lazo transferencial para la cura analítica para que se produzca una dialectización del sentido y un reconocimiento del mensaje reprimido en el síntoma. Lacan (1960) concibe a la transferencia como una dialéctica de la intersubjetividad, el analista ocupa el lugar del Otro. Por ende, el saber inconsciente que porta el discurso del paciente es transferido al Otro que encarna el analista. Es por eso, que la tarea del analista sería empalmar lo simbólico a lo imaginario es decir lograr un pasaje hacia el lado de lo simbólico la inercia libidinal fijada en el registro imaginario.

Freud (1912) en su obra *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico* desarrolla el concepto atención flotante con respecto a la singularidad de la escucha es decir sostiene que el terapeuta no debe ejercer un esfuerzo voluntario de atención, esfuerzo que puede ser perjudicial para un análisis, porque podría rigidizar la escucha al querer controlar lo que surge. Los autores Rodado, Sanz y Otero (2006) consideran fundamental en el trabajo analítico la escucha hacia el paciente ya que, sea cual sea su patología, debería de estar presente para que la palabra del paciente avenga en palabra analítica. Sostienen que la escucha psicoanalítica se puede rastrear sobre las huellas que deja el paciente libremente, dejando de lado una búsqueda en función de las expectativas propias. Además plantean que para una escucha analítica es necesario aceptar la asociación libre y no contaminarla con directrices y otras obstrucciones del discurso.

3.2 El accidente psicoanalítico

En su uso corriente los accidentes son considerados como lesiones no intencionales que ocurren en forma brusca e imprevista y que por lo general requieren una asistencia médica inmediata (Zayas Mujica, Cárdenas y Cayón, 2007). Pero desde un punto de vista psicoanalítico ciertos accidentes pueden ser considerados como actos que ocultan una intencionalidad inconsciente es decir la necesidad del psiquismo de descargar de forma violenta un dolor excesivo en el acto de accidentarse (Freidin y Slapak 2012).

Freud (1901/2007; 1902/2007), en sus primeros desarrollos, inscribe los accidentes dentro de los actos fallidos. Considera el accidente como un daño autoinfligido y lo caracteriza como un acto de sacrificio frente a mociones pulsionales eróticas u hostiles. Posteriormente, los conceptos de compulsión a la repetición y

pulsión de muerte brindan una mayor comprensión al fenómeno del accidente. Según las autoras Freidin y Slapak (2013) los daños autoinfligidos equivalen a intentos de suicidio que poseen una intencionalidad inconsciente accidente. Dichos daños pueden disfrazarse como desgracias casuales.

Freud (1901/2007; 1902/2007) considera el accidente como el trastrueque de las cosas de un estado de confusión y en esta confusión el sujeto realiza un acto torpe que lo lleva a accidentarse. Dicho acto es el camino de expresión de los deseos inconscientes. Según Granel (2009) los accidentes pueden ser consecuencia de un proceso inconsciente que conduce al acto de accidentarse; los define como un acto fallido. El psicoanalista francés Pascal Zentz (2013) plantea que tras un acto fallido se oculta una intención inconsciente que a veces es una forma de prevenir una situación perturbante para el sujeto.

Dentro de la Escuela Inglesa de Psicoanálisis, Melanie Klein (1926/2015, 1935/2015) plantea que los sentimientos inconscientes de culpa y angustia son consecuencia del sadismo que opera desde la iniciación de la vida psíquica infantil que conduce a los niños a sufrir accidentes. Afirma que dicho acto es una de las manifestaciones de una elaboración neurótica del Complejo de Edipo. En otras palabras, el sentimiento inconsciente de culpa y la angustia, que aparecen tempranamente en el psiquismo infantil, conduce a los niños a caerse y lastimarse, como consecuencia de la acción de un Superyó arcaico, de extrema crueldad. Klein (1935/2015) lo ejemplifica con el caso de Trude, una niña de cuatro años, quien repetidamente se caía o lastimaba antes de concurrir a las sesiones. Plantea que los distintos objetos que chocaba simbolizaban a la madre o del padre que la castigaban. Afirma que los accidentes repetidos son sustituciones de otras autodestrucciones más graves y pueden simbolizar intentos de suicidio con medios insuficientes.

Wilfred Bion (1957/2013, 1962/1997), autor post kleiniano, a través de sus estudios sobre la teoría del pensamiento profundiza la relación entre posición depresiva y procesos de simbolización. Al centrarse en la relación madre e hijo formula el concepto de función alfa de la madre es decir la capacidad de la madre para recibir, alojar y desintoxicar las emociones derivadas del instinto de muerte (los elementos beta), proyectados por el hijo. Dichos elementos betas son transformados en elementos alfa que son la base del pensamiento, del sueño y de toda producción mental discriminada. El autor plantea que es fundamental el papel que cumple la madre para

que el hijo pueda desarrollar la capacidad de pensar pensamientos y por ende el desarrollo de procesos simbólicos.

Winnicott (1965/1979) plantea que la manipulación (handling) que realiza la madre en la fase de dependencia relativa permite al niño el control de sus propios impulsos. Además, relaciona las dificultades en el manejo de la propia agresión con el suicidio y la propensión a accidentarse. En otras palabras, relaciona el suicidio y la propensión a accidentarse con el manejo de la propia agresión y la fantasía de sobrevivir a ella. Sostiene que las fuentes de la agresión proceden de las fases más precoces del desarrollo. Es por eso que resulta fundamental las funciones de holding y handling que realiza la madre para que el infante pueda lograr la integración y la personalización es decir manejar su propia impulsividad, contrarrestar posibles disociaciones y la actuación de los impulsos hostiles. La personalización refiere a la unidad de la psique y el soma, que la madre, suficientemente buena, posibilita con su disposición en las primeras etapas del desarrollo emocional a identificarse con las necesidades de su hijo. Es precisamente esta unión psicósomática, el resultado de la fusión instintiva de impulsos agresivos y libidinales. Para dicho autor los impulsos agresivos no provienen de la actuación del instinto de muerte, como postula Klein, sino en la fase de dependencia absoluta, se vinculan con la movilidad, la experiencia erótica, que aunque pueda ser cruel, no presenta intencionalidad destructiva, porque no hay aún diferenciación yo - no yo.

Otra psicoanalista de suma importancia es Arminda Aberastury (1962/1984) quien define a los accidentes como suicidios parciales que se producen por una mala canalización de impulsos destructivos que se encuentran asociados al sentimiento de culpa y a la elaboración del complejo edípico.

La psicoanalista lacaniana Minaudo (2011) piensa ciertos accidentes como un síntoma que oculta una significación. Por lo cual, lo define como un posible suceso que podría abrir una nueva dimensión y que podría generar un viraje en la posición subjetiva del sujeto, si se resuelve dicho enigma. Además, sostiene que las intervenciones del analista deberían lograr transformar el accidente en una elección para romper la repetición y permitir desarmar lo consolidado fantasmáticamente es decir la intersección entre el deseo y la construcción de la realidad por parte del sujeto. En otras palabras, la intervención del analista podría cortar con lo vivido subjetivamente y dar lugar a la elección reinscribiendo y marcando una discontinuidad, que deja procesar el goce vía el deseo. Por lo cual, cabe destacar que desde dicha visión es de suma importancia que el

analista se interesa cómo el sujeto construye la realidad y se ubica en ella en relación a los otros significativos y en función del deseo que al Otro adjudica para construir su propio deseo.

3.2.1 Accidente y Pulsión de Muerte

Freud propone la noción de pulsión de muerte introduciendo con esto un cambio fundamental en la teoría pulsional, que sostendrá permanentemente hasta el final de su obra (Corsi, 2002).

Freud (1920/2007) basa el concepto de pulsión en la descripción de la sexualidad humana, define a la pulsión como un impulso que tiene su fuente en una excitación corporal y que moviliza al organismo para conseguir suprimir el estado de tensión en el que se encuentra a partir de esta excitación. El fin o meta de la pulsión es para Freud la reinstalación del equilibrio previo al inicio del estado de tensión. El objeto de la pulsión es el elemento que posibilita a la pulsión alcanzar el fin.

El analista Rodríguez (2017) plantea que en el marco de la última teoría freudiana de las pulsiones, la pulsión de muerte o Tánatos, en oposición a la pulsión de vida o Eros, representa la tendencia fundamental de todo ser viviente a regresar al estado inorgánico desde donde emergió, a través de la reducción completa de las tensiones. Freud (1920/2007) entiende la pulsión de muerte como una necesidad primaria que tiende al sujeto a retornar a lo inanimado, reconociendo en ella la marca de lo demoníaco donde impera la destrucción, la desintegración y la disolución de lo vivo. Dicho de otra manera, donde impera el Principio de Nirvana, la tendencia a reducir las tensiones a cero es decir a volver al cero de la existencia, a la muerte, donde no hay tensión alguna que perturbe o angustie al sujeto. Las pulsiones de muerte se dirigen primeramente hacia el interior y tienden a la autodestrucción; secundariamente se dirigirían hacia el exterior, manifestándose entonces en forma de pulsión agresiva o destructiva (Laplanche, 1987/2013).

Para Freud (1915/2007) la pulsión se expresa mediante la intervención de dos factores psíquicos: la representación, sea en su forma originaria, el pictograma, o como representación-cosa, o representación-palabra; y el afecto. La representación es el elemento representacional de la pulsión; y la fijación perceptiva de la experiencia de satisfacción es la huella mnémica, la cual marca la primera inscripción psíquica de la pulsión.

Generalmente se vincula el dualismo Eros-Tánatos con la oposición de dos tipos de funcionamiento psíquico: uno ligado y otro no ligado. Por lo tanto, la pulsión de muerte es el concepto que explica la dinámica de la desligazón entre afecto y representación y la pulsión de vida la ligazón entre estos. La ligazón es concebida como resultado de la influencia del yo, que introduce la inhibición necesaria para el establecimiento del proceso secundario y del principio de realidad. El proceso secundario funciona con energía ligada, la energía se liga a una representación demorando la descarga, aplazando la satisfacción hasta una mejor oportunidad, para fluir después en forma controlada. En cuanto a la desligazón, por el contrario, propende a la liberación brusca de la energía y a su descarga inmediata. La desligazón es la liberación de la libido de forma masiva e incoercible por lo cual puede ser destructiva, y en casos extremos conducir a un desanudamiento de los vínculos del sujeto con el mundo y a la desorganización psíquica (Sopena, 2001).

Es por eso que Marucco (2006), ex presidente de la APA, sostiene que en la intervención analítica en la clínica del trauma se tendría que rearmar aquello que la pulsión de muerte desligó y crear un entramado capaz de contener aquello que no ha podido adquirir representación; por lo cual el analista tendría que poder “*pensar lo no pensado*” por el paciente. De igual modo, el psicoanalista Hornstein (2010) plantea que la tarea del analista no consiste sólo en recuperar una historia sino en hacer posible simbolizaciones estructurantes. Darle sentido al sinsentido y mantener el recuerdo de un momento del pasado sin estar obligado a borrarlo o transformarlo en un presente inmutable. La construcción reconstrucción de un pasado es necesaria para investir el presente y el futuro.

Freud plantea (1920/2007) que la pulsión de muerte puede interiorizarse como exteriorizarse. Dirigir la agresividad hacia el interior del sujeto es interiorizar la pulsión de muerte y esto podría llevar al sujeto a padecer enfermedades somáticas. Dichas patologías evidencian cómo el cuerpo, a través de alteraciones funcionales y lesionales, expresa el sufrimiento psíquico de lo irrepresentable. La autora Sousa Bras Vilar Soares (2016) sostiene que si la pulsión de muerte evita la representación se convierte en potencialmente destructiva para el Yo; y la consecuencia es dicho retorno al cuerpo. Se puede dirigir hacia el exterior de forma espontánea y violenta llevando al sujeto hacia su propia destructividad es decir el sujeto puede terminar no solo dañado o lesionado física o psicológicamente, sino que en muchos casos puede terminar en la muerte. Granel (2009) plantea que una de las posibles expresiones podrían ser los accidentes.

Diversos autores psicoanalíticos consideran que determinados accidentes poseen una intencionalidad inconsciente que puede llegar a terminar con la muerte del sujeto. Se lo piensa como un suicidio inconsciente, no intencional que posee el objetivo de descargar la fuente de tensión y angustia que padece el sujeto (Grael, 2009; Castro Meléndez, 2011; Freidin y Slapak, 2012).

3.2.2 El accidente como resolución ante la crisis de cambio

El cambio puede ser una transformación en la que quedan aspectos que permanecen semejantes, y también puede ser una metamorfosis, ya que el sujeto no es el mismo que aquel previo al proceso (Waserman, 2009; Spivacow 2012).. Según Freud (1915/2007) el camino central en el cambio psíquico es hacer consciente lo inconsciente, recordar en lugar de repetir.

En oposición se encuentra el factor de no cambio es decir el conflicto entre un deseo y su prohibición, e implica un conflicto entre las diferentes instancias psíquicas (Winograd, 1991). Las fuerzas que se oponen al cambio son la viscosidad de la libido, el sentimiento inconsciente de culpa, la compulsión de repetición, la resistencias del Ello, la protección de la pulsión de muerte (Flores, 2014).

El modelo de cambio psíquico en la obra de Bion (1965/ 2001) es igualado a crecimiento o decrecimiento mental. El cambio hacia el crecimiento implica la transformación de una estructura o una parte de la misma, lo cual supone necesariamente momentos de desorganización, dolor y frustración. Este cambio es portador de la idea o vivencia de catástrofe inminente, lo cual no necesariamente implica el hecho de una catástrofe.

Según Bion (1965/2001) el cambio catastrófico se caracteriza por la subversión del sistema, la invariancia y la violencia. Dichos elementos son inherentes a la situación de crecimiento. La invariancia serían algunos elementos del sistema anterior que pueden ser reconocidos en el nuevo aunque no con un sentido de permanencia sino de transformación. La subversión es una alteración del sistema que existía previamente y produce una ruptura o desarticulación de una conjunción constante anterior. Por último la violencia está dada por el dilema *cambiar no cambiar*; es el descubrimiento súbito de un hecho que adquiere y ofrece un significado y es vivenciado con sentimientos de desastre.

Granel (2009) toma el concepto de *cambios catastróficos* de Bion y plantea que los accidentes son consecuencia de ello. Los accidentes podrían devenir de una crisis conflictiva, inconsciente, dilemática, irrepresentable, intolerable para el sujeto que se exterioriza a través de dicho acto. En otras palabras, el accidente se produce en un momento de cambio crucial que se debe resolver pero que se encuentra dificultado por factores emocionales dolorosos acontecidos de una situación traumática. Por lo tanto, el sujeto se encuentra en una encrucijada vital de dimensiones conflictivas que le produce un estado de perturbación y confusión que podría dejar al sujeto proclive a accidentarse.

Además, plantea que el proceso que lleva al sujeto a accidentarse se divide en tres actos. En el primer acto el sujeto utiliza múltiples mecanismos de defensa que tienen el fin de impedir que los contenidos afectivos intolerables lleguen a la consciencia del sujeto. En el segundo acto el sujeto se encuentra más tensionado y con la dificultad de expresar el dilema es decir se encuentra inmovilizado para producir un cambio crucial en su vida. Como consecuencia de dicho suceso el sujeto pasa al tercer acto que es el accidente. El accidente sería una forma trágica de salir de la situación dilemática, escenifica el conflicto interno padecido por la persona (Granel, 2009).

3.3 El trauma psicoanalítico

El concepto de trauma en psicoanálisis, crucial en la teoría y en la práctica clínica, ha conservado su importancia a través del tiempo a pesar de haber atravesado diversas vicisitudes que surgieron a partir de las diversas posiciones en la misma obra de Freud (Tkach 2009, Gutiérrez - Peláez, 2013).

Freud (1893/2007, 1896/2007), en sus primeras definiciones del trauma, señala que el trauma no trata de un acontecimiento sino de una huella inscripta. No son las vivencias mismas las que poseen efecto traumático sino sólo su reanimación como recuerdo. En otras palabras, el trauma se constituye por efecto póstumo sobre el recuerdo de una experiencia vivida. Según Laplanche (1987/2013) esto significa que el trauma se desarrolla como tal en el momento en que se vuelve posible la simbolización de una experiencia precoz, y no por la imposibilidad de simbolización en el momento de la experiencia.

Posteriormente, Freud (1920/2007) descubre la relación íntima entre la pulsión y el trauma al estudiar una serie de fenómenos (sueños traumáticos, compulsión de repetición en transferencia) que lo lleva a realizar una redefinición del concepto trauma.

Destaca el carácter perturbador que asume la satisfacción pulsional, situando un exterior en el interior del aparato psíquico, destituyendo la escena psíquica y atravesando el campo de la memoria inconsciente. Señala que las pulsiones son capaces de producir perturbaciones económicas equivalentes a las de una neurosis traumática porque el aparato anímico carece de un dispositivo protector frente a estímulos internos. La imposibilidad de ligar los estímulos pulsionales al sistema de representantes psíquicos puede llevar a una irrupción traumática es decir a una perturbación enorme en la economía energética del organismo. Por lo tanto, el trauma ilustra la relación del sujeto con su paradójica satisfacción pulsional; y establece el fundamento de la estructura: la pulsión sitúa un exterior en el interior mismo del aparato trastocando las relaciones tópicas previas (Alejo, 2014; García Vázquez, 2005).

Además, Freud (1920/2007) plantea que la repetición es la repetición de un trauma. Sostiene que la compulsión de repetición es un proceso inconsciente, autónomo e irreductible por el cual el sujeto reiteradas veces participa en actividades penosas. El sujeto repite acciones o situaciones antiguas sin tener consciencia de ello y se convence de que sólo se trata de algo doloroso actual.

Posteriormente, diversos postfreudianos aportan diversas teorías sobre el concepto de trauma, principalmente Bowlby quien toma como elemento central el concepto de trauma en su teoría del apego y Winnicott quien realiza una conceptualización propia sobre trauma con el fin de ampliar la comprensión de las situaciones clínicas de los niños y adultos (Valero, 2005; Tkach, 2009).

Winnicott (1960/1993) relaciona sus consideraciones acerca del trauma con sus ideas sobre la línea de desarrollo de la dependencia del niño con sus objetos ambientales iniciales. Sostiene que las fallas ambientales, el fracaso en la provisión básica del cuidado infantil, pueden producir una interrupción en el desarrollo del niño. Habla de traumas sutiles que pueden ser peores que los traumas severos padecidos por los adultos. Se trata de traumas tempranos que implican un derrumbe en el ámbito de confiabilidad del ambiente. Dicho derrumbe provocaría una ruptura de la continuidad existencial que podría llevar al sujeto a una adaptación mental forzada originando un falso self.

Entonces, las fallas ambientales, potencialmente traumáticas, ocurren durante los momentos más tempranos de la constitución del sujeto y permanecen inmodificables hasta que se produzca un encuentro que haga posible su aparición y transformación (Winnicott, 1960/1993, 1962/1993).

En los inicios de sus investigaciones clínicas, Bowlby (1968/1993) focaliza su interés en el estudio de las consecuencias psicológicas adversas que sufrían los niños relacionados con la pérdida de la figura de apego principal. En los primeros estudios que realiza sobre las situaciones traumáticas se centra en la separación o en la pérdida de la figura materna. Las consecuencias que encuentra como resultado de la pérdida de la figura de apego son variadas, e incluyen todas las formas clínicas de la psicopatología, desde cuadros depresivos leves, enfermedades psicósomáticas, depresiones severas, desorganización psicótica de la personalidad, psicopatía entre otras. Dicho autor combina esta concepción con el vínculo de apego es decir la calidad psicológica del vínculo. Reconoce que la importancia del apego tiene a la vez que ver con la presencia y cercanía física de la figura de apego la cual llama la sensibilidad del vínculo de la madre hacia el niño. Por sensibilidad Bowlby entiende la capacidad de la madre para comprender, empatizar los estados emocionales del hijo y responder en consecuencia.

Por lo tanto, el vínculo de apego incluye la disponibilidad física de la figura de apego y la respuesta empática de la misma; y cualquier perturbación importante de esos dos factores establece una situación traumática para el niño (Bowlby, 1968/1993).

La psicoanalista uruguaya Casas de Pereda (2005), especialista en la clínica infantojuvenil, en su obra *El Trauma y el Inconsciente* habla sobre el *trauma del nacimiento*. Sostiene que la secuencia que caracteriza la angustia de la castración son la pérdida del otro, separación primordial recreada en todas las fases pulsionales, oral, anal, fálica (castración), a las que suma otra pérdida fundamental, la pérdida de amor del objeto que ubica en el superyo es decir de un ideal. El primer objeto de amor es la madre y todo hallazgo posterior no es otra cosa que un intento de hallar ese objeto primario de amor. Por lo cual, la castración constituye un elemento esencial en la organización subjetiva, tomando esta concepción ampliada de las pérdidas.

3.3.1 Trauma y accidente

El accidente es muchas veces la consecuencia del trauma, porque es el resultado de una crisis previa que la persona se encuentra atravesando y que no puede reconocer ni manejar, y por lo tanto detona en un accidente (Miranda, 2009).

Freud (1893/2007, 1937/2007) define al trauma psíquico como un efecto de horror, susto, angustia, pasión, vergüenza y dolores anímicos que son producidos por

afectos que no pudieron ser descargados. Dicho trauma quiebra la estabilidad narcisista produciendo un desequilibrio momentáneo o definitivo. Plantea que cuando la pulsión no es domeñada por el yo opera la represión y que puede seguir otro camino que sería el camino corto de la pulsión que se dirige tanto al acto como al cuerpo, es decir el pasaje al mundo exterior o bien el de la enfermedad somática.

Por lo tanto, como el conflicto que ha originado el trauma no encuentra una vía adecuada de expresión a través del pensamiento o la palabra busca descargarse por el camino del acto (Aisenberg, 1999). En otras palabras, 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. Entonces si al aparato psíquico le llega una representación que le es intolerable sobreviene un trauma. Algunos accidente pueden ser considerados como una manera arcaica y regresiva de darle una forma a ese trauma. En consecuencia quedan representaciones aisladas y disociadas que no pueden juntarse o se unen de forma diferente, no logrando organizar una idea y se produce un desconocimiento de ese significado. Entonces el sujeto de forma defensiva produce una disociación, corta las ligaduras para no encontrar el significado y elaborar lo traumático (Granel, 2009).

Diversos psicoanalistas plantean que el aparato psíquico tiene una ausencia de representación debida al conflicto traumático vivido pero otros autores no se encuentran de acuerdo con dichas afirmaciones (Urribarri, 1998).

Shkolnik (1999) plantea que la falla estaría en la dificultad de establecer cadenas representacionales que permitan la tarea de resignificación imprescindible para la elaboración psíquica a través de la ligazón con la palabra. Sostiene que la carencia de las representaciones que guían el curso de las asociaciones (representaciones-meta) a nivel del preconscious son un importante obstáculo para la organización de las secuencias representacionales que se establecen en el proceso de simbolización. Desde esta perspectiva, afirma que lo irrepresentable corresponde a la falta de ligazón con las representaciones-palabra; a pesar que el paciente no disponga de palabras para expresar las vivencias de lo que hace marca en su psiquismo tampoco puede considerarse completamente independiente de ellas ya que el ser humano se encuentra inmerso en un mundo de lenguaje.

Los autores Cesar Botella y Sara Botella (1997) remiten lo irrepresentable al concepto de trauma. Lo traumático no provendría de la intensidad de las percepciones, ni del contenido representacional, sino de la incapacidad de transformar una vivencia en

algo psíquico. Hay una fractura, un hueco en la trama de las representaciones que provoca la violencia de los afectos y la desorganización del psiquismo. Por lo tanto, al no alcanzarse plenamente el registro de la representación, el sujeto quedar expuesto al efecto desorganizador de las presentaciones que lo lleva a intensas vivencias de desamparo.

Granel (2009) al igual que dichos autores sostiene que el sujeto no tiene una falta de representación, sino una falla en la capacidad de representar las representaciones debida al conflicto traumático vivido como un verdadero cambio catastrófico. Esto no significa que las representaciones perderían carga sino que estarían ocultas en la escena del accidente. Por consiguiente el algunos accidente sería una manera de darle una forma a aquello traumático y es un acto pleno de sentido, detrás del cual se encuentran deseos reprimidos que determinan las acciones del sujeto.

3.4 Los mecanismos de defensa

3.4.1 Generalidades

El psicoanálisis denomina mecanismos de defensa a aquellas procesos, a menudo compulsivos e inconscientes, utilizadas por el yo con el fin de minimizar o neutralizar las consecuencias perturbadoras de una amenaza psíquica; falsificar o distorsionar experiencias para que sean más aceptables; y permitir conservar la autoimagen para afrontar la realidad de alguna manera (Vitelleschi, 2014).

Inicialmente Freud (1915/2007) utiliza el término defensa para referirse a los procesos represivos de los cuales se sirve el yo para protegerse de representaciones insoportables, así, represión y defensa son empleados como términos equivalentes en textos anteriores a la Interpretación de los Sueños. Los autores Laplanche y Pontalis (1968/2013) plantean que posteriormente en la obras de Freud figura el término mecanismos de defensa en sus escritos metapsicológicos como un conjunto del proceso defensivo característico de determinada neurosis o como formas de defensa contra las pulsiones: represión, vuelta hacia la persona, transformación en lo contrario, sublimación.

De un modo general, la finalidad de la defensa es mantener y restablecer la constancia y la integridad yoica, evitando toda perturbación displacentera. Se instrumentan frente a los peligros provenientes del ello (pulsiones), del superyo

(amenazas moralistas) y de la realidad exterior. Basicamente, es la señal de angustia que pone en marcha el proceso defensivo (Spagnuolo de Iummato, 2013).

A partir de dichas acepciones Anna Freud (1936/2014) define a los mecanismos de defensa como todas las técnicas de las que se sirve el Yo en los conflictos eventualmente susceptibles de conducir a la neurosis. Para defenderse de las pulsiones inaceptables del Ello, el Yo desarrolla mecanismos psíquicos específicos llamados mecanismos de defensa. Tales mecanismos se disparan en cuanto la ansiedad señala el peligro de que las pulsiones inaceptables originales puedan reaparecer en la consciencia.

Posteriormente, el psicólogo Armando Hinojosa (1968) diferencia los mecanismos de adaptación de los mecanismos de defensa. Sostiene que aparte de las estructuras adaptativas que suponen las formaciones caracterológicas existe una serie de mecanismos defensivos, recursos defensivos generales que pueden ser empleados en cierto momento, independientemente de la estructura caracterológica del sujeto. Plantea que los mecanismos de defensa surgen cuando el yo se ve amenazado por la angustia. La angustia suele aparecer en situaciones de conflicto que obligan al sujeto a confrontarse con alguna realidad dolorosa, ya sea externa o interna, o con impulsos o fantasías con la suficiente fuerza para imponerse como una realidad operante. De esta manera, cuando una idea reprimida, un impulso, un complejo o una percepción dada amenazan con hacerse conscientes, el equilibrio psíquico puede mantenerse, aunque de forma inestable, acudiendo a alguno de los mecanismos defensivos.

3.4.1 Los principales mecanismos de defensa

Los principales mecanismos de defensa elaborados por Freud son la represión, regresión, proyección, introyección, vuelta hacia la propia persona, transformación en lo contrario, sublimación, formación reactiva, aislamiento y negación (Laplanche, 1967/2013).

El concepto de represión fue evolucionando a lo largo de las obras de Freud (Gomila, 2007). Freud afirma que la angustia es el motor de la represión, entonces la angustia frente a la castración crea a la represión. Plantea que la defensa es un conjunto de tácticas de las que el yo dispone para oponerse a ciertas representaciones. Por lo tanto, se trata de un olvido muy profundo de ideas, significantes, representaciones, pensamientos que tienen la dificultad de volver a la consciencia. Se manifiestan a través del retorno de lo reprimido es decir a través de lapsus, olvidos de nombres o cosas,

síntomas, fantasías, etc. Además plantea que los afectos no se reprimen, se desplazan, se evitan, se transforman en lo contrario. Es decir en general, se separan de la idea y se desplazan a otros lugares psíquicos (Freud, 1915/2007, 1926/2007)

En cuanto a la regresión Freud (1900/2007) lo designa como un retorno en sentido inverso, desde un punto ya alcanzado hasta otro situado anteriormente es decir es un regreso a formas anteriores de comportamiento, de desarrollo, de relaciones objetales. Le distingue tres aspectos: el topográfico, el temporal y el formal. En sentido tópico, la regresión se efectúa a lo largo de una sucesión de sistemas psíquicos que la excitación recorre normalmente según una dirección determinada. En cuanto a lo temporal, la regresión supone un retorno del sujeto a etapas superadas de su desarrollo (fases libidinales, relaciones de objeto, identificaciones, etc.). En sentido formal, la regresión designa el regreso a formas de comportamiento más indiferenciados e inestructurados (Laplanche 1967/2013).

El mecanismo de defensa la proyección, Freud (1915/2007) lo define como una operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en el otro cualidades, sentimientos, deseos, incluso objetos que le son indeseables, inaceptables en sí mismo. En oposición a la proyección Freud habla del término introyección. Su hija Ana Freud (1936/2014) plantea que es la interiorización inconsciente y simbólica de la representación psíquica de un objeto externo odiado o amado con el fin de establecer proximidad y tener la presencia constante del objeto. La introyección busca reducir la angustia por la separación del objeto (Freud, 1915/2007; Freud 1936/2014; Spagnuolo de Iummato, 2013).

Freud (1915/2007) define el mecanismo la vuelta contra la propia persona como un proceso en el cual la pulsión reemplaza un objeto independiente por la propia persona. En otras palabras se establece cuando el sujeto se vuelve su propio blanco sustitutivo (Laplanche, 1967/2013).

Otro mecanismo de suma importancia es la transformación en lo contrario. Es el mecanismo de defensa más primitivo empleado por el Yo que se caracteriza por convertir un acontecimiento doloroso o traumático en agradable. Por lo tanto, esta inversión hace posible que dichos contenidos angustiantes sean tolerables para el Yo (Freud, 1915/2007).

En cuanto a la sublimación Freud (1908/2007) lo postula como un proceso para explicar ciertas actividades humanas que aparentemente no guardan relación con la sexualidad, pero que hallarían su energía en la fuerza de la pulsión sexual. Freud la

describe como actividades de resorte, principalmente la actividad artística y la investigación intelectual. La pulsión se sublima, en la medida en que es derivada hacia un nuevo fin, no sexual, y apunta hacia objetos socialmente valorados (Laplanche, 1967/2013).

Con respecto a la formación reactiva, Freud (1926/2007) la define como una actitud o hábito de sentido opuesto a un deseo reprimido y que se ha constituido como reacción contra éste. Es una contracatexis de un elemento consciente, de fuerza igual y dirección opuesta a la catexis inconsciente. En otras palabras el Yo mantendrá reprimidas las representaciones penosas e intolerables desde adentro, se protege por medio de los contenidos pulsionales intolerantes a la consciencia por su opuesto (Sánchez Hita, 2014).

En consideración al aislamiento Freud (1926/2007) plantea que se aplica peculiarmente en la neurosis obsesiva y que consiste en aislar un pensamiento o un comportamiento de tal forma que se rompan sus conexiones con otros pensamientos o con el resto de la existencia del sujeto. Plantea que la vivencia no es olvidada pero el afecto correspondiente a esta vivencia es despojada y sus vínculos asociativos son suspendidos permaneciendo aislada del pensamiento. Por lo tanto, el aislamiento será un mecanismo defensivo que operará mediante la ruptura de las asociaciones de un pensamiento o acto con su afecto, las cuales generalmente tendrán una sucesión cronológica.

Por último, la negación la define como un proceso en el cual la representación o pensamiento reprimido ha llegado a la consciencia y en donde la función intelectual será encargada de aceptar o rechazar el contenido de esta representación. En otras palabras, el sujeto, a pesar de formular uno de sus deseos, pensamientos o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose negando que le pertenezca (Freud, 1925/2007). Además, Freud (1925/2007) plantea que la afirmación, como sustituto de la unión, pertenece al Eros, y la negación, sucesora de la expulsión, a la pulsión de destrucción. Por ende la afirmación sustituye a la introyección y la negación sucede a la expulsión. Según Toboada (2009) dicha defensa también es una herramienta para sacar a la luz una verdad del inconsciente. Normalmente, el discurso del sujeto se desarrolla en el campo del error, del desconocimiento e incluso de la denegación, pero algo ocurre en el proceso analítico que hace que la verdad y la palabra plena irruman, por lo general produciendo desconcierto e inquietud en el sujeto. Se podría decir que emerge un discurso inconsistente.

4. MÉTODO

4.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio es descriptivo de un caso único.

4.2. Participante

Se llevará cabo el análisis del caso de un adulto de 31 años que sufrió un accidente de tránsito en motocicleta mientras se dirigía a su trabajo en la Provincia de Buenos Aires. Fue atendido de urgencia en el hospital más cercano en el cual fue víctima de una mala praxis. Luego de dicho suceso fue derivado a un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El paciente nació en un país limítrofe e emigró en el año 2006 a la Argentina. Actualmente reside en la Provincia de Buenos Aires junto con su pareja desde hace 9 años y su hijastra de 12 años. Es hijo de padres separados y tiene 4 hermanos que residen en el exterior y una hermana que vive en Argentina. Trabaja como carpintero y albañil.

4.3. Instrumentos

Se realizó entrevistas-sesiones semidirigidas que duraron entre 50 y 60 minutos de duración entre el paciente y el psicoanalista.

Las entrevistas se grabaron y posteriormente se desgrabaron. También se tomaron notas durante los encuentros.

En las entrevistas se recabó información acerca de las motivaciones inconscientes del accidente, se hizo hincapié sobre la situación dilemática por la que transitó el paciente al momento del accidente, se indagó sobre los hechos traumáticos desencadenantes del accidente y durante la entrevista se observó los mecanismos de defensa que presentó el paciente.

Luego de cada sesión se realizaron reuniones con el analista a cargo con el objetivo de intercambiar información sobre el caso.

Se realizaron dos veces por semana reuniones de supervisión en las que se analizaron los temas surgidos en las sesiones.

4.4. Procedimiento

Se utilizó las desgrabaciones de las entrevistas realizadas al adulto accidentado durante los encuentros en el hospital público para desarrollar el presente trabajo. Se realizaron dos encuentros de una duración aproximada de 50 minutos en la sala de internación del paciente.

Luego de cada una de las sesiones se realizaron reuniones con el analista del servicio con una duración de una hora aproximadamente.

Asimismo, se asistió dos veces por semana a supervisiones de una hora y media en la institución especializada en accidentología desde un abordaje psicoanalítico en la cual pertenece el analista que interviene en el caso.

5. DESARROLLO

5.1 Introducción

Con fines académicos se intentará hacer algunas conexiones entre lo relevado en la práctica y los conceptos vertidos en el marco teórico. Cabe destacar, que son necesarios más elementos discursivos, así como la instalación de la transferencia, con el fin de poder realizar una lectura más ajustada del caso. Solamente se podrían enunciar algunas conjeturas que podrían funcionar como hipótesis para avanzar en el trabajo analítico.

Las intervenciones del analista se encuentran basadas en el abordaje de Granel que realiza sobre los accidentes. Según Granel (2009) ciertos accidentes podrían ser no casuales ni azarosos sino que serían consecuencia de un proceso inconsciente que conduce al acto de accidentarse; y que podrían ocurrir en un momento determinado de la vida del sujeto. Más allá de dicha lectura, el trabajo intenta ampliar dicha mirada tomando diferentes teorías psicoanalíticas.

Habitualmente el área de traumatología del hospital es visitado por psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras del centro de investigaciones psicológicas en accidentes. Los especialistas realizan en sus visitas entrevistas a pacientes específicamente accidentados. Tienen la intención de investigar sobre los aspectos del accidentarse, desde la manifestación en lo individual hasta la integración de los factores relacionados con el ambiente donde los sucesos se producen; y por otro lado tienen el objetivo de que

el paciente logre una mayor concientización o elaboración de las situaciones conflictivas que pudieran llevarlo a accidentarse, con el fin de prevenir en el futuro otro accidente.

El paciente entrevistado de 31 años sufre un accidente de moto yendo hacia su trabajo a las seis de la mañana. Cuenta que él manejaba la moto y llevaba en el asiento de atrás a su compañero de trabajo. Relata que en la intersección de una avenida choca de frente con un auto que salía de un barrio. Además, dice que a pesar de que le toca bocina al conductor, éste no logra escucharlo y verlo. Una vez que sucede el accidente el conductor del auto se da a la fuga. El paciente dice que en el momento del accidente queda inmovilizado a consecuencia de las lesiones ocasionadas y que su compañero de trabajo termina sin ningún tipo de lesión. Al poco rato llega la ambulancia que lo lleva al hospital más cercano.

En la historia clínica figura: *El motivo de consulta es dolor e impotencia funcional en cadera derecha. Se decide su internación para tratamiento quirúrgico.* El paciente espera que le coloquen una prótesis una vez que disminuya la infección que tiene en la cadera.

El paciente en el momento del accidente se encontraba en un momento crucial de su vida. Proyectaba con su pareja tener un hijo una vez que finalizara construir su casa, para lo que faltaba poco. También cerca de la fecha del accidente tenía programado viajar a su país de origen para reencontrarse con su familia que hace dos años no veía. Luego del accidente dichos proyectos se postergan.

5.2 Las manifestaciones inconscientes que podrían devenir en el accidente

El psicoanalista realiza una serie de preguntas al paciente accidentado con el objetivo de descubrir cuáles fueron las motivaciones inconscientes que lo podrían haber llevado a terminar en dicho acto. El analista le dice al paciente: *Al ser psicólogos trabajamos no tanto con la consciencia sino más bien con lo inconsciente. Con eso que no está premeditado, intencionado. No es que uno tiene el control de eso.* El objetivo del analista se podría relacionar con dos grandes antecedentes del inconsciente freudiano, los filósofos Leibniz (1686/2017) y Lipps (1896/2017). El primer autor plantea que la conducta del sujeto se encuentra en cierta medida determinada por las percepciones inconscientes, contenidos de consciencia no reflexivos; y el segundo sostiene que los contenidos y procesos psíquicos podrían ser en sí inconscientes por

ende serían la vía de acceso hacia la verdad psíquica. Tomando dichas conceptualizaciones se podría decir que el analista se enfoca en dichas motivaciones inconscientes para poder comprender, explicar y brindar un significado al acto de accidentarse: *Nuestro objetivo es encontrarle un sentido a eso. Es decir, vos a través del accidente podés estar expresando algo..que tiene la particularidad de que no lo podías expresar mediante las palabras. Ahora tenés este espacio para que podamos hablar de lo que te sucedió (...) Suceden en un momento particular en la vida de uno. Inconscientemente uno lo va preparando..como que querías decir algo. Nuestro objetivo es encontrarle un sentido a eso.*

Dicha conjetura del analista se podría relacionar con los planteamientos de Freud en su obra *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico* (1912). En dicha obra Freud desarrolla el concepto atención flotante con respecto a la singularidad de la escucha es decir sostiene que el terapeuta no debería ejercer un esfuerzo voluntario de atención, esfuerzo que podría ser perjudicial para un análisis, porque podría rigidizar la escucha al querer controlar lo que surge. Se podría decir que el analista al seleccionar el material que escucha y al clasificar con un saber previo el material clínico podría llegar a implicar una intervención desde su propia subjetividad. Según Freidkes (2014) no hay inconsciente si no hay alguien que lo escuche y descifre el mundo de significaciones que el sujeto despliega al hablar.

Desde la postulación de Lacan (1953/2005) el inconsciente podría ser captado cuando es explicado, cuando pasa a la palabra, es por eso que plantea que el inconsciente se encuentra estructurado como un lenguaje, lo define como un sistema de significantes. Por lo cual, uno de los objetivos del proceso analítico sería que el paciente emerja mediante la palabra, es decir la tarea que tiene el analista sería superar la resistencia y hacer emerger el inconsciente del paciente. Por lo cual podría preguntarse si es posible que emerja el inconsciente en el relato del paciente si el analista no aparta sus conjeturas y no escucha al paciente o cuáles serían los efectos de una intervención en la cual el analista ya desde su punto de partida no se abstiene o no es neutral al conceder a priori una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones.

A pesar que el analista vuelca su punto de vista sobre el accidente, en dicha conversación se podría decir que el analista le retorna al paciente un mensaje como interrogación que podría llegar a emerger en el campo del lenguaje: *Sí, ahora cuando termináramos la casa..proyectábamos tener un hijo. Falta poco para terminarla dice el*

paciente. El analista le responde: *Ya estas terminando tu casa y próximo paso ser padre y “pum” pasó esto. Tal vez no te sentías preparado para ser padre. ¿Me siento preparado?. Estabas por terminar tu casa y eso implica asumir mayor independencia, autonomía...y pasa el accidente.* El paciente más adelante reconoce que no se siente preparado para ser padre: *Debo reconocer que no del todo bien...no me siento preparado para ser padre en este momento.* Según Lacan (1953/2005) el sujeto podría llegar a emerger a través de la formalización de una pregunta y cuando queda sujetado en la dimensión del inconsciente sería el momento en que podría asumirla.

El analista le pregunta al paciente qué piensa sobre el accidente, el paciente le responde: *Sentí bastante dolor al principio pero ahora estoy más estable.* El analista le responde: *Entiendo. Como bien sabés los accidentes por lo general producen lesiones en el cuerpo. Para nosotros tiene un significado el dolor, las lesiones...en fin el accidente (...) Nosotros consideramos que no fue aleatorio que fue una secuencia determinada de hechos y confirman el accidente.* El punto de vista del analista se podría relacionar con los planteamientos de las psicoanalistas Freidin y Slapak (2012), quienes consideran que ciertos accidentes podrían ser pensados como actos que ocultan una intencionalidad inconsciente; en otras palabras la necesidad del psiquismo de descargar de forma violenta un dolor excesivo en el acto de accidentarse.

Igualmente, cabe destacar, que el analista vuelca su punto de vista sobre el accidente por lo cual dicha conversación se podría relacionar con los planteamientos sobre la escucha que realizan los autores Rodado, Sanz y Otero (2006). Dichos autores plantean que sería fundamental en el trabajo analítico la escucha hacia el paciente ya que, sea cual sea su patología, debería de estar presente para que la palabra del paciente avenga en palabra analítica. Sostienen que la escucha psicoanalítica se podría rastrear sobre las huellas que deja el paciente libremente, dejando de lado una búsqueda en función de las expectativas propias. Para una escucha analítica sería necesario aceptar la asociación libre y no contaminarla con directrices y otras obstrucciones del discurso. Por lo cual, podría preguntarse: si el analista quiere curar ¿sería mejor olvidar el síntoma y fortalecer la escucha?. Según la psicoanalista Ortigoza Capetillo (2012) la palabra sería el único camino para hallar la verdad del propio deseo. A través de la palabra del paciente, una y otra vez, se podría producir el material que movería al paciente del lugar del síntoma, por ende se rescribiría la historia del sujeto y se movería la estructura subjetiva.

Freud (1912/2007) plantea que si el analista se dejara llevar por sus esperanzas y tendencias correría el peligro de no poder descubrir el verdadero significado del relato del paciente. Por lo cual, el analista al aplicar constantemente su propia percepción en dichos encuentros se podría decir que no posibilita un espacio de silencio para que advenga la palabra plena aquella que podría mostrar la verdad del inconsciente mediante la asociación libre. Según Lacan (1976/2005) la palabra plena es una palabra llena de sentido es por eso que la denomina como palabra verdadera ya que estaría más cerca de la verdad enigmática del deseo del sujeto. Plantea que una de las tareas del analista que escucha al analizante consiste en discernir los momentos en que surge la palabra plena.

A medida que se iba realizando la entrevista, el analista le realiza una serie de preguntas con respecto al proyecto de hijo que tenía el paciente: *¿Cómo te sentís con el rol de padre?, ¿Vos en ese momento cómo te sentías siendo padre?*. El paciente ante dichas preguntas desvía la mirada, se queda en silencio y no responde. En la última pregunta: *¿Cómo te imaginás o imaginabas siendo padre?*” el paciente y el analista se quedan en silencio. Luego de una pausa prolongada y de un suspiro el paciente le responde: *“Debo reconocer...que no del todo bien...no me siento preparado para ser padre...en este momento.* Según Lacan (1953/2005) el analista es un lugar necesario en la estructura del descubrimiento del inconsciente, porque hace falta que alguien esté allí para escuchar, si no no hay mensaje. Es por eso que plantea que no hay palabra sin respuesta pese a que sea el silencio. El silencio es una respuesta en la medida que tiene sentido en el interior de un diálogo, puede producir un efecto de interpretación. Por lo tanto, lo no dicho puede dar lugar al sentido bajo la forma de una enunciación enigmática.

Según Lacan (1953/2005) la palabra implica el compromiso del sujeto en el discurso. Solamente se capta el inconsciente cuando es explicado es decir cuando pasa a las palabras. El enunciado del paciente *Debo reconocer que no del todo bien...no me siento preparado para ser padre en este momento* se podría decir que es una frase cargada de verdad para el paciente es decir reconoce en su enunciado enigmático su propia palabra, palabra plena y comprometida en que enuncia su posición subjetiva.

El analista tiene la teoría de que ciertos accidentes serían una salida, una solución a los dilemas de los sujetos y una descarga de la angustia que les produce dichos conflictos: *Por ahí esto que te angustiaba lo pudiste conectar recién en el accidente. La manera de querer deshacerte de eso te llevó al accidente.* Los dichos del analista se

podrían relacionar con lo que plantea los autores Granel (2009), Castro Meléndez (2011), Freidin y Slapak (2012) quienes consideran a ciertos accidentes como un suicidio inconsciente, no intencional que posee el objetivo de descargar la fuente de tensión y angustia que padece el sujeto. O más bien como plantea la autora Aberastury (1962/1984) quien define a los accidentes como suicidios parciales que se podrían producir por una mala canalización de impulsos destructivos que se encuentran asociados al sentimiento de culpa y a la elaboración del complejo edípico.

El analista en la entrevista le señala los hechos esenciales en los que se encontraba el paciente en el momento del accidente: *Entonces estabas vos por asumir tu independencia, tu autonomía. Estabas por terminar tu casa y el siguiente paso tener un hijo. ¿Sentís que todo eso se te derrumbó?*. Dichos cambios según Bion (1965/2001) pueden ser considerados catastróficos. El modelo de cambio psíquico en la obra de Bion es igualado a crecimiento o decrecimiento mental. El cambio hacia el crecimiento implicaría la transformación de una estructura o una parte de la misma, lo cual supone necesariamente momentos de desorganización, dolor y frustración. El dilema *cambiar no cambiar* puede conducir al sujeto hacia la violencia. Se podría decir que el paciente se podría haber encontrado en un cambio hacia el crecimiento ya que estaba por finalizar su casa, asumir mayor autonomía e independencia y cerca de asumir la gran responsabilidad de ser padre. Dichos cambios podrían ser considerados como momentos dilemáticos y angustiantes para el paciente, al no sentirse preparado para ser padre y al haber tomado la decisión de exiliarse de forma definitiva de su país de origen.

El analista tiene la hipótesis de que el paciente se encontraba en un dilema de cambio no cambio en el momento del accidente: *Tal vez no te sentías preparado para ser padre ¿me siento preparado?. Estabas por terminar tu casa y eso implica asumir mayor independencia, autonomía...y pum pasa el accidente*. Según Granel (2009) ciertos accidentes podrían devenir de una crisis conflictiva, inconsciente, dilemática, irrepresentable e intolerable para el sujeto que se exterioriza a través de dicho acto. El paciente se encontraba en una encrucijada ya que se acercaba el momento de finalizar la casa y de la búsqueda de un hijo, pero en la entrevista reconoce que no se siente preparado para ser padre. Según Granel (2009), si el sujeto se encuentra en una encrucijada vital de dimensiones conflictivas podría estar proclive a accidentarse porque dicha situación le produce un estado de perturbación y confusión.

El analista le comenta al paciente: *Seguramente es un buen momento que hables de determinadas cosas que venías desplazando y que tal vez te terminaron llevando al*

accidente. Puede ser angustia, eso que llevás en la mochila. Estamos para acompañarte porque nos interesás. Melanie Klein (1926/2015) plantea que los sentimientos inconscientes de angustia, consecuencia del sadismo que opera desde la iniciación de la vida psíquica infantil, podrían conducir al sujeto a sufrir accidentes. Tomando la teoría de Klein y los dichos del analista se podría decir que el paciente se encontraba en un momento de malestar y sufrimiento en el momento del accidente; y el accidente podría haber sido un intento de evadir la sensación de angustia.

Luego de una serie de preguntas el analista le explica al paciente: *Al estudiar los accidentes nosotros tenemos una teoría. Suceden en un momento particular en la vida de uno. Inconscientemente uno lo va preparando..como que querías decir algo. Nuestro objetivo es encontrarle un sentido a eso. Es decir vos a través del accidente podés estar expresando algo.. que tiene la particularidad de que no lo podías expresar mediante las palabras. Ahora tenés este espacio para que podamos hablar de lo que te sucedió. No te animabas, estabas en una situación de cambio y lo expresas, lo volcás en el cuerpo es decir lo descargás en el accidente...sería un acto fallido.* El inconsciente no sólo se podría revelar en los sueños sino también en los actos fallidos, los lapsus, los juegos de palabras, también mediante manifestaciones somáticas, la enfermedad vera y la neurosis actual (Sorrentini, 2017). El analista a lo largo de la entrevista se basa en el abordaje de Granel (2009) para intervenir, es por eso que define ciertos accidentes como un acto fallido es decir como una expresión de los deseos inconscientes. El psicoanalista francés Pascal Zentz (2013) plantea que tras un acto fallido se podría ocultar una intención inconsciente que a veces sería una forma de prevenir una situación perturbante para el sujeto; en este caso las situaciones dilemáticas en las que se encontraba el paciente: *Sí, puede ser...estaba en un momento no sé...puede ser complicado. También estaba muy cansado de trabajar...Y en cuanto al proyecto de tener un hijo con mi mujer...no sé...es algo que pienso seguido. Más ahora que estoy por terminar la casa...Sé que tener un hijo te cambia la vida pero no sé.*

Desde otro punto de vista, la psicoanalista lacaniana Minaudo (2011) piensa ciertos accidentes como un síntoma que podría ocultar una significación es decir como un portador de sentido, un enigma e interrogante que antes de desaparecer debería entregar su mensaje cifrado. Por lo cual, lo define como un posible suceso que podría abrir una nueva dimensión y que podría generar un viraje en la posición subjetiva del sujeto; si se resuelve el enigma. Tomando dichos aportes se podría decir que el accidente que sufre el paciente podría ocultar una significación: *Yo iba a ir en*

Diciembre a mi país de origen y justo me pasó esto; En realidad prefería quedarme, quería terminar mi casa. Además, dicha autora sostiene que las intervenciones del analista deberían lograr transformar el accidente en una elección para romper la repetición y permitir desarmar lo consolidado fantasmáticamente es decir la intersección entre el deseo y la construcción de la realidad por parte del sujeto. En otras palabras, la intervención del analista podría cortar con lo vivido subjetivamente y dar lugar a la elección reinscribiendo y marcando una discontinuidad, que deja procesar el goce vía el deseo. Por lo cual, cabe destacar que desde dicha visión es de suma importancia que el analista se interesa en cómo el sujeto construye la realidad y se ubica en ella en relación a los otros significativos y en función del deseo que al Otro adjudica para construir su propio deseo. Dicho planteamiento se podría relacionar con la frase del paciente: *Y debo reconocer que no del todo bien...no me siento preparado para ser padre en este momento*, ya que se podría decir que representa el propio deseo del paciente.

Freud (1901/2007) en cambio, considera el accidente como el trastrueque de las cosas de un estado de confusión y en esta confusión el sujeto podría llegar a realizar un acto torpe que lo llevaría a accidentarse. En su teoría sobre los actos fallidos considera a los accidentes como operaciones fallidas combinadas determinadas por el inconsciente, las cuales tienen un sentido y un significado. El paciente en el momento del accidente estaba cerca de la búsqueda de un hijo pero al mismo tiempo no se sentía preparado para ser padre, también tenía programado un viaje hacia su país de origen para reencontrarse con su familia pero luego reconoce que no quería ir porque prefería quedarse para terminar su casa, es decir terminar de asentarse en su país de residencia. Por lo cual se podría decir que el paciente en el momento del accidente se encontraba en un momento de confusión que podría haberlo llevado al acto de accidentarse; acto que sería el camino de expresión de los deseos inconscientes del paciente.

A medida que el paciente iba revelando los acontecimientos de su vida el analista le pregunta: *Algo que solemos preguntar mucho. ¿Soñas? ¿Algún sueño previo al accidente?.* Freud (1900/2007) plantea que por medio de la interpretación de los sueños se podría elaborar una vía de acceso al inconsciente. El deseo inconsciente sería el punto de partida para la formación del sueño y el sueño sería una formación psíquica que da cuenta de la existencia del inconsciente. A partir del desciframiento de los contenidos latentes que se presentan como contenidos manifiestos se podría llegar a los significados verdaderos del sueño, al significado inconsciente. El analista en el primer encuentro le pregunta al paciente si había tenido algún sueño previo al accidente con el

objetivo de poder abrir un espacio a los deseos inconscientes. Freud revela lo manifiesto y lo latente de los accidentes en su obra *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901) con el término alemán *Vergreifen* que se ha traducido como *trastocar las cosas confundido*. El accidente sería el trastrueque de las cosas de un estado de confusión y en esta confusión el sujeto realiza un acto torpe que lo lleva a accidentarse. Este acto sería el camino de expresión de los deseos inconscientes es decir de lo latente.

El paciente reiteradamente cuenta situaciones de abandono y soledad: *Estoy solo acá, no tengo familia; El auto que me chocó se echó en fuga; A los 15 años me fui solo a la capital; Mi padre se fue cuando tenía 8 años; Mi madre trabajaba todo el día, no la veíamos mucho; A mi mujer se le está complicando venir a verme*. Además, cuenta que el auto con quien choca lo abandona, se echa a la fuga, luego del accidente y que después al ser detenido se hace poco cargo, le envía un poco de dinero y algunas veces le envía mensajes de textos para saber cómo está. Según Freud (1920/2007) la repetición sería la repetición de un trauma. Se podría decir que el paciente podría estar repitiendo de forma inconsciente a lo largo de su historia las situaciones de soledad y abandono que vivió en su infancia. Además, Freud (1915/2007) plantea que el camino central en el cambio psíquico sería hacer consciente lo inconsciente, recordar en lugar de repetir. Al igual que la autora Flores (2014) quien plantea que una de las fuerzas que se oponen al cambio sería la compulsión de repetición. Por lo tanto, se podría decir que las situaciones de soledad, de abandono y de separación que se repiten a lo largo de la historia del paciente y que no han podido ser elaboradas se presentan como dificultad para poder atravesar un cambio. Tomando los aportes de Lacan (1967/2005) se podría decir que dichas situaciones de soledad y abandono que se repiten a lo largo de la historia del paciente podrían pensarse como el retorno del goce, como un goce que vuelve una y otra vez para transgredir el principio de placer y buscar la muerte. En otras palabras, se podría decir que el paciente podría estar reinscribiendo como un goce masoquista: el elegir el abandono y la soledad.

5.3 Los hechos traumáticos que podrían ser desencadenantes del accidente

El psicólogo indaga sobre la secuencia de hechos que podrían haber desencadenado en el accidente. Le realiza las siguientes preguntas: *¿Qué edad tenías cuando se separaron tus papás, ¿Sentiste que quedaste a cargo de tu familia?, ¿Cómo lo definirías a tu padre?, ¿Cómo es la relación con tu madre?* El paciente ante dichas

preguntas responde de forma pensativa y luego de una pausa prolongada. Según Shkolnik (1999) a pesar de que el paciente no disponga de palabras para expresar las vivencias de lo que hace marca en su psiquismo tampoco podría considerarse completamente independiente de ellas ya que el ser humano se encuentra inmerso en un mundo de lenguaje. Por lo cual, la elaboración psíquica se podría producir a través de la ligazón con la palabra mientras que lo irrepresentable correspondería a la falta de ligazón con las representaciones-palabra.

El paciente responde que es el segundo mayor de siete hermanos, comenta que sus padres se separaron cuando tenía 8 años y a los 15 años se fue solo de su casa hacia la capital del país. Además, dice: *No tengo mucha relación con mis viejos. Con mi viejo me llevo bien, pero hasta ahí. Cuando mi viejo se fue mi madre no estaba mucho en casa, salía a trabajar. No la veíamos mucho... cuando mi papá se fue yo asumí un poco su papel.* El analista le dice al paciente: *Nosotros tenemos la teoría de que los pacientes que están aquí necesitaban cariño. Por ahí estás en una etapa un poco regresiva en la que necesitas una asistencia (...) Encima lo de la soledad que vos decís si bien estás inmóvil acá no estás solo. Estás con tu compañero, médicos que van vienen, tenés un techo, una cama, estamos nosotros, incluso viene tu mujer a visitarte. Por eso insisto por ahí necesitás enfatizar esos cuidados que tal vez te han faltado.* En dicha conversación el analista tiene la teoría de que el paciente se podría encontrar en un momento regresivo de una situación de carencia, de falta básica, ocurrida en su primera infancia. Supone que mediante la internación recibe los cuidados que le han faltado. Tomando la teoría de Winnicott (1960/1993) se podría hipotetizar que el paciente en su infancia vivió un fracaso en la provisión básica del cuidado. Dichas fallas podrían producir traumas tempranos que implicarían un derrumbe en el ámbito de confiabilidad del ambiente. Por lo cual, se podría decir que al ser la madre del paciente una madre ausente no fue *lo suficientemente buena* para cumplir las funciones de holding y handling cuando el paciente era un niño. Dichas funciones serían fundamentales para lograr manejar la impulsividad y contrarrestar la actuación de impulsos hostiles. Dicho autor plantea que la propensión del sujeto a accidentarse podría provenir de dichas fallas en las funciones de la madre o de las fallas del ambiente que podrían originar en el sujeto un falso self. El analista tiene la teoría de que los hechos vividos, *traumas tempranos*, en la infancia estarían dentro de la secuencia de hechos que desencadenaron en el accidente: *De a poco vamos armando el rompecabezas, los sucesos, la secuencia*

de acontecimientos que has vivido... Como te decía tenemos la teoría que esta secuencia reafirma el accidente.

El analista le plantea al paciente: *Por ahí vos necesitabas otro tipo de ayuda. No solo ayuda económica. ¿Qué podés pensar? Vos esperabas que el conductor que te chocó te ayudara del otro lado, de otro lugar. A contenerte, a sostenerte, a acompañarte.* La falta de cuidados, contención, compañía que vivió el paciente en su infancia se podría relacionar con la pérdida de figura de apego que plantea el psicoanalista Bowlby (1968/1993). La consecuencia de dicha pérdida podría desencadenar en cuadros depresivos leves, enfermedades psicósomáticas, entre otras. Se podría decir que la ausencia de la cercanía física y la falta de sensibilidad del vínculo de la madre hacia el paciente podría ser una contribución importante para establecer una situación traumática en su infancia. El paciente recién a partir de los 15 años, cuando se dirige a la capital de su país cuenta que es cuidado por sus tías hasta los 19 años. A los 19 años viaja solo a un país limítrofe para buscar trabajo. Es por eso que el analista tiene la hipótesis de que el paciente mediante la internación recibe los cuidados que le han faltado en su infancia.

A medida que avanzaba la entrevista el analista le dice al paciente: *Entiendo que te agarra de sorpresa el accidente pero si vas armando el rompecabezas le vas dando una figura, una estructura. Si vamos desmenuzando qué te pasó, vamos agarrando esos factores, lo que te paso en tu vida, para entender este factor. Esto que estamos haciendo es que para la próxima vez no vuelvas a repetirlo. Confío mucho en vos que has hecho bien la casa pero simbólicamente tenías unos cimientos frágiles, unas bases no del todo seguras. ¿Esas bases de dónde salen? De la historia...de papá, mamá, hermanos, tíos, abuelas, abuelas, colegio, amigos, mujeres.* Hornstein (2010) plantea que la tarea del analista no consiste sólo en recuperar una historia sino en hacer posible simbolizaciones estructurantes. Darle sentido al sinsentido y mantener el recuerdo de un momento del pasado sin estar obligado a borrarlo o transformarlo en un presente inmutable. La construcción reconstrucción de un pasado sería necesaria para investir el presente y el futuro. Es por eso que una de las particularidades del abordaje psicoanalítico es intentar lograr una cierta integración de las representaciones inconciliables para poder brindarle un significado y un sentido a dicho suceso. Por lo cual, se podría decir que para que el paciente pueda lograr brindar un significado y un verdadero sentido al suceso vivido, sin las atribuciones teóricas del analista, sería indispensable que se establezca un lazo transferencial para que se produzca una

dialectización del sentido y un reconocimiento del mensaje reprimido en el síntoma. En otras palabras, la transferencia es concebida por Lacan (1960) como una dialéctica de la intersubjetividad, el analista ocupa el lugar del Otro. Por ende, el saber inconsciente que porta el discurso del paciente sería transferido al Otro que encarna el analista. Es por eso, que en la transferencia se trataría de hacer pasar hacia el lado de lo simbólico la inercia libidinal fijada en el registro imaginario. Por lo cual, una vez que el paciente se entrega a la asociación libre podría llegar encontrar una verdad sobre sí mismo, una identidad o un verdadero deseo.

Luego de diversas preguntas que le realiza el analista al paciente le dice: *Uno está lleno de hechos que nos trauman y la cabeza los va desplazando. Uno cree que van desapareciendo pero están a punto de salir, de expresarse... pero hay una parte de la consciencia que dice no, quedate ahí.* Los dichos del analista se podrían relacionar con los planteamientos que realiza Freud sobre el trauma y sobre la teoría de los accidentes de Granel. Según Freud (1893/2007, 1937/2007) el trauma psíquico sería un efecto de horror, susto, angustia, pasión, vergüenza y dolores anímicos que son producidos por afectos que no pudieron ser descargados. Considera el trauma como un estado ocasionado por la acción de un estímulo intenso, que provendrían del interior o del exterior del sujeto y provocaría *una herida* en el aparato psíquico. Rompería la barrera de protección del mismo por la imposibilidad de cualificar ese estímulo por ende se produciría un desequilibrio narcisista como reacción al mismo. Dicha herida sobrepasaría la capacidad de elaboración y de ligadura. Por lo cual, sobrevendría la represión como mecanismo que consistiría en inhibir la investidura de determinadas huellas mnémicas (desligar la energía pulsional a una representación), sobreinvirtiendo otras con el objetivo de intentar dar un cierre a dicha herida y aliviar la angustia. El analista tiene la teoría que el accidente sería una descarga de las tensiones internas del paciente y un intento de figurabilidad a las situaciones dolorosas e irrepresentables, cargadas de energía pulsional.

Freud (1937/2007) plantea que cuando la pulsión no es domeñada por el yo operaría la represión y que puede seguir otro camino que sería el camino corto de la pulsión que se dirigiría tanto al acto como al cuerpo, es decir el pasaje al mundo exterior o bien el de la enfermedad somática. En el caso del paciente dicha pulsión no domeñada podría haber sido descargada al mundo exterior es decir hacia el accidente. Granel (2009) toma la teoría de Freud y sostiene que cuando la estructura psíquica se encuentra subyugada por un trauma, la descarga pulsional no podría unirse a una representación,

sino que directamente pasaría al acto o al cuerpo. Si las representaciones son intolerables para el aparato psíquico, sobrevendría el trauma. Ciertos accidentes serían una manera arcaica y regresiva de darle una forma a ese trauma.

El paciente reiteradamente cuenta que a lo largo de su vida vivió y vive diversas situaciones de soledad y abandono: *Mi padre se fue cuando tenía 8 años...no lo veíamos mucho, Cuando mi viejo se fue mi madre no estaba mucho en casa...salía a trabajar, A los 15 años me fui solo a la capital, A los 19 años me fui de mi país de origen, A mi mujer le está costando venir a visitarme.* El analista en un momento de la entrevista le dice al paciente: *Preferías no pensar en eso. Lo ibas desplazando, pero por un lado sale, se expresa (...) Querías decir algo. Nuestro objetivo es encontrarle un sentido a eso.* El analista tiene la teoría de que el paciente no habría podido brindar una figurabilidad a los contenidos traumáticos vividos, por lo cual lo descargaría hacia afuera a través del accidente. Según Granel (2009) el accidente sería una forma de reflejar en el mundo externo el dilema traumático.

Dicho planteamiento sobre la dificultad en la figurabilidad se podría relacionar con los aportes de los autores Cesar Botella y Sara Botella (1997) quienes le brindan una gran importancia sobre el trabajo de figurabilidad que debe realizar el analista. Dichos autores plantean que lo traumático no provendría de la intensidad de las percepciones, ni del contenido representacional, sino de la incapacidad de transformar una vivencia en algo psíquico. Cuando no existe la cadena representacional capaz de soportar todas las fuerzas pulsionales, de darles un sentido, se produciría el fenómeno contrario, en vez de representación se produciría una desorganización psíquica. Por lo cual, tomando los aportes de dichos autores, se podría hipotetizar que el paciente al no haber podido brindar una representación, una figurabilidad a las vivencias traumáticas vividas se le produciría una fractura en la trama de las representaciones que desencadenaría en una desorganización psíquica, en un estado de catástrofe interna.

En el segundo encuentro el paciente le dice al analista que el primer encuentro le sirvió para desahogarse y el analista le responde: *Desahogarte, pero no de forma impulsiva. Pensar en lo que sucedió (...) Vos me contaste ibas a un colegio lejos, tomaste la decisión de irte a los 15 años de tu casa. Terminaste el secundario en la capital y te viniste acá a la Argentina solo. Te quedaste solo en Argentina. Fuiste alquilando determinadas casas, departamento. Ahora que te estabas por plantar la tuya, poner la bandera sucede el accidente.* Aisenberg (1999) plantea que si el conflicto que ha originado el trauma no encuentra una vía adecuada de expresión a través del

pensamiento o la palabra buscaría descargarse por el camino del acto. Por lo cual, se podría decir que una de las formas que encontró el paciente para desahogarse sería mediante el acto de accidentarse y que según el analista ahora tiene la posibilidad de realizarlo mediante el pensamiento, la palabra.

El analista le comenta al paciente: *Todo ese sentimiento no lo has podido conectar con tu vida. Preferías ni pensar en eso, pero en algún lado sale. Preferías ponerlo bajo la alfombra y seguir adelante.* El analista plantea que el paciente se podría haber encontrado desligado ante las situaciones traumáticas que vivió, pero dicha desligazón podría tender a la liberación brusca de la energía y a su descarga inmediata. En el caso del paciente la liberación de la libido se podría haber descargado de forma masiva, incoercible y destructiva en el accidente. Según Sopena (2011) dicha liberación, en casos extremos, podría conducir a un desanudamiento de los vínculos del sujeto con el mundo y a la desorganización psíquica. Freud (1920/2007) destaca el carácter perturbador que asume la satisfacción pulsional, situando un exterior en el interior del aparato psíquico, destituyendo la escena psíquica y atravesando el campo de la memoria inconsciente. Señala que las pulsiones serían capaces de producir perturbaciones económicas equivalentes a las de una neurosis traumática porque el aparato anímico carecería de un dispositivo protector frente a estímulos internos. La imposibilidad de ligar los estímulos pulsionales al sistema de representantes psíquicos podría llevar a una irrupción traumática es decir a una perturbación enorme en la economía energética del organismo.

El analista le dice al paciente: *Por ahí esto que te angustiaba lo pudiste conectar recién en el accidente. La manera de querer deshacerte de eso te llevó al accidente. El accidente fue una manera de reducir las tensiones que estabas viviendo en ese momento de tu vida.* El paciente le responde: *Sí, puede ser...estaba en un momento no sé...puede ser complicado. También estaba muy cansado de trabajar...Y en cuanto al proyecto de tener un hijo con mi mujer...no sé...es algo que pienso seguido. Más ahora que estoy por terminar la casa...Sé que tener un hijo te cambia la vida, pero no sé.* Dicho planteamiento se podría relacionar con la Pulsión de Muerte y Principio de Nirvana que plantea Freud (1920/2007) ya que se podría pensar el accidente como una forma de reducir las tensiones en las que se encontraba el paciente. La pulsión de muerte, en oposición a la pulsión de vida o Eros, representaría la tendencia fundamental de todo ser viviente a regresar al estado inorgánico desde donde emergió, a través de la reducción completa de las tensiones (Rodríguez, 2017). Por lo tanto, se podría decir que, en el

caso del paciente, la pulsión de muerte se podría expresar hacia el exterior de forma espontánea y violenta en el accidente, el cual podría haber llevado al paciente hacia su propia destructividad, terminando dañándolo física y psicológicamente. Freud (1920/2007) entiende la pulsión de muerte como una necesidad primaria que tiende al sujeto a retornar a lo inanimado, reconociendo en ella la marca de lo demoníaco donde podría imperar la destrucción, la desintegración y la disolución de lo vivo. Plantea que el fin o meta de la pulsión sería la reinstalación del equilibrio es decir la resolución de la tensión interna mediante una descarga; y la emoción que acompaña la descarga de la pulsión, sería la satisfacción. Se podría decir que, en dicho caso clínico, el accidente sería el objeto de la pulsión por medio del cual ella alcanzaría su satisfacción al reducir las tensiones internas del paciente. Es por eso que también se relaciona con el Principio de Nirvana que plantea Freud (1920/2007) que sería la tendencia a reducir las tensiones a cero es decir a volver al cero de la existencia, a la muerte, donde no hay tensión alguna que perturbe o angustie al sujeto.

Tomando la teoría de trauma y elaboración de Freud (1925/2007) en su obra *Inhibición, síntoma y angustia* se podría decir que la irrepresentabilidad de las situaciones traumáticas del paciente, es decir la intensidad de esos sucesos dolorosos, los cuales no puede poner en palabra, no podrían recurrir al proceso del pensamiento. Por lo tanto, se podría decir que una de las formas para darle representatividad sería escenificarlo en el mundo externo con el funcionamiento del proceso primario. El Yo del paciente se podría decir que utiliza el mecanismo regresivo de la puesta en acto como un intento de querer representar la situación interna con el fin de poder elaborar las situaciones traumáticas. Se podría decir que el paciente mediante el accidente descarga e intenta darle una figurabilidad a dicha situación dolorosa, irrepresentable, que se podría encontrar cargada de energía pulsional y de tensión interna. El analista tiene el objetivo de que en dicho espacio analítico el paciente pueda lograr una elaboración psíquica mediante la palabra es decir que pueda *desahogarse de forma no impulsiva* para poder prevenir en el futuro otro accidente.

El analista finalizando la entrevista le dice al paciente: *Hay mucho de lo que dijiste que es para pensar, y que puedas hablar lo que venías callando o más bien lo que no quería ver o pensar. Es lógico que tengas miedo pero esa valentía la tenés. Es por eso que te proponemos algo más integrado.* Marucco (2006), ex presidente de la APA, sostiene que en la intervención analítica en la clínica del trauma se tendría que

rearmar aquello que la pulsión de muerte desligó y crear un entramado capaz de contener aquello que no ha podido adquirir representación.

5.5 Los mecanismos de defensa más significativos del paciente accidentado

A medida que se iba realizando la entrevista, el paciente, revela haber vivido diversas situaciones de soledad: *Estoy solo acá. Toda mi familia está en mi país de origen, A veces al estar sin mi familia es difícil...me siento solo, A los 15 años me fui solo a la capital, A los 19 años me fui de mi país de origen, A mi mujer le está costando venir a visitarme.* Igualmente el paciente ante la pregunta del analista *¿Sentiste la soledad alguna vez...algún episodio? ¿Cuando tenías 15, 18 años?* niega haberse sentido solo: *No, no me siento solo. Estoy tranquilo.* El analista le responde *Siempre tapándote las orejas y para adelante.* Tomando la definición de mecanismos de defensa de Vitelleschi (2014) se podría decir que el Yo del paciente podría haber utilizado diversos mecanismos, procesos a menudo compulsivos e inconscientes, con el fin de falsificar o distorsionar la realidad que vivió y vive para que dichas experiencias sean más aceptables y tolerables, minimizando o neutralizando las consecuencias perturbadoras que podrían generarle.

El paciente niega al principio de la entrevista haber vivido situaciones de soledad pero después reconoce entre lágrimas que se siente muy solo en el país donde reside: *A veces al estar sin mi familia es difícil...me siento muy solo.* La negación según Freud (1925/2007) sería un proceso en el cual la representación o pensamiento reprimido habrían llegado a la consciencia y en donde la función intelectual sería la encargada de aceptar o rechazar el contenido de esta representación. Por lo cual, por medio de la negación el pensamiento se podría liberar de las limitaciones de la represión. Se podría decir que el paciente, a pesar de formular uno de sus sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue negando que le pertenece hasta que logra reconocer que se siente solo. Según Jaramillo (2017) a pesar de que la negación es una defensa también sería una herramienta para sacar a la luz una verdad del inconsciente. El inconsciente se podría caracterizar por la no existencia de la contradicción, de la duda y de la negación (Freud, 1915/2007). Según Toboada (2009) normalmente, el discurso del sujeto se podría desarrollar en el campo del error, del desconocimiento e incluso de la denegación, pero algo ocurre en el proceso analítico que hace que la verdad y la palabra plena podrían interrumpir al sujeto es decir podrían producir un cierto desconocimiento

y inquietud en él. Tomando los planteamientos de Toboada se podría decir que el paciente en su discurso podría abundar el desconocimiento y la denegación de los hechos cruciales de su vida pero mediante la dialéctica de la palabra entre analista y el paciente podría emerger un discurso inconsistente ya que el paciente logra ponerse en contacto con las situaciones de soledad y abandono que vivió. Por lo cual, se podría decir que el paciente se libera de las limitaciones de la represión al emerger a la conciencia las vivencias traumáticas vividas.

El analista le dice al paciente frente a las situaciones de abandono y soledad que vivió: *Preferías ni pensar, conectarte con esas situaciones de soledad, abandono. Lo fuiste desplazando. Preferías ponerlo bajo la alfombra y seguir adelante.* Según Spagnuolo de Immato (2013) la finalidad de la defensa sería mantener y restablecer la constancia y la integridad yoica, evitando toda perturbación displacentera. Se instrumentan frente a los peligros provenientes del ello (pulsiones), del superyó (amenazas moralistas) y de la realidad exterior. Básicamente sería la señal de angustia que pone en marcha el proceso defensivo. Por lo tanto, se podría decir que el impulsor de las defensas del paciente sería el sentimiento de displacer ocasionado por las diversas circunstancias vividas y actuales. Por ende, el mecanismo de defensa la negación podría ser una forma de evitar la angustia ocasionada por dichos hechos traumáticos: *No, no me siento solo; No, estaba tranquilo; No, borrón y cuenta nueva.* El analista tiene la teoría de que el paciente podría haber conectado su angustia recién en el accidente es decir la posible manera de liberarse de la angustia fue mediante el acto destructivo el accidente: *Por hay esto que te angustiaba lo pudiste conectar recién en el accidente. La manera de querer deshacerte de eso te llevo al accidente.*

Luego de reiteradas preguntas el analista le dice al paciente: *Seguramente es un buen momento que hables de determinadas cosas que venías desplazando y que tal vez te terminaron llevando al accidente. Me adelanto angustia. Eso que tenés en la mochila.* Según Freud (1925/2007) la angustia sería la reacción ante una situación peligrosa o señal de alarma ante un peligro interno (como la libido) o externo (como la castración); y sostiene que no sería la represión quien produce la angustia sino la angustia quien causa la represión. El paciente al principio de la entrevista no recuerda qué edad tenía cuando sus padres se separaron, tampoco cómo vivió el abandono de su padre: *La verdad que no. Fue hace mucho tiempo no me acuerdo muy bien. Es común en mi país que se separen, No me acuerdo muy bien. Mi padre se fue cuando tenía 8 años, no lo veíamos mucho. Él formó otra familia.* Freud (1915/2007, 1926/2007)

plantea que dicha defensa sería un conjunto de tácticas de las que el yo dispone para oponerse a ciertas representaciones. Por lo cual, se trata de un olvido muy profundo de ideas, significantes, representaciones, pensamientos que tendrían la dificultad de volver a la consciencia. Se podría decir que el paciente a través de sus olvidos de dichos hechos cruciales en su vida, la separación de sus padres y el abandono de su padre, podría manifestar el retorno de lo reprimido. También Freud plantea que por lo general los afectos se separarían de las ideas y se desplazan a otros lugares psíquicos. En el caso del paciente se podría decir que dichos afectos se encontrarían desplazados hacia el inconsciente.

El analista le dice al paciente: *Por ahí estás en una etapa un poco regresiva en la que necesitas una asistencia (...) Si bien estás inmóvil acá, no estás solo. Estás con tu compañero, médicos que van vienen, tenes un techo una cama, estamos nosotros, incluso viene tu mujer a visitarte. Por eso insisto por ahí necesitás enfatizar esos cuidados que tal vez te han faltado.* Tomando los dichos del analista y la definición de regresión de Freud (1900/2007) se podría decir que el paciente se encontraría en un retorno en sentido inverso, desde un punto ya alcanzado hasta otro situado anteriormente es decir se encontraría en un regreso a formas anteriores de comportamiento. La regresión según Freud (1900/2007) se pondría en funcionamiento cuando el sujeto experimente algún peligro interior o exterior, privaciones o angustias. El analista hipotetiza de que el paciente enfatiza los cuidados que en su infancia le han faltado, los cuales mediante la internación los recibe. Esto se podría relacionar con el aspecto temporal de la regresión es decir el retorno a etapas superadas de su desarrollo; y en cuanto al aspecto formal, el regreso a formas de comportamiento más indiferenciados e inestructurados.

A medida que avanzaba la entrevista el analista le dice al paciente: *Por ahí esto que te angustiaba lo pudiste conectar recién en el accidente. La manera de querer deshacerte de eso te llevó al accidente.* Según Armando Hinojosa (1968) la angustia podría aparecer en situaciones de conflicto que obligan al sujeto a confrontarse con alguna realidad dolorosa, ya sea externa o interna, o con impulsos o fantasías con la suficiente fuerza para imponerse como una realidad operante. *Entonces estabas vos por asumir tu independencia, tu autonomía, proyectabas tener un hijo, el reencuentro con tu familia y pum pasa el accidente* le indica el analista al paciente. Tomando la definición de defensa de Hinojosa y de los dichos del analista se podría decir que el paciente al encontrarse en un momento de cambios dilemáticos, conflictivos y

angustiantes mediante el accidente se opondría a dicha realidad dolorosa. Tomando la teoría de Granel (2009) se podría decir que el paciente al tener representaciones aisladas y disociadas no lograría organizar una idea y se produciría el desconocimiento de ese significado. Entonces el paciente de forma defensiva produciría una disociación, corta las ligaduras para no encontrar el significado y elaborar lo traumático (Granel, 2009).

Con respecto a las frases del paciente: *Él se fué de casa. Mi viejo se fué pero se hizo cargo (...) Mi padre se fué cuando tenía 8 años, no lo veíamos mucho. Él formó otra familia. Pero se hizo cargo, Él venía a mi cumpleaños...bueno en realidad...yo lo visitaba en su cumpleaños.* El paciente se contradice en dicho enunciado ya que el padre los abandonó cuando eran niños pero el paciente dice que se hizo cargo de ellos. Se podría decir que en el enunciado se podría manifestar el mecanismo de defensa introyección. Dicha defensa es la interiorización inconsciente y simbólica de la representación psíquica de un objeto externo odiado o amado con el fin de establecer proximidad y tener la presencia constante del objeto. El objeto de amor/odio sería su padre que inconscientemente lo tiene introyectado; el padre lo abandonó pero el paciente reiteradamente se contradice diciendo que se hizo cargo de ellos. El objetivo de la introyección sería buscar reducir la angustia por la separación del objeto (Freud, 1915/2007; Freud 1936/2014).

El analista finalizando la primer entrevista le pregunta al paciente: *¿Borrón y cuenta nueva o llevarte algo?. Enfrentabas de una forma los conflictos que tenías tal vez no del todo bien. Te proponemos hacer algo más integrado.* El paciente le responde: *No, ahora pienso borrón y cuenta nueva.* El analista le dice: *Te estoy diciendo lo contrario. Me parece que te estoy brindando un conocimiento que antes no tenías. Quisiste olvidarte de algunas cosas pero por más que quieras tapar el sol con la mano va a salir. En algún lado sale.* Según Anna Freud (1936/2014) los mecanismos de defensa se dispararían en cuanto la ansiedad señala el peligro de que las pulsiones inaceptables originales puedan reaparecer en la consciencia. Por lo cual se podría decir que el Yo del paciente podría desarrollar mecanismos para defenderse de las pulsiones inaceptables tales como las situaciones de soledad, abandono que vivió y vive. El analista le plantea que por más que quiera olvidarse de ciertos hechos vividos en su vida de alguna forma se terminan expresando. Según Granel (2009) las representaciones estarían ocultas en la escena del accidente. Sostiene que ciertos accidentes serían una manera de darle una forma a aquello traumático y serían un acto pleno de sentido. Por lo cual, tomando lo que dice el analista y la teoría de Granel se podría decir que el paciente

mediante el accidente brindaría una forma, un sentido a aquellos sucesos traumáticos de su historia.

6. CONCLUSIÓN

En el presente trabajo se ha analizado el accidente en relación a las motivaciones inconscientes de un paciente accidentado internado en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. Se concluye que si bien ciertos accidentes son considerados como lesiones no intencionales que ocurren en forma brusca e imprevista, se los podría pensar como consecuencia de un proceso inconsciente. Según las autoras Freidin y Slapak (2012) los accidentes podrían poseer una intencionalidad inconsciente, es decir la necesidad del psiquismo de descargar de forma violenta un dolor excesivo en el acto de accidentarse. Se deduce que ciertos accidentes serían una posible expresión de la pulsión de muerte ya que mediante el accidente dicha pulsión agresiva o destructiva se dirige hacia el exterior para reducir por completo las tensiones displacenteras. Se supone el sujeto, mediante la pulsión de muerte, vuelve al cero de la existencia, a la muerte, donde no hay tensión alguna que lo perturbe o angustie. Por lo cual, al mismo tiempo, se considera el accidente como un desahogo, una descarga que genera un alivio transitorio de las crisis conflictivas, inconscientes, dilemáticas y irrepresentables. Dicha crisis dilemática *cambiar no cambiar* podría conducir al sujeto hacia la violencia, como plantea Bion (1965/2001) en su obra *Transformaciones*. Es por eso, que se considera fundamental en la intervención analítica en la clínica del trauma rearmar aquello que la pulsión de muerte desligó y crear un entramado capaz de contener aquello que no ha podido adquirir representación (Marucco, 2006). No consiste sólo en recuperar una historia sino en hacer posible simbolizaciones estructurantes como plantea Hornstein (2010). Darle sentido al sinsentido y mantener el recuerdo de un momento del pasado sin estar obligado a borrarlo o transformarlo en un presente inmutable. La construcción reconstrucción de un pasado es necesaria para investir el presente y el futuro.

En resumen, se piensa que ciertos accidentes poseen una intencionalidad oculta, inconsciente y como una posible expresión de la pulsión de muerte al pensarlo como una descarga de la fuente de tensión y angustia que padece el sujeto.

Además a lo largo del trabajo se realiza una descripción de los hechos traumáticos desencadenantes del accidente que ha tenido el paciente entrevistado. Se deduce que los hechos traumáticos vividos en la infancia no elaborados podrían ser uno de los factores

desencadenantes del acto de accidentarse. Tomando los aportes teóricos del autor Winnicott (1960/1993) se piensa que ciertos actos impulsivos serían consecuencia de las fallas en las funciones de la madre y las fallas del ambiente. Dicho autor sostiene que las funciones de holding y handling son funciones fundamentales para el desarrollo de la personalidad del sujeto ya que mediante dichas funciones el infante puede lograr una mejor integración y la personalización; en otras palabras, un mejor manejo de su propia impulsividad contrarrestando posibles disociaciones e impulsos hostiles.

Además, se concluye que el vínculo entre madre y niño sería otro factor fundamental para la evolución y crecimiento del sujeto. La falta de sensibilidad del vínculo de la madre hacia su hijo podría ser una contribución importante para establecer una situación traumática en su infancia. Se piensa que dichas experiencias al ser representaciones intolerables para el aparato psíquico sobreviene el trauma; y la manera arcaica y regresiva de darle una forma a ese trauma sería mediante el accidente. En otras palabras, la descarga pulsional al no poder unirse a una representación pasa directamente al acto o al cuerpo. Tomando a los autores Cesar Botella y Sara Botella (1997) se plantea que lo traumático, lo irrepresentable, provendría de la incapacidad de transformar una vivencia en algo psíquico por lo cual se produciría un hueco en la trama de las representaciones que provocaría la violencia de los afectos y la desorganización del psiquismo.

Por lo tanto, se concluye que la provisión de cuidados, protección y afecto al niño serían factores fundamentales para el buen desarrollo y la prevención de cuadros impulsivos, entre otros tantos.

También, se ha descrito los mecanismos de defensa más significativos que operaron en el paciente antes y durante la internación. Se deduce que el sujeto utiliza múltiples mecanismos de defensa que tendrían el fin de impedir que los contenidos afectivos intolerables lleguen a la consciencia. Según Vitelleschi (2014) el Yo utiliza los mecanismos con el fin de minimizar o neutralizar las consecuencias perturbadoras de una amenaza psíquica; falsificar o distorsionar experiencias para que sean más aceptables; y permitir conservar la autoimagen para afrontar la realidad de alguna manera. Se piensa que el sujeto de forma defensiva produciría una disociación mediante el accidente, corta las ligaduras para no encontrar el significado y elaborar lo traumático.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo se pueden indicar algunas cuestiones. Trabajar sobre la demanda sería lo que posibilita la construcción de un espacio

analítico, dando lugar a la intervención clínica. La demanda de análisis se establece cuando el sujeto, ante el enigma de su síntoma, se compromete a buscarle significación y el analista es quien lo empuja para realizar un trabajo sobre la verdad del mismo. En ciertos casos al no haber del otro lado una queja, un sufrimiento o malestar para resolver no fue posible que ciertos pacientes posicionen al analista como Sujeto Supuesto Saber, privote de la transferencia. Lo que inicia el proceso analítico, sería la suposición por el analizante de un sujeto que sabe y no del saber que realmente tiene el analista. Más bien en dichos encuentros se pone el juego el interés del del analista en demandar un saber del paciente; ya que desde el comienzo el analista solicita un paciente específicamente accidentado y en las entrevistas indaga al paciente sobre el accidente sufrido. Surge el siguiente interrogante: ¿Cómo un analista puede mantenerse en abstinencia si ya toma posición desde el mismo momento en que elige tomar un paciente en análisis? ¿Dónde está la escucha hacia el paciente?.

Según Lacan (1953/2005) el objetivo de la cura sería que emerja en el paciente una verdad propia y singular, pero al no haber una queja que se dirija no fue posible en ciertos casos producir los movimiento que van a dar paso a la dimensión del inconsciente.

Por lo cual, en el transcurso de ciertas entrevistas clínicas con algunos pacientes no fue posible desentrañar la demanda en sus aspectos inconscientes, vinculados al deseo por ende tampoco se pudo poner en marcha la capacidad de elaboración psíquica del paciente.

Otra limitación que se produjo es que el analista constantemente volcaba en las entrevistas el abordaje de los accidentes que realiza de Julio Granel, intentando lograr articulaciones con los dichos del paciente. Esto podría discutirse a partir de lo que postula Lacan en su escrito *Dirección de la cura y los principios de su poder* (1958/2005) al expresar que el analista dirige la cura y no al analizante. Según Lacan la cura tiene que ser realizada en abstinencia, es decir para llegar a la cura es necesario la suspensión de los intereses del analista.

Por último, otra limitación que se produjo en este trabajo son las internaciones de corto plazo de los pacientes en el área de traumatología. El analista al tener la mayoría de las veces solo dos encuentros con los pacientes, resultó dificultoso realizar un trabajo en profundidad. Pocas veces el analista pudo brindar a los pacientes una devolución y una continuidad del proceso analítico. Se podría decir que se han abierto ciertas *heridas* que no han podido ser cerradas al ser pocos los encuentros con los

pacientes internados. Además, se piensa que en los casos de los pacientes con una regresión a la dependencia, el acompañar, el sostener es más importante que el interpretar. Por lo cual, se podría decir que el analista al no formar parte de un equipo interhospitalario, no poder realizar un seguimiento del paciente y al no haber, en ciertos casos, una demanda de ayuda por parte del paciente se podría decir que resultó dificultoso poder brindarle a ciertos pacientes una atención complementaria tanto para su diagnóstico, como para su tratamiento o rehabilitación.

Ante dichas limitaciones se sugiere que el espacio analítico sea un espacio de acompañamiento y sostén que tenga el objetivo de que el paciente pueda formular una petición de ayuda es decir una demanda. La demanda habla de la motivación y los intereses subjetivos del paciente a implicarse en la solución de su malestar. Por lo cual, se supone que mediante una comunicación significativa el analista podría llegar a despertar en el paciente una inquietud de sí mismo y como consecuencia podría llegar a establecerse la transferencia. Esto permitiría abrir la posibilidad de realizar una lectura del inconsciente como un saber, un saber que no es sabido por aquel en el cual habita.

También, se recomienda que el analista pueda dialogar no solo con los pacientes sino también con los profesionales del hospital, con el fin de construir una intervención y experiencia más rica al recoger más material para trabajar.

Además, se aconseja que el analista con la escucha promueva la tarea analizante es decir el sujeto no se dirige al analista para *hacerse analizar* sino es él quien tiene a su cargo la tarea de hablar, de asociar, de seguir la regla fundamental. Denegar las satisfacciones sustitutivas ayuda a que sea posible la pregunta por el deseo, causando que el sujeto sea convocado a responder. Es por eso que es sustancial que el analista adopte los principios de neutralidad y abstinencia ya que la cura no tiene que ver con la identificación con el analista sino, por el contrario, con la liberación de los obstáculos para la asunción subjetiva, por parte del propio paciente, de su singular existencia.

Freud en su obra *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico* (1912) desarrolla el concepto atención flotante con respecto a la singularidad de la escucha es decir sostiene que el terapeuta no debe ejercer un esfuerzo voluntario de atención, esfuerzo que sería perjudicial para un análisis, porque rigidiza la escucha al posicionarse de un modo obsesivo al querer controlar lo que surge. Por ende, se recomienda que el analista no seleccione el material que escucha, clasificar con un saber previo el material clínico, ya que implicaría la intervención de su propia subjetividad; es decir sería una

equivocación, desde la lectura de Freud, tratar de encasillar la secuencia discursiva en significaciones propias del analista.

También, se sugiere realizar un seguimiento del caso una vez que es externado del hospital con el fin de poder brindarle al paciente un sentido a su padecer del cual antes no podía ubicar ni entender; darle una diferente significación a todo el material recogido a través de las entrevistas.

Con respecto al interés del analista, en querer demandar un saber en el paciente; la no demanda del paciente, al no haber una queja o sufrimiento; y la transferencia surgen los siguientes interrogantes: ¿Puede establecerse la transferencia sin haber un pedido de alivio por parte del paciente?, ¿Cómo puede sostenerse el lugar del analista si el paciente no lo posiciona como sujeto supuesto saber?, ¿Cuál debe ser la posición del analista para habilitar el deseo inconsciente del analizante?. Según Lacan (1953/2005) detrás del amor llamado de transferencia está la afirmación del vínculo del deseo del analista con el deseo del paciente. Por lo tanto, sería interesante profundizar el concepto transferencia con respecto al deseo del paciente y al deseo de analista.

A modo de cierre, se considera dicha experiencia muy gratificante al haber sido un momento de aprendizaje y de profundización de los conocimientos académicos brindados por la universidad. También, se aprecia dicha práctica al haber sido un acercamiento al ámbito profesional en donde se tuvo la posibilidad de tener una aproximación a la clínica. Por lo cual, se podría decir que la práctica supera las expectativas de la pasante en cuestión.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. (1962/1984). Técnica Actual. En teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1962).
- Aisemberg, E. R. (1999). Más allá de la representación: los afectos. *Revista de Psicoanálisis de Asociación Psicoanalítica Argentina*, 6, 197-214.
- Alejo, A. (2014). El trauma en los fundamentos del psicoanálisis. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- Barbeta Viñas, Marc (2014). Sociología y preconsciente freudiano: El nivel latente en el análisis del discurso ideológico. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 31, (1), 97-129.
- Bernal, H. (2013). El síntoma está estructurado como lenguaje. *Poiésis*, 18, (5), 80-92.
- Bion, W. (1957/2013). Volviendo a pensar. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1957)
- Bion, W. (1962/1997). Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1997).
- Bion, W. (1965/2001). Transformaciones. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina. (Trabajo original publicado en 1965).
- Botella, C. & Botella, S. (1997). Más allá de la representación. Valencia: Editorial Promolibro
- Bowlby, J (1968/1993). El apego y pérdida. Editorial Paidós.
- Cabañas, L. (2013). Dinamismo inconsciente en Leibniz. *Revista de História e Teoría de las ideas*, 32 (1), 167-175.
- Carballo, A. M. F. (2013). La Representación en Herbart y en Freud y su Lugar en la Enseñanza. *Revista Educación y Realidad*, 38 (1), 747-767.
- Carus, C. G. (1831/2010). Vorlesungen über Psychologie. Berlin: Editorial German. (Trabajo original publicado en 1831).
- Carus, C. G. (1846/1989) Psyche. Estados Unidos: Spring Publications. (Trabajo original publicado en 1846).
- Casas de Pereda, M. (2005). El Trauma y el Inconsciente. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 100, (8), 64-77.

- Castro Melendez, G. (2011). Pulsión de muerte: Nostalgia por la armonía perdida. Revista electrónica de estudiantes Escuela de psicología de la Universidad de Costa Rica, 6, (1), 23-38.
- Dylan, E. (2007). Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano. Buenos Aires: Paidós.
- Flores, G. E. (2014). Puntualizaciones sobre el concepto de cambio psíquico y el estatuto de las emociones, en las obras de freud, klein, bion y meltzer. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Fonseca Jiménez, H. J. (2018). Lectura del capítulo II del Seminario 11: El Inconsciente freudiano y el nuestro. La nueva escuela lacaniana, 15, 5-7.
- Freidin, F. & Slapak, S. (2013). Accidentes en niños. Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Prácticas Profesionales en Psicología. XVI Jornadas de Investigación y Quinto Encuentro de Investigadores en psicología del Mercosur. TI. 45-47. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- Freidin, F. & Slapak, S. (2012). Accidentes en niños. Estudio de caso. Anuario de Investigaciones, 12 (1), 233-241.
- Freidkes, V. S. (2014). La escucha en psicoanálisis, procesos y transformaciones. Escuela de la Clínica Psicoanalítica Asistencia y docencia en prevención de salud mental, 16, 11-18.
- Freud, A. (1936/2014). El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1936).
- Freud, S. (1893/2007) Sobre los mecanismos psíquico de los fenómenos histéricos - comunicación preliminar. En estudio sobre la histeria. Obras completa: Vol. II. (pp. 27-43). Buenos Aires: Amorrortu. . (Trabajo original publicado en 1893).
- Freud, S. (1893/2007). Un caso de curación hipnótica. En Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de freud. Obras Completas. Vol. I. (pp. 22-29). Buenos Aires: Siglo Veintiuno. . (Trabajo original publicado en 1893).
- Freud, S. (1900/2007). El material y las fuentes del sueño. En La interpretación de los sueños. Obras Completas. Vol. IV. (pp. 252-258). Buenos Aires: Amorrortu. . (Trabajo original publicado en 1900).
- Freud, S. (1900/2007). La regresión. En La interpretación de los sueños. Obras Completas. Vol. IV. (pp. 527-542). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1900).

- Freud, S. (1901/2007). El trastocar de las cosas confundido. En Psicopatología de la vida cotidiana. Obras Completas. Vol. VI. (pp. 160-187). Buenos Aires: Amorrortu. . (Trabajo original publicado en 1901).
- Freud, S. (1901/2007). Acciones casuales y sintomática. En Psicopatología de la vida cotidiana. Obras Completas. Vol. VI. (pp. 188-199). Buenos Aires: Amorrortu. . (Trabajo original publicado en 1901).
- Freud, S. (1905/2007). El vínculo del chiste con el sueño y lo inconsciente. En El chiste y su relación con lo inconsciente. Obras Completas. Vol. VIII. (pp. 160-163). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905).
- Freud, S. (1908/2007). La moral sexual 'cultural' y la nerviosidad moderna. Ensayos sobre sexualidad. En delirio y los sueños en la Gradiva de W. Jensen y otras obras. Vol. IX. (pp. 159-181). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1908).
- Freud, S. (1912/2007). Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico. Vol. XIII. (pp. 107-119). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1912).
- Freud, S. (1915/2007). La represión. En Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Vol. XIV. (pp. 135-152). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (1915/2007). Lo inconsciente. En Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Obras Completas. Vol. XIV. (pp. 153-204). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (1915/2007). Pulsiones y destinos de pulsión. En Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Obras Completas. Vol. XIV. (pp. 105-134). (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (1917/2007). Conferencia 18 La fijación al trauma, lo inconsciente. En Conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras Completas. Vol. XVI. (pp. 250-262). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917).
- Freud, S. (1920/2007). Más allá del principio del placer. En Más allá del Principio de Placer Psicología de las masas y análisis del Yo y otras obras. Obras Completas XVIII. (pp. 1-62). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1920).
- Freud, S. (1920/2007). Teoría de la Libido. En Más allá del Principio de Placer Psicología de las masas y análisis del Yo y otras obras. Obras Completas XVIII. (pp. 250-254) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1920).
- Freud, S. (1925/2007). La negación. En el yo y el ello. Obras Completas XIX. (pp. 249-257). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1925).

- Freud, S. (1926/2007). Addenda. En *Presentación autobiográfica Inhibición, síntoma y angustia ¿Pueden los legos ejercer el análisis y otras obras*. Obras Completas. Vol. XX. (pp. 147-150). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1926).
- Freud, S. (1926/2007). *Presentación autobiográfica*. En *Presentación autobiográfica Inhibición, síntoma y angustia ¿Pueden los legos ejercer el análisis y otras obras*. Obras Completas. Vol. XX. (pp. 152-163). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1926).
- Freud, S. (1926/2007). *Represión y defensa*. En *Presentación autobiográfica Inhibición, síntoma y angustia ¿Pueden los legos ejercer el análisis y otras obras*. Obras Completas. Vol. XX. (pp. 152-163). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1926).
- Freud, S. (1937/2007). *Análisis terminable e interminable*. En *Moisés la religión monoteísta Esquema del psicoanálisis y otras obras*. Obras Completas. Vol. XXIII. (pp. 211-229). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1937)
- García Vázquez S. (2005) *Trauma psíquico y método psicoanalítico*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 100, 149-169.
- Gutiérrez Peláez, M. (2013). *La vigencia de la concepción psicoanalítica del trauma*. Revista Desde el Jardín de Freud, 13, (1), 293-304.
- Gallegos, M. (2012). *La noción de inconsciente en Freud: antecedentes históricos y elaboraciones teóricas*. Revista Latinoamericana Psicopatología Fundamental, 15, (4), 891-907.
- Granell, J. (2009). *Teoría psicoanalítica del accidentarse*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Gasbarro, C. (2016). *Del síntoma y la función de su causa*. XVIII Jornada anual de la Escuela de Orientación Lacaniana, Buenos Aires.
- Gomila, A. (2007). *El retorno de la represión*. Revista Teorema, 26, (3), 97-111.
- Herbart, J. F. (1834/2013). *Manual de Psicología*. Cambridge: Harvard College Library. (Trabajo original publicado en 1834).
- Hinojosa, A. (1968). *Mecanismos psicológicos de adaptación y defensa*. Editorial: Aramoni.
- Hornstein, L. (2010). *Narcisismo, autoestima, identidad, alteridad*. Buenos Aires: Paidós.
- Jaramillo, F. (2017). *La negación es una autodefensa*. Diario El Comercio. Recuperado de: <https://www.elcomercio.com/tendencias/psicologia-antropologia-cienciassociales-negacion-autodefensa.html>.

- Klaus Runge Peña, A (2009). La ética de Johann Friedrich Herbart como estética en sentido formativo o de cómo abrirle un espacio de posibilidad a la educación. *Revista Educación y Pedagogía*, 21 (1), 55-70.
- Klein, M. (1926/2015). Principios Psicológicos del análisis infantil. En *Amor, culpa y reparación. Obras Completas. Vol I.* (pp. 137-147). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1926).
- Klein, M. (1932/2015). El Psicoanálisis en niños. En *Obras Completas. Vol II.* (pp. 110-125). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1932).
- Klein, M. (1940/2015). El duelo y su relación con los estados maníaco depresivos. En *Amor, culpa y reparación. En Obras Completas. Vol I.* Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1940)
- Lacan, J. (1953/2005). Seminario 1. Función y campo de la palabra en psicoanálisis. En *los 33 escritos Jacques Lacan.* (pp. 231-239). En Buenos Aires: Siglo Veintiuno. (Trabajo original publicado en 1953).
- Lacan, J. (1958/2005). El Seminario 2. La dirección de la cura y los principios de su poder. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1958)
- Lacan, J. (1960/2005). El Seminario 8. La transferencia. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1960).
- Lacan, J. (1964/2005). El Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1964).
- Lacan, J. (1967/2005). El Seminario 15. La lógica del fantasma. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1967).
- Lacan, J. (1984/2005). El yo en la teoría de Freud y en la Técnica psicoanalítica. En *El Seminario 2.* Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1984).
- Laplanche, J. (1967/2013). *Diccionario De Psicoanálisis.* Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1967).
- Laplanche, J. (1987). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis. La seducción originaria.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Laznik, D; Lubián, E. & Kligmann, L. (2011) La segunda tópica freudiana y sus dimensiones clínicas. *Anuario de Investigaciones*, 18, (1), 81-85.
- Leibniz, W. G. (1686/2010). *The Correspondence between Leibniz and Arnauld.* Canada: Early modern texts. (Trabajo original publicado en 1686).
- Lipps, T. (1897/2001). El concepto inconsciente en la psicología. *Natureza Humana*, 3, (2), 335-356. (Trabajo original publicado en 1897).

- Loparic, Z. (2001). Theodor Lipps: una fonte esquecida do paradigma freudiano. *Natureza Humana*, 3 (2), 315-334.
- Marucco, N. C. (2006). Actualización del concepto de trauma en la clínica analítica. *Revista de Psicoanálisis*, 63, (pp. 9-19).
- Minaudo, J. (2011). El accidente, una manera de elegir. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Miranda, V. (11 de septiembre del 2009). Cuando duele antes del golpe. La nueva. Recuperado de: <https://www.lanueva.com/nota/2009-3-11-9-0-0-cuando-duele-antes-del-golpe>.
- Munévar, M. C.; Pérez, A. M. & Guzmán E. (1995). Los sueños: su estudio científico desde una perspectiva interdisciplinaria. *Revista latinoamericana de psicología*, 27, (1), 41-58.
- Ortigoza Capetillo, M. I. (2012). La palabra es cuerpo. *Revista Psicomundo*, 29, (3), 50-59.
- Rabinovich, D. (2017). El inconsciente lacaniano. Buenos Aires: Letra Viva.
- Rodado, J., Sanz E. y Otero J. (2006). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. La escucha analítica como lugar de encuentro*, 26, (2), 282-288.
- Rodriguez, S. (7 de diciembre de 2017). El deseo de morir. Página 12. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/82502-el-deseo-de-morir>.
- Salatino, D. R. (2013). *Psiquis Estructura y Función*. Buenos Aires: Autoedición.
- Salem, F. (2016). El inconsciente, discurso del otro. Jornada de escuela inconsciente tiempo y espacio. Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- Sánchez, H. (2014). La personalidad Obsesiva Compulsiva. *Revista Internacional de Psicoanálisis*. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/revistas.php?n=051>
- Schkolnik, F. (1999). Representación, resignificación y simbolización. *Revista de Psicoanálisis. Número Especial Internacional*, 6, (1), 301-326.
- Sopena, C. (2001). Pulsión de muerte y sexualidad. *Revista Psicoanalítica Uruguay*. Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720019411.pdf>
- Sousa Bras Vilar Soares, S. (2016). Implicaciones de la pulsión de muerte en psicósomática: la paradoja autodestructividad/supervivencia psíquica (tesis de doctorado inédita). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Spagnuolo de Iummato, A. (2013). *Funciones del Yo*. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Taboada, W. B. (2009). Inconsciente, lógica y subjetividad. Los caminos del psicoanálisis. *Revista En-claves pensamiento*, 3, (6), 23-40.

- Tkach, C. E. (2009). El concepto de trauma de Freud a Winnicott: un recorrido hasta la actualidad. XII Jornada de Clínica de Niños y Adolescentes. Secretaría de Extensión. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- Thoret, Y. (1999). La disociación histérica en los textos de Janet y Freud antes de 1911. *L'évolution Psychiatrique*, 64 (4), 749-764.
- Urribarri, F. (1998). La representación y lo irrepresentable. *Revista de psicoanálisis*, 6, (1), 327-347.
- Valeros, J. (2005) Trauma en la obra de John Bowlby. *Revista Psicoanálisis APdeBA*, 27, (1), 205-207.
- Vitelleschi, B. (29 de mayo del 2014). ¿Todo bajo control? Mecanismos de defensa: cómo funcionan y de qué nos protegen. *Diario Clarín*. Recuperado de: https://www.clarin.com/psicologia/mecanismos_de_defensa-negacion-sublimacion-regresion-psicologia_0_ry7xiRFPXI.html
- Waserman, M. (2009). El Corte-Circuito. *Revista Actualidad Psicológica*, 11, (1), 373-374.
- Winnicott, D. (1955/1979). La agresión en relación con el desarrollo emocional. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia. (Trabajo original publicado en 1955).
- Winnicott, D. (1960/1993). La teoría de la relación progenitores-bebé. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1960).
- Winnicott, D. (1960). La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1960).
- Winnicott, D. (1962/1993). La integración del yo en el desarrollo del niño. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1962).
- Winnicott, D. (1965/2009) *Los procesos de maduración en el niño y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1965).
- Winnicot, D. (1967/1993). Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. En *Realidad y juego*. (pp.130-131). Barcelona: Gedisa. (Trabajo original publicado en 1967).
- Zayas Mujica, R; Cabrera Cárdenas, U. & Cayón, D. (2007). “¿Accidentes infantiles o lesiones no intencionales?”. *Revista Cubana de Pediatría*, 79 n.1; pp 20-37.

Zentz, P. (27 de febrero 2013). Acte manqué, un désir inconscient ?. Doctissimo. Recuperado de: http://www.doctissimo.fr/html/psychologie/psycho_pour_tous/commun/15787-acte-manque.htm