

XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2004.

METODO DE ABORDAJE DEL PACIENTE ACCIDENTADO.

Lic María L. Lepera de Fairstein y Lic Carmen V. De Esteguy.

Cita:

Lic María L. Lepera de Fairstein y Lic Carmen V. De Esteguy (2004). *METODO DE ABORDAJE DEL PACIENTE ACCIDENTADO. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-029/217>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eVAu/sqw>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

71 - METODO DE ABORDAJE DEL PACIENTE ACCIDENTADO

Autor/es

Lic María L. Lepera de Fairstein ; Lic Carmen V. De Esteguy

Institución que acredita y/o financia la investigación

CIPEA (Centro de Investigaciones Psicológicas para el Estudio y Prevención de los Accidentes) Malabia 2137 2º H (1425) cipea1@yahoo.com.ar 4832-8162

Resumen

Describiremos el enfoque desarrollado en CIPEA sobre el abordaje clínico del paciente accidentado desde el punto de vista psicoanalítico. Basándonos en el concepto de acto fallido, consideramos al accidente como una manifestación del acontecer humano, con raíces en conflictos inconscientes. Interactúan en su gestación tres factores: Mediatos, necesarios no suficientes: proclividad latente a accidentarse Inmediatos o determinantes específicos: crisis de cambio conflictivas, evolutivas o vitales, con características traumáticas. Concurrentes: elementos del mundo externo apropiados para escenificar el conflicto interno. Consideramos cinco etapas del método de abordaje - Establecimiento de un clima de confianza y contención - Análisis de la situación actual del accidentado y su entorno, y de un suceso traumático evocador de otro pretérito, que se descarga en la escena presente. - Averiguación acerca de cambios vitales previos en lo personal o familiar y/o antecedentes de accidentes anteriores cuyos conflictos irresueltos constituyen prolegómenos del actual. - Observación del desarrollo de la internación : lesiones, tratamientos y vínculos terapéuticos, elementos que ayudan a reconstruir la escena conflictiva interna - Inclusión de la familia o acompañantes: para elaborar ansiedades perturbadoras de la evolución del paciente y aportar

datos. - Prevención: la concientización del conflicto previene futuros accidentes.
Ejemplificación clínica.

Resumen en Inglés

Description of the method of studying patients that have suffered accidents, developed in CIPEA, that is based on psychoanalytic theory. An accident is considered an expression of the unconscious in the same way as a parapraxis is. The interaction of three factors contribute to the accident -Background conditions, necessary but not sufficient: a latent tendency to have accidents -Contemporary specific events: conflictive changes with traumatic effects. -Concurrent factors: aspects of reality taken to represent inner conflict. Five steps to study these patients: - Creating an atmosphere of trust and protection. -Analysis of both the patient' s and their family' s present situation, and a traumatic event that may trigger a previous one which can have an effect on the present scene. -Detection of important changes in the patient' s or their family' s life, or of unresolved conflicts of previous accidents which can become the cause of the present ones. -Study of the hospitalisation process: injuries, treatments, and therapeutic links between patient and doctors, which can help to express the inner conflict. -Inclusion of the families or attendants to find out about the anxieties of the patient and obtain further information. -Prevention: becoming aware of the conflict may help prevent future accidents. Example.

Palabras Clave

Abordaje del paciente accidentado

Describiremos la metodología empleada en la atención del paciente accidentado hospitalizado, desarrollada en CIPEA. Esta Institución fue inaugurada en 1980, bajo la dirección del Dr. Julio Granel, quien interesado en resolver y entender los

mecanismos de producción del accidente desde el punto de vista psicológico y la problemática del accidentado, convocó a un grupo de psicólogos y médicos psicoanalistas a fin de configurar un espacio apropiado para la investigación y aplicación de estas ideas.

En 1984 buscando dar confiabilidad clínica a las ideas teóricas, se creó el Departamento de Investigación y Asistencia.

La tarea más urgente fue diseñar un método específico de abordaje del paciente accidentado hospitalizado, ya que la metodología tradicional de entrevistas psicoanalíticas con la que contábamos nos resultaba insuficiente para adentrarnos e indagar los aspectos claves que intervenían en la producción del accidente.

Nuestro punto de partida teórico, basado en el concepto de acto fallido de la teoría psicoanalítica,(1) sustenta la hipótesis que el accidente cualquiera sea su modo de presentación o magnitud es considerado como una manifestación del acontecer humano, que se gesta dentro del individuo y tiene raíces en conflictos inconscientes.

Una premisa sustentada por CIPEA es que “ un accidente es una acto fallido en el cual se pone en peligro la integridad corporal” .

Basándonos en el concepto de series complementarias, buscamos su motivación inconsciente. A partir de nuestras observaciones clínicas, hemos observado la interacción de tres factores que operando dinámicamente, intervienen en la causalidad del accidente.(3)

I : Factores Mediatos, necesarios no suficientes. Implican la existencia de una proclividad latente a accidentarse, que formando parte del acervo de conductas heredadas del ser humano se apoya en mecanismos expulsivos primitivos de tipo violento y destructivo. Dicha proclividad se expresa bajo la forma de conductas que entrañan riesgo.

II: Factores Inmediatos o determinantes específicos. Se denomina así a situaciones vitales que conllevan un dilema de difícil resolución. Por su naturaleza se las clasifica como crisis evolutivas o vitales.

Hemos observado que cuando el individuo atraviesa por estas circunstancias la proclividad latente se activa y valiéndose de los elementos externos(III Factores Concurrentes) se produce el accidente.

Como resultado de las investigaciones desarrolladas en CIPEA se puede mencionar como hipótesis que el accidente se produce en un momento determinado de la vida de un sujeto que se encuentra en una encrucijada vital de dimensiones conflictivas ya que implica resolver una situación de cambio crucial, de carácter evolutivo o vital, cuyo reconocimiento y manejo consciente está entorpecido por factores emocionales dolorosos. Como consecuencia de tener que afrontar situaciones nuevas, nuevas identificaciones y pérdidas, éste se transforma en un momento desestructurante. Consideramos que en estas circunstancias se produce lo que hemos denominado “colisión de identificaciones” .(3)Así configurada, la situación deviene en una crisis conflictiva, inconsciente, dilemática e irrepresentable que se exteriorizará a través de un accidente. Expulsando violentamente el conflicto interno y sus contenidos afectivos dolorosos se configurará una escena visible para él y su entorno constituyendo los elementos externos, el escenario adecuado para su dramatización.

Para comprender este fenómeno buscamos la forma de obtener del paciente la mayor cantidad de datos, y manejar sus resistencias a aceptar la participación de los conflictos inconscientes en el accidente, en vez de atribuirlo al azar.

Es así como fuimos diseñando y aplicando nuestro método específico de abordaje. Primera etapa: Confianza y contención: En nuestro primer contacto con el paciente, dada la importancia de comprender la situación traumática y dolorosa que tanto el paciente como su familia atraviesan, tratamos de crear un clima de

confianza y contención de las emociones en juego, con el objetivo de instalar un vínculo terapéutico que posibilite la continuidad de la atención.

Segunda etapa: Situación Actual: En un segundo momento, ya sea en esa misma entrevista o en las siguientes, indagamos sobre las circunstancias que el sujeto y su familia estaban atravesando en el momento del accidente, descubriendo la presencia casi inexorable de la crisis de cambio o de un suceso traumático evocador de otro pretérito, que se descarga en la escena actual.(4)

Consideramos que una situación traumática es un acontecimiento intenso en la vida del sujeto que supera la capacidad del psiquismo para poder elaborarla o tramitarla. Se constituye así un trauma que rompe la estabilidad narcisista produciendo un desequilibrio momentáneo o definitivo. Como el conflicto que ha originado el trauma no encuentra una vía adecuada de expresión a través del pensamiento o la palabra buscará descargarse por el camino del acto: el accidente.(2) (7)

Para acceder al conocimiento del conflicto, tratamos de recabar la mayor cantidad de datos que el paciente nos pueda proporcionar a través del relato pormenorizado del accidente y de su vida personal.

En relación al relato del accidente, solicitamos todos los detalles que sobre el mismo nos pueda aportar: lugar y momento en que se produjo, día y hora, quienes o qué elementos de la realidad participaron, así como el contexto en el que ocurrió, es decir la situación particular e inmediata en la que se hallaba el sujeto .

En la medida de lo posible solicitamos también un bosquejo gráfico de la escena del accidente, el que nos proporcionará valiosa información sobre la conflictiva interna que escapa a la posibilidad de verbalización.

Tercera etapa: Situación Previa al Accidente: A partir de nuestro interés en ubicar el accidente dentro de un contexto más amplio investigamos más detalles de la vida personal y nos aproximamos a la situación vital en la que el sujeto se

encontraba antes del accidente .Para ello nos informamos sobre detalles de su vida personal, familiar o laboral, que pudieron haber incidido en su vida presente. Estamos especialmente atentos a la existencia de cambios o acontecimientos puntuales en su entorno íntimo, tales como nacimientos, muertes, mudanzas, divorcios, cambios en lo laboral, etc. Averiguamos también la existencia de accidentes anteriores, leves o graves y sobre las condiciones en las que se produjeron, ya que accidentes anteriores suelen ser prolegómenos de otros si el conflicto no se ha resuelto.(5)

Cuarta etapa: Vicisitudes de la Internación: Para obtener más registros de la escena conflictiva interna que se expresa y vuelca en el accidente, observamos además atentamente todos los detalles del desarrollo de la internación: los vínculos que se dan entre el paciente y su familia, entre el paciente y la familia con el equipo asistencial médico y con las estrategias terapéuticas planteadas por éstos. En este contexto y en contacto con el equipo médico nos informamos acerca de las lesiones del paciente y de los otros participantes del accidente, el tipo de tratamiento que se le administra, evolución, etc, así como las dificultades que pudieran surgir en el equipo médico . Cada uno de estos componentes adquirirán un significado en la reconstrucción de la escena del conflicto interno .

Quinta etapa: La Inclusión de la Familia o Acompañantes: Es importante entrevistar a los acompañantes del paciente en la internación y si es necesario citar al o los familiares que nos puedan proporcionar más datos. El trabajo con los familiares incluye la elaboración de sus ansiedades frente a la situación traumática que atraviesan, para evitar así, en lo posible, que perturben la evolución del paciente y el vínculo de éste con los médicos.

Acción preventiva: La integración de estos distintos momentos es lo que va a facilitar la configuración interior de un recurso valioso en el sujeto, para la prevención de futuros accidentes, devenida de la comprensión de éste.

Con este propósito, proponemos continuar esta tarea en la externación del paciente, tanto en grupo como individualmente.

De este modo el sujeto que ha sufrido el accidente, podrá evolucionar rehabilitándose desde el punto de vista físico y psíquico, logrando algún grado de comprensión acerca de los posibles factores que intervinieron en la producción de su accidente y descartando la idea del echo casual que lo dejaría nuevamente en una situación de extrema vulnerabilidad.

Hemos podido observar que si estos conflictos internos que estaban presentes antes del accidente, continúan vigentes, perturban la tarea de recuperación y dejan al sujeto proclive a su repetición hasta tanto no se logre su concientización: es decir que estos contenidos adquieran representabilidad a través del pensamiento consciente o la palabra, para ser así convenientemente elaborados.(5)

EJEMPLIFICAREMOS: Caso Mara (6). Una niña de 10 años y 7 meses, fue atropellada por un auto al cruzar la calle en la mitad de cuadra, entre dos coches estacionados. Sufrió golpes en la cabeza, rotura de un diente, y fractura expuesta de fémur izquierdo debido a que el paragolpe del coche se le incrustó en la pierna. Fue sometida a tracción, intervención quirúrgica y posteriormente un yeso que llevó durante un mes y medio. Al finalizar el tratamiento médico quedó con una diferencia marcada en la longitud de sus miembros. En el relato de su accidente Mara dijo que ,” ella había visto venir el coche pero creyó que tenía tiempo de cruzar” . Testigos del accidente, relataron haber visto a la niña bajar hacia la calzada corriendo sin mirar, entre dos coches estacionados, pareciendo que fue ella quien “ atropelló al auto”

En el momento de la consulta, la paciente se hallaba aún internada en el hospital, pero iba a tener el alta hospitalaria en esos días, de modo que la terapeuta iría a verla a su casa.

En los casos de niños accidentados, realizamos en primer término una entrevista con los padres, recogiendo la mayor cantidad de información sobre la historia del niño y su familia. También solicitamos una detallada descripción del accidente y

todos los datos que nos puedan aportar sobre las circunstancias vitales, crisis familiares, situaciones de cambio, conflictos en el entorno, etc.

Luego entrevistamos al niño, en entrevistas individuales, o con la presencia de un familiar según los casos, ya sea que se trate de un niño menor de tres años, o por considerarlo de utilidad. También solicitamos a los padres que se alternen para acompañar al niño y así poder observar la dinámica con cada uno de ellos. Realizamos entrevistas de juego, y administramos técnicas proyectivas para el estudio del accidente. Al mismo tiempo solicitamos del niño el relato detallado del accidente y su dibujo.

En entrevistas familiares observamos el funcionamiento del grupo, las ansiedades que se mueven, la distribución de roles y en especial el rol del niño accidentado en la dinámica familiar.

En el transcurso del tratamiento, repetimos las entrevistas familiares evaluando posibles cambios en el funcionamiento del grupo y su repercusión en el paciente.

Proponemos también entrevistas con los padres, cuya frecuencia se determina en función del caso. En nuestra experiencia la frecuencia semanal o quincenal resulta ser óptima especialmente al principio del tratamiento, en las que se trabaja en el esclarecimiento, resolución y elaboración de las ansiedades y conflictos que han llevado a la producción del accidente.

El tratamiento de Mara, tuvo una duración de dos años aproximadamente, a razón de una sesión semanal, al principio en la casa, continuándolas en el consultorio de la terapeuta, cuando la niña pudo movilizarse.

También se realizaron entrevistas semanales con los padres

Antecedentes mediatos e inmediatos: su hermana había cumplido 8 años, el día anterior al accidente y esa semana ella iba a organizar la animación del cumpleaños, cosa que hasta ese momento se ocupaba la madre. Además habían comprado un perrito. El día del accidente, a la mañana concurrió a la escuela y a

la tarde fue a una clase particular de inglés. Antes de ir a inglés había estado jugando con el perrito y dijo que hubiera preferido quedarse en su casa. Al salir de la clase ocurrió el accidente.

Hacía poco que se manejaba sola en la calle. Evolutivamente se hallaba frente a la aparición de los caracteres sexuales secundarios y próxima a su menarca.

Anteriormente, había sufrido otros accidentes, leves, sin mayores consecuencias. Padecía episodios de espasmos bronquiales desde los 9 años, y a los 5 le habían detectado una leve disritmia.

Situación familiar: Padre 36 años, madre 34 y hermana de 8. Padres con rasgos inmaduros. Aquél, poco contenedor de las angustias y necesidades afectivas de la niña, las rechazaba interpretándolas como “mañas”. También la llamaba “pato criollo”. La madre, con actitudes de desvalorización asumía un control exigente de su familia, rechazando toda posibilidad de discrepancia e imponiendo sus criterios, especialmente frente a las diferencias culturales y religiosas que había entre ellos.

Mara asumía un rol adulto, mediando muchas veces en discusiones, en especial entre la madre y la abuela materna, situaciones que la angustiaban, llorando muy a menudo, lo que no era tolerado por los padres. El padre la criticaba y se burlaba de ella y la madre se enojaba y le reprochaba su falta de “agradecimiento y colaboración”.

Hipótesis sobre el accidente: El salir corriendo, atravesando los dos autos, representaba su inserción precoz hacia la adultez, en la mitad de su evolución- la mitad de cuadra- y evidenciando carencia de normas -falta de padre- al no cruzar por la senda adecuada.

Se sentía presionada por sus pulsiones, al inicio de su pubertad, sin contar con la madurez afectiva para manejarlas. También se sentía exigida a nivelar y resolver las diferencias culturales y ancestrales de los padres. En un intento de salir de la

situación de encierro, en el accidente dramatizó externamente lo que ya no podía sostener en su mundo interno. A través del accidente se escenificó también la confusión de roles, ¿ ella atropelló al auto o el auto a ella?. Durante el tratamiento pudo discriminarse de la madre con menor conflicto y ser comprendida en sus deseos y necesidades evolutivas. Logró hacer respetar su espacio y su intimidad. Fue asumiendo un manejo más adecuado de sus angustias. Mejoró su relación y comunicación con el padre, quien hizo también cambios importantes en el vínculo con la hija. A su vez Mara pudo aclarar sus interrogantes sobre las diferencias religiosas. La diferencia de longitud en sus piernas fue desapareciendo durante el tratamiento psicológico.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Freud, S: " Psicopatología de la Vida Cotidiana" .1901 Ed. Amorrortu Vol 6
- (2) Granel J: " Correlaciones Genéticas entre el Accidentarse, la Situación de Cambio y el Narcisismo" Revista de CIPEA. N° 1 1987.
- (3) Granel J: " Consideraciones sobre la Capacidad de Cambiar, la Colisión de las Identificaciones y el Accidentarse" .Revista de CIPEA N° 3 1992
- (4) Grinberg,L y Grinberg R: " Identidad y Cambio" Ed. Paidos 1993.
- (5) Lepera de Fairstein M.L ,Veiga de Esteguy C.: "El Trauma Psíquico y el Accidentarse " 1994. 1º Congreso Argentino de Trauma.
- (6) Lepera de Fairstein M.L., " Mara" caso presentado en CIPEA -1993
- (7) Loschi Alberto: Una función del acto Revista de CIPEA N° 3 1992

