

Los factores concomitantes a los accidentes en la infancia. Estudio de campo sobre traumatofilia infantil

The contributing factors to accidents in childhood.
Field study on child traumatophylia

Marina Rosario Dávila

Departamento Académico Rafaela, Universidad Católica de Santiago del Estero
Santa Fe, Argentina
davilamai@yahoo.com.ar

Abstract

The word "accident" implies the occurrence of an unforeseeable event and the fatalistic view that society has about the inevitable and unfortunate. And more unfortunate is when children who star in such events. But what happens if we start to think of accidents as true symptoms and self-punitive actions if the protagonists are children?

This work not only attempts to answer this question, but to establish what are the contributing factors to these events seen and described as fortuitous.

Keywords: Accidents, Traumatophylia, Stock symptomatic, Trauma.

Resumen

La palabra "accidente" implica el suceso de un evento imprevisible y el concepto fatalista que tiene la sociedad acerca de lo inevitable y desgraciado. Y más desgraciado resulta cuando son niños los que protagonizan tales sucesos. Pero ¿qué sucede si empezamos a pensar los accidentes como verdaderos síntomas y acciones autopunitivas aunque sus protagonistas sean niños?

Este trabajo no sólo intenta dar respuesta a esta pregunta, sino a establecer cuáles son los factores concomitantes a estos eventos vistos y descritos como fortuitos.

Palabras claves: Accidentes, Traumatofilia, Acciones sintomáticas, Trauma.

1. INTRODUCCION

El interés de este trabajo está orientado a abordar la temática de los accidentes infantiles desde una realidad diferente a la aparente. Es decir, planteándola desde una "realidad psíquica", donde la concepción del mundo no se ciñe a lo meramente manifiesto y al orden lineal de las relaciones de causa y efecto, donde los accidentes infantiles sólo pueden definirse como sucesos azarosos, inevitables y desafortunados al momento en que, por ejemplo, un niño sufre un accidente de tránsito al viajar a bordo de un vehículo. Pero en modo alguno se deberá considerar así cuando este niño se cae, se quema, se corta o se intoxica y menos aún cuando se accidenta reiteradamente, ya que tendremos que pensar estos "accidentes" como verdaderas *acciones sintomáticas*.

A fin de llevar a cabo la indagación de esta problemática no hemos considerado el estudio de accidentes de tránsito, como tampoco aquellos por homicidio. Por lo tanto, los accidentes sobre los cuales se ha desarrollado este trabajo sólo son los llamados accidentes domésticos (golpes, cortes,

caídas, intoxicaciones, mordeduras, fracturas, ahogamientos, electrocuciones, etc.) protagonizados por infantes de entre 5 y 9 años de ambos sexos, debido a que en esta franja etaria el niño ya ha conquistado la motricidad fina, y por lo tanto ni la torpeza motriz, ni el llamado trastorno por déficit atencional (ADD) pueden ser la excusa a la emergencia de un hecho que a simple vista se presenta como fortuito implicando el concepto fatalista de la sociedad acerca de lo inevitable.

Debido a esto la propuesta realizada, aquí es la de llevar a cabo el análisis de los factores exógenos y endógenos que pudieran estar presentes al momento de la ocurrencia del accidente, a fin de que estos niños no sean más un número que incrementan las estadísticas, sino constituirlos en sujetos con una historia singular y significativa por contar y desplegar. Aquella historia que dará cuenta, en última instancia, del particular ensamblaje que se juega entre el traumatismo existente y el síntoma operante en estos infantes que presentan este singular síntoma: la traumatofilia, es decir, la clara y evidente propensión a accidentarse.

2. LOS ACCIDENTES: LA NUEVA EPIDEMIA DEL SIGLO XXI

Para poder hacer referencia a los factores concomitantes a los accidentes en la infancia, primeramente deberemos situar esta problemática en el contexto socio-histórico en el cual se encuentra inmersa, ya que si tenemos en cuenta las vicisitudes de cada contexto, veremos cómo en cada uno de ellos se van estableciendo los modos en que la producción de subjetividad adquiere para cada época. Y en este sentido, vemos que es diferente el lugar que adquiere hoy por hoy la infancia dentro de esta sociedad “hipermoderna”[1] a la cual esta época evolutiva se halla sujeta, ya que actualmente el niño se encuentra más en un lugar de producción y adquisición de conocimientos que en un lugar de creación y desarrollo de potencialidades simbólicas, donde el ocio o la creatividad han sido desplazados por la adquisición de conocimientos en idiomas e informática que traban el desarrollo de los procesos de simbolización del niño. Donde lo importante hoy es que los niños no se caigan de la cadena productiva, dando lugar esto a la generación de cuadros sintomáticos que anteriormente eran impensables en la infancia como ciertas formas de ataques de pánico vinculados a situaciones de estrés y de exigencia, como así también el agotamiento y la ocurrencia de accidentes los cuales ocupan hoy un lugar privilegiado dentro de patologías infantiles, que sin lugar a dudas no cesan de generar efectos desequilibrantes sobre el psiquismo de cada niño.

Al indagar la bibliografía existente respecto de este tema, resulta llamativo que sólo se hallen estadísticas de mortalidad con la consiguiente preocupación por parte de los organismos oficiales respecto de los costos de atención sanitaria frente a esta “nueva epidemia” del siglo XXI, para lo cual la O.M.S., O.P.S. y U.N.E.S.C.O. entre otras, confeccionan manuales preventivos y consejos para padres en casos de emergencias; pero ninguno de estos materiales han puesto sus dichos en correlación con alguna teoría psicológica que aporte elementos respecto de los factores causales, concomitantes o intervinientes en el accidente. Sólo expresan su preocupación por los elevados costos que generan las vidas que anualmente se cobran estos “infortunios”, y que sólo dentro de la ciudad capital de Santa Fe, pueden contabilizarse entre los años 2000 y 2002, unos 160 niños aproximadamente de entre 5 y 9 años que anualmente mueren en este tipo de accidentes.

No consideramos en ningún momento que esta no sea una cifra para tener seriamente en cuenta, sino lo que se está planteando es que al evidenciarse una falta de correlación entre estos datos estadísticos y una correspondiente fundamentación respecto de las causas de estos sucesos, las estadísticas en sí parecen dar cuenta solamente de un fragmento, ya que acentúan el aspecto descriptivo y fenoménico de los accidentes infantiles, cuando en realidad estos estudios realizados por organismos oficiales deberían poder dar cuenta de la génesis, evolución, finalidad y significado de esta problemática infantil.

2.1. ¿A qué llamamos “accidente” cuando a él nos referimos?

Atribuir al azar o al destino el origen del accidente tiene como lógica consecuencia la idea de su inevitabilidad, y por ende esta concepción conduce a la aceptación de que el accidente sería un suceso independiente de la voluntad humana, que se encontraría desencadenado por la acción súbita y rápida de una causa exterior que podría traducirse en una lesión corporal o mental, sin por esto poner en tela de juicio, que, aquello que aparentemente surge como suceso independiente de la voluntad humana, es el emergente de una multiplicidad de factores psíquicos que al momento del accidente coexisten con aquellos factores exteriores que son concomitantes a los psíquicos, y que montan el escenario propicio para el suceso de ese acontecimiento visto y descrito popularmente como imprevisto, desgraciado y que ocurre por casualidad, definiéndolo así como accidente.

De esta manera vemos cómo ya en 1901 en la obra freudiana “Psicopatología de la vida cotidiana” al accidente se lo caracteriza como *vergreifen*, es decir, como un acto donde el actor trastoca las cosas confundido, como un *acto fallido* pleno de sentido Inconsciente que es realizado, a nivel conciente, “sin intención alguna”, “por casualidad” o “por error”, y al gozar de esta excepcionalidad no se sospecha en él ninguna intencionalidad. Es por esto que Granel asegura que “el ‘accidentarse’ (...) es un proceso con motivos racionales y motivaciones irracionales, desconocidas para el sujeto. Como todo accionar humano posee psicodinamismos en su génesis; una intencionalidad y un sentido” [2] (pág. 189). Por lo tanto al ser el accidente un proceso que se desarrolla previamente en el Inconsciente, y que encuentra en la causalidad externa el pretexto y la forma para ejecutarse; el azar o el infortunio serían entonces el “contenido manifiesto” de aquella plasmación en la acción del “contenido latente” (verdadera intencionalidad; propósito inconsciente) que el accidente mismo encubre y no desea comunicar.

Debido a esto a estos actos fallidos se los denomina: **acciones sintomáticas** [3] (pág. 188), que por definición son formaciones de compromiso (síntomas) dadas entre la intención conciente del sujeto y lo reprimido en éste. Estas acciones sintomáticas poseen dos condiciones esenciales: que estos actos no sean llamativos y que sus efectos sean desdeñables.

Al afirmar que estas acciones sintomáticas desempeñan el papel de un síntoma, se afirma también que, si bien “no todo signo es un síntoma, todo síntoma sí se manifiesta como signo” [4] (pág. 21), teniendo presente que el síntoma sería entonces un signo y un sustitutivo de una insatisfacción pulsional, y por ende, un resultado del proceso de la represión. Ahora bien, *signo* remite aquí a una manifestación, un observable (el accidente) que a simple vista no resulta comprensible en sí mismo, sino cuando se lo analiza en el conjunto de las determinaciones que lo originan; y *sustitutivo* remite al carácter simbólico del síntoma en tanto representación indirecta y figurada de un conflicto, de un deseo inconsciente que puja por ser satisfecho en el mundo exterior. De esta manera el actor al momento del accidente experimenta una alteración de la percepción sobre la realidad en un momento donde la conciencia queda bruscamente perturbada; y es allí cuando se producirá una acción específica (el accidente), que da lugar a la ocurrencia de un hecho que no resulta en nada “desafortunadamente desgraciado”, sino que no hace otra cosa que plasmar en el mundo externo la realidad del conflicto intersistémico existente en el seno del mundo interno.

Una de las características que presenta este conflicto intersistémico que causa el accidente, es el hecho de no haber devenido representación-palabra, debido al intenso estímulo displacentero que emergió en el aparato, estableciéndose así un *acontecimiento traumático*. Ya que el accidente no es una “mera expulsión” a través de la acción, muy por el contrario, al tener su raíz en un trauma el accidente se convierte una dramatización con intencionalidad inconsciente de esta situación displacentera que se produce a consecuencia del choque de las resistencias frente a los deseos inconscientes. Hay una configuración escenificada que queda plasmada en el accidente mismo, lográndose a través de él cierta representatividad que si bien es insuficiente como concientización plena, le da cierto signo en la conciencia que le posibilita al aparato iniciar la elaboración de aquel suceso traumático que ha provocado en el psiquismo un intenso afecto penoso no pudiéndose inscribir y devenir, consecuentemente representación-palabra. Por lo tanto, de esto se desprende que

si bien por un lado el accidente produce, en la mayor parte de los casos, un gran daño y dolor físicos; al mismo tiempo, el accidente resulta ser un alivio momentáneo para quien lo protagoniza, alivio de ese dolor psíquico que genera un quantum de displacer aún mayor del que pudiera provocar el accidente mismo. Es por ello que el accidente es un intento de “dar forma a lo informable”, vale decir, es un intento de poner en una trama simbolizante e historizable aquello que en su momento ha quedado obturado a nivel de la palabra. De esta manera el drama potencial, difuso e insoluble del mundo interno es reemplazado por un drama real localizable en el mundo externo que se presenta como el contenido manifiesto y la transformación de un “accidente interno” que no pudo alcanzar los niveles de representatividad en el mundo interno.

De lo anteriormente dicho se desprende que el concepto de **trauma** es una de las nociones centrales para entender esta temática, ya que la concepción de trauma a la cual se adhiere en este trabajo no es la de una suerte de lesión psíquica que viene a perturbar el desarrollo normal, sino aquella cuyo centro se asienta en los paradigmas de la sexualidad infantil, la represión y el conflicto psíquico. De esta manera, podríamos entender al trauma como un acontecimiento de la vida de un sujeto (en este caso, la de un infante) que, en primer término, se caracteriza por su intensidad, como así también por la incapacidad que ha presentado este niño para responder a tal intensidad adecuadamente, provocando en su organización psíquica, en un segundo momento (es decir, por *après-coup* o *nachträglich*) efectos patógenos (por ejemplo: la traumatofilia como síntoma). Podemos asegurar que el traumatismo viene “concebido como una experiencia vivida capaz de aportar un cúmulo de excitación inelaborable por medios habituales, el traumatismo se juega entre el exterior y el interior del psiquismo: (...) es exógeno y endógeno a la vez, en la cual lo exógeno se inscribe, deviene endógeno y se reactualiza a partir de un nuevo elemento que viene a producir un reensamblaje; rearticulación que plantea un modo de temporalización que fractura todo intento de causalidad lineal” [5] (pág. 241). Esta definición de traumatismo psíquico se denomina *Teoría traumática de las neurosis* [6] (pág. 450), y si bien la teorización que se ha presentado es de Bleichmar, ella ha tomado de Laplanche esta concepción de traumatismo para re trabajarla y ampliarla. De esta manera la autora, explica que la teoría del traumatismo presenta una doble orientación opuesta y complementaria a la vez donde, por una parte, tenemos la *Teoría de la neurosis traumática* (“tipo de neurosis en la que los síntomas aparecen consecutivamente a un choque emotivo, generalmente ligado a una situación en la que el sujeto ha sentido amenazada su vida” [5] -págs. 252-253-); mientras que por la otra parte se presenta la *Teoría traumática de las neurosis*, donde la neurosis se establece como “el reensamblaje, por *après-coup*, de elementos *desgajados* de lo acontecido que ingresan de modo descompuesto, desarticulado, invistiendo y resignificando representaciones. En este caso, la teoría de las neurosis no se sostendría en la *regresión* a un punto de fijación temporalmente establecido, sino que sería, precisamente, el quiebre de toda temporalidad lineal y se sustentaría en la *progresión* de aquellas representaciones que, al haber quedado en espera, en latencia, son sobreinvertidas por los tiempos posteriores que dan forma final -aún cuando no definitiva- al traumatismo” [6] (pág. 242). Al mismo tiempo se debe tener en cuenta que para que una escena devenga traumática es necesario que establezcan dos condiciones: que esa escena posea *idoneidad determinadora* y *fuerza traumática*. De esta manera, siempre que se realice una indagación acerca de la determinación del síntoma, es necesario tener en cuenta estos dos factores.

Pero resulta, además, que cuando ocurre un hecho evidentemente traumático como puede ser la guerra o un accidente, el trauma posterior que deja tras de sí este acontecimiento además de enlazarse a acciones traumáticas que hayan tenido lugar en el pasado de la historia del sujeto, este trauma posee una característica esencial: “es un exceso de excitación que no puede ser derivado por vía motriz, ni integrado asociativamente, ni ‘worked over’ por un trabajo de memoria. La resolución del trauma implica catarsis, abreacción de la ‘energía estrangulada’” [7] (pág. 748). Efecto que ya Freud hacia 1920 en “Más allá del principio de placer” teoriza a través del concepto de *pulsión de*

muerte, ya que analizando, entre otros fenómenos, los sueños típicos de las neurosis traumáticas, había llegado a la conclusión de que éstos constituían el prototipo de fenómenos psíquicos que escapan al dominio del “principio de placer”; con lo cual se podría afirmar que estos fenómenos se producen debido a “un intento de dominar retroactivamente el exceso de estímulo, al desarrollar la angustia *que faltó en el momento del trauma*, y así evidencia una función del aparato psíquico más primitiva que el establecimiento del principio de placer” [7] (pág. 735). Por lo tanto, no podemos concebir la existencia de ninguna situación traumática sin la participación de la pulsión de muerte, ya que, si tenemos en cuenta que la función de la libido es la de ligar la pulsión de muerte, tendremos que admitir entonces que la situación traumática, al alterar el equilibrio dinámico de las pulsiones, contribuye a desligar lo que ha ligado la libido; con lo cual se libera un cierto monto de pulsión de muerte. Por lo tanto, el trauma viene a activar la compulsión de repetición, por una parte, y por la otra, exige nuevas investiduras libidinales y nuevas medidas defensivas del yo (inhibiciones, evitaciones, fobias, etc.)

Finalmente, es importante destacar el aporte de Freud a la teoría del trauma psíquico infantil que se encuentra en “Inhibición, síntoma y angustia” (1926). Correlativamente a la elaboración de la última teoría de la angustia y al establecimiento de la distinción entre angustia automática y angustia señal. En esta obra se desarrolla la interacción entre la situación interna y la externa, desplazándose así el eje del problema a la “situación traumática” relacionada con la vivencia de desamparo o *desvalimiento*, que despierta angustia automática, pero que luego se repetirá como señal ante la inminencia de un peligro. Lo llamativo de esta obra se circunscribe en la importancia de las situaciones traumáticas centradas en las experiencias de pérdida (de la madre, del amor de la madre, del amor de los objetos, del amor del Superyó, etc.), experiencias que sumen al sujeto en un estado de “desvalimiento”, en un estado de total impotencia motriz o psíquica frente a las irrupciones de estímulos de origen externo o interno. Respecto a esto afirma Freud: “llamamos *traumática* a una situación de desvalimiento vivenciada; tenemos entonces buenas razones para diferenciar la situación traumática de la *situación de peligro* (...) constituye un importante progreso en nuestra autopreservación no aguardar a que sobrevenga una de esas situaciones traumáticas de desvalimiento, sino preverla, estar esperándola. Llámese situación de peligro a aquella en que se contiene la condición de esa expectativa; en ella se da la señal de angustia. Esto quiere decir: yo tengo la expectativa de que se produzca una situación de desvalimiento, o la situación presente me recuerda a una de las vivencias traumáticas que antes experimenté. Por eso anticipo ese trauma, quiero comportarme como si ya estuviera ahí, mientras es todavía tiempo de extrañarse de él. La angustia es entonces, por una parte, expectativa del trauma, y por la otra, una repetición amenguada de él. (...) de acuerdo con el desarrollo de la serie angustia-peligro-desvalimiento (trauma) podemos resumir: la situación de peligro es la situación de desvalimiento discernida recordada, esperada. La angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento en el trauma, que más tarde es reproducida como señal de socorro en la situación de peligro. El yo, que ha vivenciado pasivamente el trauma, repite ahora de manera activa una reproducción morigerada de éste, con la esperanza de poder guiar de manera autónoma su decurso” [8] (págs. 155-156).

Por lo tanto, a partir de todo lo establecido anteriormente, se puede afirmar que *el infante, a través del accidente o la repetición de estos, intenta ligar de manera fallida la pulsión de muerte y con ello ligar también la intensidad del estímulo que ha quedado libre; y por lo tanto, el trauma que el niño no puede configurar en una representación lógica, tiende a repetirse como “trauma puro”* (según Barenger el “trauma puro” se refiere a la angustia “automática” descrita por Freud y que ella caracteriza como el trauma inicial, sin sentido, totalmente inenunciable, sin fecha, sin límite conceptual alguno y que exige para su resolución la inserción -análisis mediante- en una trama historizable, por más absurda que resulte la historia) *que se materializa en el acto violento autopunitivo.*

2.2. Factores vinculados a la predisposición en la ocurrencia de los accidentes

2.2.1 Factores neurológicos

Se afirmó anteriormente que los accidentes sobre los cuales se ha hecho referencia, son aquellos en los que ni el “trastorno por déficit atencional” (ADD) o la “torpeza motriz”, pueden ser la disculpa a la emergencia de un evento que a simple vista sería pasible de ser descrito como un infortunio accidental.

Antes de continuar con el desarrollo, resulta pertinente realizar una diferenciación entre el trastorno por déficit atencional y la torpeza motriz, ya que la importancia que reviste dicha distinción se establece en función de un correcto diagnóstico diferencial, siempre a los fines de la cura con un adecuado tratamiento.

- Trastorno del desarrollo por déficit atencional (ADD): “es un síndrome conductual que se caracteriza por la presencia de impulsividad, falta de atención y en algunos casos hiperactividad (Déficit de atención con hiperactividad -ADHD-)” [9] (pág. 63). este síndrome está caracterizado por: falta de atención, impulsividad e hiperactividad; siendo el elemento relevante en la evaluación del diagnóstico diferencial la variabilidad en el rendimiento y la conducta del niño.
- Torpeza motriz: “se le atribuye esa definición a un niño que no presentando, aparentemente, perturbaciones de orden orgánico en su motricidad fina o gruesa, hace mal uso de ella con resultados generalmente pobres pero no nulos y con dificultades para el aprendizaje de tareas nuevas y el perfeccionamiento de las ya aprendidas. (...) La torpeza puede tener su origen en factores orgánicos varios: neurológicos, de localización muscular, etc., que no conformando una tipología clínica promueven no obstante la estructura básica para la deficiencia del actuar” [10] (págs. 141- 142)

2.2.2 Factores intersubjetivos, externos o exógenos

Como se ha mencionado anteriormente, al estar estatuidos los accidentes como verdaderas acciones sintomáticas, se expresa en ellos la presencia de un conflicto intrapsíquico entre deseo y defensa; y por ser tal la naturaleza del síntoma, deberemos tener en cuenta también, que son múltiples los mecanismos que lo sostienen. Por lo tanto, es a partir de esta pluricausalidad que diversos autores han teorizado respecto de esta problemática dando cuenta de los factores intersubjetivos, externos o exógenos de esta problemática.

Primeramente *Caride de Mizes* establece la fantasmática parental como correlato causal del síntoma infantil. Es decir, la autora asegura que al ser el Complejo de Edipo estructurante de la personalidad, una inadecuada resolución del “momento edípico”, dejará al niño atrapado en el vínculo fantasmático de sus padres, como así también en la “novela familiar”; y es ahí donde se producirá el accidente que se constituirá en el “*síntoma-niño*” [11] (pág. 13). El cual está representado por el infante que se accidenta, pero a quien el accidente no le pertenece por no ser ese “su accidente”, sino que él actúa algo que no le es propio, que es de sus padres, donde se “montará” una puesta en escena del drama familiar no explicitado que el niño se ve impelido a actuar.

Posteriormente *Kohan* plantea que los padres de niños traumatofílicos o con tendencia a accidentarse, poseen una característica particular, son “*padres neosexuales*” [12] (pág. 215). Es decir padres narcisistas que confunden lo que sería bueno para sus hijos con el contenido de sus propias ambiciones; lo cual hace que no lleguen a consulta por cuestiones que ellos consideran relevantes. Al mismo tiempo, se evidencia en estos hogares una marcada hiperexcitación temprana, es decir, a causa de la incidencia desmedida de estímulos, la energía no se liga; la palabra, el pensar no se afianzan; sino que se nota una actividad compulsiva donde hay cantidad y falta de ligadura, que se traducen en un autoestimularse hasta llegar a situaciones de riesgo.

Finalmente *Bleichmar* postula, en “La fundación de lo Inconciente” (2002), que si queremos arribar a la “estructura de llegada” de un niño traumatofílico, no sólo deberemos analizar su conflictiva intrapsíquica y los elementos que constituyen la ecuación etiológica, entre los cuales se cuentan como otro de los factores intersubjetivos el vivenciar accidental, sino también deberemos analizar la “*novela familiar*” [5] (pág. 248) en la cual este niño se encuentra inmerso, ya que si bien la familia del niño junto a la historia edípica de cada uno de sus padres y las alianzas que la pareja parental entreteje no determina la sintomatología infantil. Se considera, sin embargo, que es uno de los elementos de mayor relevancia en la historia singular no sólo de estos niños sino de cualquier otro niño. Teniendo en cuenta, por lo tanto, que “lo azaroso de la historia singular entra ya cualificado desde el otro, implantado en el psiquismo infantil”. Con lo cual, esto nos muestra que en el infante el acontecimiento traumático no deviene tal por simple encadenamiento, sino que su ingreso significativo al aparato estará definido por la cualificación que le hayan dado los padres al accidente.

2.2.3 Factores intrasubjetivos, internos o endógenos

Debido a que no todos los factores exógenos pueden ser tomados como determinantes para la génesis de un síntoma, ya que no todo acontecimiento externo resulta ser desencadenante en relación al traumatismo, se deben establecer los factores endógenos que concomitan al momento de la ocurrencia de tales accidentes. Respecto de estos factores se pueden hallar diversos elementos que los conforman:

Primeramente es necesario destacar que no todo factor externo tiene idoneidad determinadora para producir la necesaria fuerza traumática que dé lugar a un síntoma. Sin embargo, es un elemento que se suma a la constitución de la *ecuación etiológica*, en la cual se establece que para la formación de síntoma deberemos tener en cuenta también tanto el vivenciar constitucional, es decir, la disposición hereditaria a este tipo de patología, como el vivenciar infantil que determinarán la “predisposición por fijación libidinal” (constitución sexual que se establece a partir de experiencias prehistóricas tales como el Complejo de Edipo y el Complejo de castración) que junto al vivenciar accidental traumático darán cuenta del tipo de neurosis resultante. Y siguiendo entonces la línea de pensamiento de esta ecuación, se deberá indagar en estas experiencias prehistóricas que si bien se encuentran presentes en la historia de todo ser humano, es de nuestro particular interés, precisarlas en la historia de estos niños traumatofílicos.

En relación a la importancia que revisten estas experiencias prehistóricas en el análisis de toda historia de un niño traumatofílico, se puede hallar que Granel sustenta en el complejo edípico una de las *tres situaciones universales de cambio* [13], las cuales según el autor han dejado en cada uno de nosotros huellas de “accidentes” y sobre las cuales se moldea la fantasía de accidentarse como modelo de acción. La primera de estas situaciones es el nacimiento, el cual se establece como el prototipo de las futuras experiencias de cambio. Posteriormente será la bipedestación, ya que a través del inicio de la locomoción se logra disolver la simbiosis con la madre comenzando así el proceso de individuación. Y la tercera encrucijada que toda persona debe atravesar es el Complejo de Edipo, el cual, a través de su elaboración y la de la angustia de castración se logrará un buen accionar intrapsíquico e intersubjetivo. Por lo tanto, la elaboración de la conflictiva edípica y de la angustia de castración resultan ser la condición necesaria para una adecuada organización de la situación triangular interna y externa. Además, la situación edípica al ser una condensación, recombinação y resignificación de anteriores situaciones, resulta ser no sólo el *nódulo de las neurosis* para Freud, sino también el *nódulo de los accidentes* para Granel, con lo cual los accidentes pueden ser otra forma de intentar manejar una no lograda situación triangular edípica, cuando las maniobras intrapsíquicas no pueden instrumentarse adecuadamente exteriorizándose la situación interna expresándola con el cuerpo, con los objetos externos y en el espacio externo.

Otro de los autores que han analizado la problemática de los accidentes es Loschi, quien para dar respuesta a esta temática retoma el esquema del aparato psíquico planteado por Freud en “La interpretación de los sueños” de 1900. Loschi establece la existencia de la vivencia de terror frente a algo exterior, la cual se define como aquel acontecimiento traumático que ha sido expulsado del aparato sin poder ser pasible de representación debido a la hiperintensidad del afecto penoso que esta vivencia ha despertado y que llevó al aparato, a través de un acto motor, a huir de este dolor. Pero debemos tener en cuenta que tras la aparición de esta vivencia de terror ha quedado la huella mnémica de dolor, la cual, toda vez que sea nuevamente despertada, la fuga ante el dolor mediante la acción será el modelo al que inexorablemente tenderá el aparato, no pudiendo este afecto penoso acceder a la conciencia, reprimirse, fantasearse o alucinarse. Es por ello que Loschi le otorga a la *puesta en acción* [14] otro camino: el de la progresión nuevamente, que no es el camino que toman la fantasía, el pensamiento o los sueños, pero al menos mediante este camino los accidentes logran adquirir cierta representatividad mediante la penetración en la conciencia por el polo perceptivo. Por lo tanto, el accidente a diferencia del sueño o la fantasía, posee una identidad de acción que le permite al niño que se accidenta conservar tanto la identidad de pensamiento como la identidad de percepción, ya que al momento del accidente se mantienen tanto las categorías temporo-espaciales como las configuraciones que le permiten al infante encontrar el momento, el lugar y los objetos adecuados para la puesta en escena de este evento. Efectuando los movimientos precisos y ocultando su intención, para referirla a causas externas. Si bien debemos tener en cuenta que el dolor físico que se desprende como consecuencia del accidente no alcanza la representatividad necesaria para la elaboración de aquel primer momento traumático que dejó desvalido al yo, al menos es suficiente como para darle un signo en la conciencia. Por lo tanto a través de la puesta en acción (accidente) se produjo el paso del anti-dolor al dolor, o como diría Baranger, del estado “mudo” pre-traumático inenunciable, inasimilable de aquella primaria vivencia de terror, a este dolor que ahora posee cierta cualidad y por lo tanto posee un particular significado. Significado que se enlazará a la historia singular y significativa del niño que dará cuenta en última instancia de ese particular ensamblaje que se produce entre el acontecimiento traumático y la formación de compromiso.

Anteriormente establecimos que la vivencia de terror frente a algo extraño deja tras de sí la huella mnémica de dolor que Kreiselman ha denominado dolor traumático [15], haciendo referencia con este concepto al estado de desvalimiento en el cual se encuentra el bebé. Desvalimiento que puede verse claramente cuando la criatura llora y patalea porque decimos que tiene hambre. Sin embargo en su mundo no es hambre lo que siente, en él ha aparecido un estímulo sentido como un ataque de algo, que desde Klein podríamos verlo como el “pecho malo”, que lo fragmenta, lo deshace, lo desintegra; es decir, ha aparecido la necesidad. Según Loschi, ante ese ataque de la *vivencia de necesidad*, el bebé responde con un primitivo acto agresivo que se manifiesta a través del llanto y del pataleo. Acto que no sólo se desencadena por la necesidad de alimentos, sino también por la necesidad de sentirse comprendido en lo que está experimentando, y sólo el objeto-madre puede comprenderlo. Por lo tanto, “la necesidad es de la presencia de un objeto que lo comprenda”. Al aparecer la necesidad rompe la unidad narcisista y el bebé siente desintegrarse. El objeto al actuar como nuevo punto de referencia, detiene la tendencia dispersante interceptando la descarga explosiva de agresión. En el objeto puede volver a unirse, es una pantalla en la cual puede volver (o empezar) a comprenderse en la medida que es comprendido. Las tendencias agresivas ya no son sentidas como agresión, sino como amor que provoca una nueva unión de lo que ha sido roto. En este momento el objeto es un reflejo del sujeto y en este reflejo puede empezar a verse (reflexivamente) instaurándose la huella mnémica de experiencia de satisfacción.

Finalmente se pueden hallar dos factores intrasubjetivos los cuales se describen como: *compulsión de repetición y masoquismo*. El concepto de compulsión de repetición es esencial para comprender esta temática, ya que aquel acontecimiento que dejó desvalido al yo debido a la

hiperintensidad del estímulo doloroso, no pudo tramitarse por las vías habituales y por lo tanto regresa incesantemente para lograr encontrar tramitación. Y respecto del masoquismo, se puede ver que no sólo se juega aquí una resignificación del primer acontecimiento traumático, sino también cierta dosis de masoquismo femenino que se encuentra presente en todo sujeto traumatofílico.

3. ELEMENTOS ESTADÍSTICOS QUE ILUSTRAN LA PROBLEMÁTICA EPIDEMIOLÓGICA

Ahora bien, luego de haber realizado un detalle de los diversos factores concomitantes a los accidentes en la infancia es oportuno visualizar y a fin de establecer de manera precisa y cabal la magnitud de la llamada “epidemia del siglo XXI”, se ha realizado un estudio de campo que consta de estadísticas de mortalidad y morbilidad respecto de los diversos “accidentes domésticos” que se registran en niños de entre 5 y 9 años. Para ello se presentarán primeramente las tasas estadísticas de mortalidad que revela el Estado respecto de esta temática entre los años 2000/ 2001/ 2002; y, posteriormente, a través de un minucioso estudio de campo que se ha realizado en el Hospital de niños “Dr. Orlando Alassia” de la ciudad de Santa Fe, se presentarán las estadísticas correspondientes al primer trimestre del presente año, junto a los resultados arrojados por 20 cuestionarios administrados a diversos profesionales tanto del Servicio de guardia, como así también del Área de Servicio Social (Comité de Maltrato infantil), el Servicio de Salud Mental y el Servicio de Dedicación Física y Rehabilitación.

Es importante aclarar que los accidentes de tránsito, como aquellos por homicidio o por suicidio no serán considerados, ya que para su consideración se deberían abrir otras líneas de investigación que quedan por fuera de la temática que nos atañe.

3.1. Datos del estudio de campo

3.1.1 Estadística de mortalidad del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe

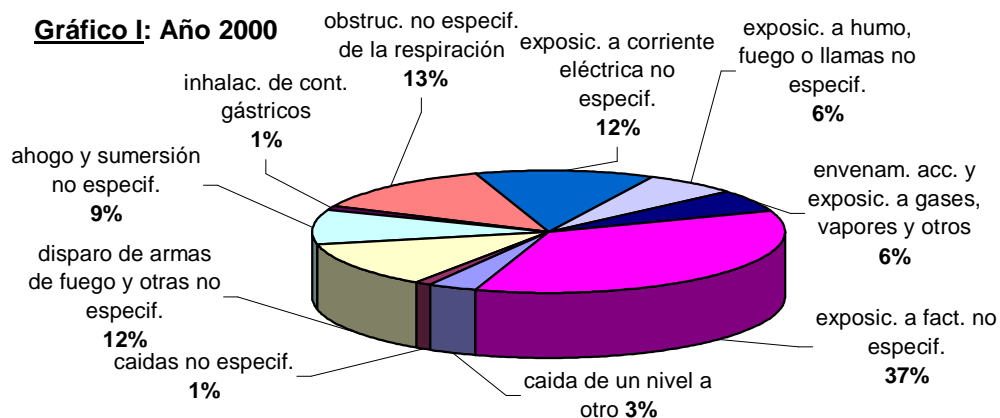


Gráfico II: Año 2001

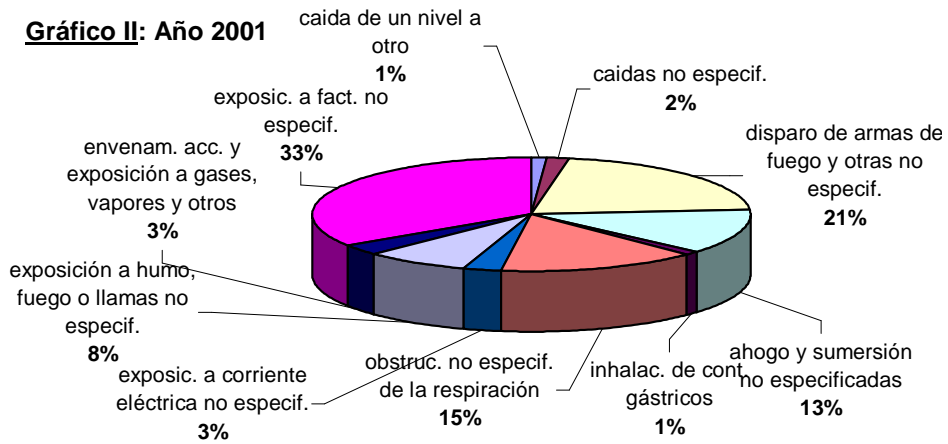
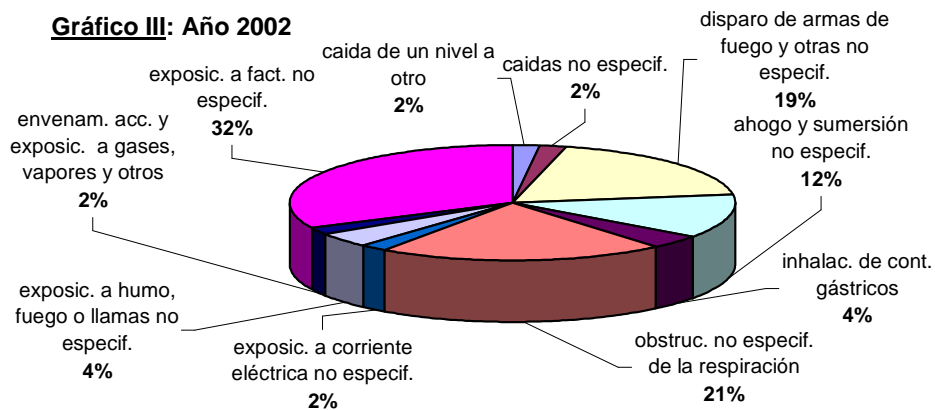


Gráfico III: Año 2002



A través de estos gráficos de mortalidad se puede observar que fallecen anualmente, a causa de múltiples accidentes domésticos, un promedio de 160 niños de entre 5 y 9 años, tomando en consideración la totalidad de los departamentos que comprenden la provincia de Santa Fe, pero veamos qué sucede cuando no sólo hablamos de mortalidad sino también de morbilidad respecto de esta problemática.

3.1.2 Estadística de morbilidad del hospital de niños de Santa Fe “Dr. Orlando Alassia”

Se llevó a cabo un estudio de campo en el Hospital de niños “Dr. Orlando Alassia” de la ciudad de Santa Fe. El estudio efectuado sobre esta institución consta de una indagación respecto de aquellos infantes de entre 5 y 9 años de ambos sexos, que hayan ingresado al servicio de guardia de dicho hospital dentro del primer trimestre del año 2006. Los resultados obtenidos de dicha indagación versan sobre un total de 634 infantes que han presentado diversos tipos de accidentes domésticos contabilizándose entre ellos: traumatismos, picaduras, electrocuciones, ahogamientos, fracturas, mordeduras, quemaduras, intoxicaciones y heridas. Se debe destacar que al no poseer la institución una diferenciación respecto de los diversos accidentes domésticos, o los que ellos denominan “accidentes del hogar”, la indagación realizada se efectuó de manera íntegramente manual a partir de la lectura de planillas del servicio de guardia, con el fin de determinar de modo puntual la incumbencia de los distintos tipos de accidentes dentro de esta franja etaria infantil. Dichas planillas muestran no sólo el tipo de accidente sufrido por el infante, sino también cuáles de estos niños han sido internados dependiendo de la gravedad del accidente padecido; como así también se detalla la presencia o no de obra social (lo cual nos podría estar indicando de algún modo la cantidad de población que llega a un hospital sin cobertura médica y

establecer una posible, pero no por ello verosímil, relación que se podría establecer entre aquellas personas que poseen obra social -y que en ocasiones estarían marcando una clase social con mayores posibilidades económicas- en relación a la gravedad de los accidentes que estos niños presentan); y finalmente la planilla exhibe la reincidencia que pudieron haber presentado ciertos niños dentro del primer trimestre del año (si bien sabemos que el margen de tiempo es sumamente escaso para establecer un porcentaje ciertamente certero respecto de la reincidencia de los accidentes en esta franja etaria de infantes, se debió deducir el porcentaje de reincidencia a partir de este primer trimestre, debido a que el sistema informático de la institución no permitía obtener información de ningún menor sin los datos personales de cada niño sobre el cual se quisiera indagar).

A continuación presentaremos a través de gráficos porcentuales, los resultados que se desprenden del estudio de campo realizado.

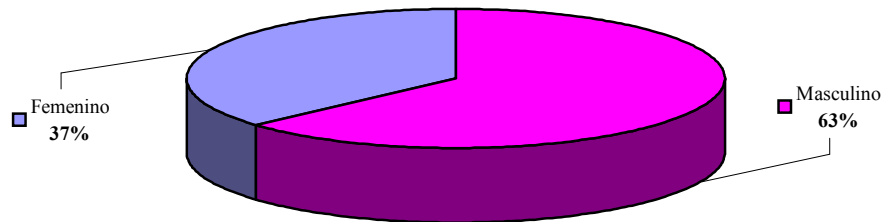


Gráfico I: Infantes accidentados según el sexo

En este primer gráfico queda claramente establecido que sobre un total de 634 infantes accidentados, existe un porcentaje mayor de niños que se accidentan respecto de las niñas. De hecho los accidentes que sufren los niños respecto de las niñas muestran notoriamente cómo éstos primeros son protagonistas de accidentes con mayor riesgo físico (por ej: el porcentaje de fracturas o de mordeduras de can en niños es mayor y sin embargo son las niñas las con mayor frecuencia se hieren o se les descubren diversos cuerpos extraños en nariz, oído, etc). Probablemente esto se deba a las estructuras psíquicas pertenecientes.

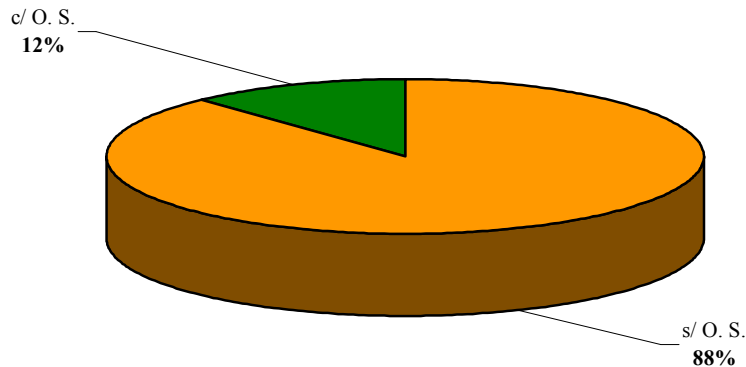


Gráfico II: Infantes accidentados con O.Soc.

En el segundo esquema puede verse que los infantes “sin Obra Social” que ingresan al servicio de guardia, superan en un porcentaje claramente mayoritario a aquellos que sí presentan Obra Social. Si bien ha dicho anteriormente que no existe una relación cierta entre los tipos de accidentes sufridos por los infantes y las posibilidades económicas de las familias de estos niños, sí se deberá tener en cuenta que estas familias que poseen Obra Social tendrían mejores posibilidades

económicas que aquellas que por no poseerla pertenecerían, por lo tanto, no ya a una clase social indigente sino una clase social baja o media. Y si bien es llamativo que en estos niños con familias que poseen otro tipo de clase social los accidentes registrados no son tan traumáticos, deberemos estimar de nuevo que esta variable es claramente tendenciosa. Pero aún así y sabiendo esto, se ha establecido esta variable de investigación con el fin de cotejar lo señalado en los cuestionarios administrados a los diversos profesionales del Hospital de niños de Santa Fe, respecto de la realidad que esta temática plantea.

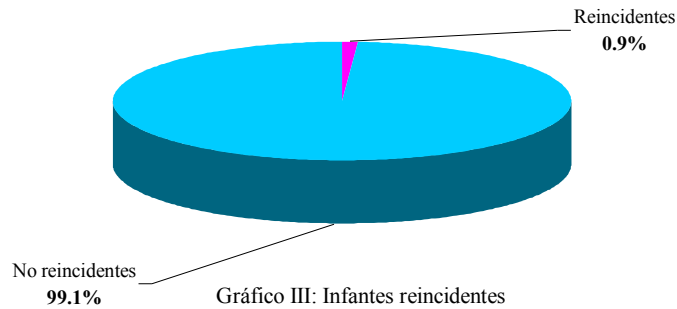
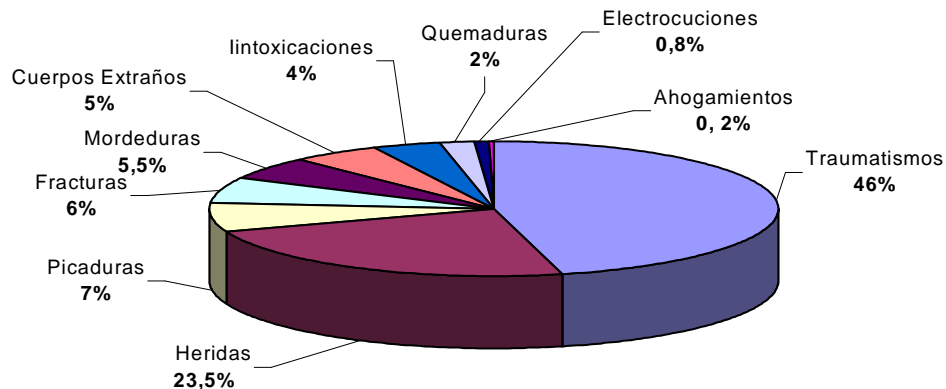


Gráfico III: Infantes reincidentes

A través de este tercer gráfico podemos observar que la reincidencia de accidentes dentro de la totalidad de infantes registrados en los tres primeros meses del año 2006 es de casi el 1%, es decir, que 6 niños en 90 días han vuelto a accidentarse. Si bien a simple vista parecería ser un número considerablemente menor respecto del total de niños registrados, pensemos que en el servicio de guardia de este hospital han ingresado un promedio de 184 niños por día de entre 0 y 16 años a lo largo de este primer trimestre (lo cual representa el 100% de los niños que han entrado a la guardia diariamente, de los cuales el 31% de la cantidad total son niños de entre 5 y 9 años que llegan a la guardia por todo tipo de consultas y no sólo por accidentes domésticos), y pensemos que de entre estos chicos sólo un promedio de 7 infantes diarios de 5 a 9 años llegan a causa de accidentes domésticos (los cuales representan sólo el 13% del 31% anteriormente mencionado, de los niños que han entrado a la guardia diariamente en el primer trimestre registrado). Pues bien, pensemos ahora que de este porcentaje de niños de entre 5 y 9 años que ingresa a diario a la guardia accidentado, el 1% ha reincidido dentro de los tres primeros meses registrados, entonces, ¿cuántos más reincidirán a lo largo de un año? Recordemos además, que las estadísticas oficiales han establecido que un promedio de 160 niños de entre 5 y 9 años mueren a causa de accidentes domésticos. Por lo tanto, si repensamos ahora esta cuestión veremos que, estos 6 infantes que primeramente parecían una cifra ínfima respecto de los 634 chicos registrados, ahora se nos presentan como una cifra a tener en cuenta al momento de plantear la temática que aquí nos reúne.

Gráfico IV: Tipos de Accidentes



En este cuarto diseño porcentual hemos establecido, a partir del estudio de campo realizado, la frecuencia que han presentado los diversos tipos de accidentes registrados en el término del primer trimestre del año 2006.

3.1.3 Encuesta a profesionales del Hospital de niños de Santa Fe “Dr. Orlando Alassia”

Además del análisis realizado sobre las planillas del Servicio de Guardia, el estudio de campo llevado a cabo ha contemplado también la administración de 20 cuestionarios a diversos profesionales del Hospital de niños “Dr. Orlando Alassia” de la ciudad de Santa Fe. Entre estos profesionales se cuentan: 10 médicos del Servicio de Guardia, 3 asistentes sociales integrantes del Comité de Maltrato Infantil y pertenecientes al Área de Servicio Social, 4 psicólogas y 1 psicopedagoga del Servicio de Salud Mental y 2 terapistas ocupacionales del Servicio de Dedicación Física y Rehabilitación. Si bien los cuestionarios habían sido confeccionados en función de dos grupos (el primero del Servicio de Guardia y el segundo del Comité de Maltrato Infantil) resultó que al momento de administrarse los cuestionarios al segundo grupo, este sólo constaba de un total de 3 profesionales, por lo cual los cuestionarios fueron completados también por profesionales afines a la temática que aquí se investiga. Como consecuencia de este imprevisto, muchos profesionales no pertenecientes al Área de Maltrato Infantil no han completado la pregunta 10.-B.

Se debe tener en cuenta que las encuestas no fueron realizadas a padres de niños accidentados reincidentemente entre los 5 y los 9 años, debido a que la institución prevee para estos padres un seguimiento exhaustivo basado en la hipótesis de “sospecha de maltrato infantil”, por tal motivo hemos considerado que realizar una encuesta de esta índole podría haber sido persecutorio para estos padres.

A continuación se presentarán una a una las preguntas formuladas y debajo de cada una realizaremos el análisis de las respuestas obtenidas en los diversos servicios.

1. ¿Cómo considera usted al accidente?

- una casualidad
- el resultado del maltrato ejercido por otro/s
- una acción sintomática

Justifique su respuesta:

En 12 de los 20 cuestionarios realizados, los diversos profesionales no han elegido alguna de las opciones establecidas justificando su elección en que “depende de la situación o el caso” o por el contrario han elegido dos opciones juntas anulando de este modo la respuesta. Llamativamente ningún profesional del Servicio de Salud Mental ha considerado que un accidente es una acción sintomática, sin embargo 4 médicos del Servicio de Guardia sí lo han considerado.

2. Si un infante dentro de los 5 a los 9 años se accidenta repetidas veces (dos o más veces) del mismo modo o de otro modo ¿Cómo considera a la repetición de este accidente?

- una casualidad
- el resultado del maltrato ejercido por otro/s
- una acción sintomática

Justifique su respuesta:

En esta pregunta no se ha encontrado unanimidad o al menos un porcentaje mayoritario respecto de una respuesta y no de otra, ya que mientras 7 de 20 respuestas han contemplado la singularidad del caso o han elegido más de una opción o ninguna de las opciones posibles, otros 7 cuestionarios han afirmado que la repetición de un accidente es “el resultado del maltrato ejercido por otro/s”. Sin embargo vuelve a sorprender que sólo un profesional de 5 encuestados del Servicio

de Salud Mental haya respondido que la repetición de un accidente estaría en relación a “una acción sintomática”, mientras que 3 médicos de 10 encuestados hayan proporcionado la misma respuesta.

3. ¿Quiénes considera que se accidentan con mayor frecuencia?

- niños
- niñas

Justifique su respuesta:

Respecto de esta pregunta se puede dividir la respuesta en dos grandes grupos: el 100% de los encuestados del Servicio de Guardia han respondido que los niños se accidentan más que las niñas, y de hecho tras la indagación realizada se ha sabido que efectivamente los niños se accidentan con mayor frecuencia respecto de las niñas. Sin embargo, los servicios restantes no han sabido responder esta pregunta, justificando en algunos casos el desconocimiento respecto de este punto en que son igualmente vulnerables a accidentarse tanto niños como niñas.

4. ¿Considera que la clase social influye en el tipo y cantidad de accidentes?

- sí
- no

Justifique su respuesta:

En el caso de esta pregunta ha habido una clara mayoría (13 sobre 20) en la elección de la primera opción, es decir, en considerar que “sí” influye en el tipo y cantidad de accidentes la clase social. De hecho el Servicio de Salud Mental en su totalidad como así también el de Dedicación Física y Rehabilitación junto a la mayoría del Servicio Social, han elegido esta opción. Si bien se ha planteado de algún modo esta temática anteriormente, cuando se habla de la presencia o no de Obra Social sobre la cantidad total de niños que han ingresado a la guardia del hospital durante los tres primeros meses del año 2006, y se ha visto que si bien los accidentes sufridos por estos infantes no han revestido gran envergadura con lo cual no han tenido que ser internados, o no han sufrido secuelas físicas permanentes; sin embargo la variable social no resulta por esto ser un atenuante frente a los tipos y cantidad de accidentes que se produzcan, ya que el accidente o la repetición de éste no se encuentra sujeto a una determinada clase social o a los conocimientos previos que pueda tener un infante a fin de prevenir accidentes.

5. ¿Considera que los padres de los menores accidentados son responsables respecto de la ocurrencia de este suceso?

- absolutamente responsables
- mayormente responsables
- poco responsables
- no poseen responsabilidad en la ocurrencia del acontecimiento
- ninguna de las opciones anteriores

Justifique su respuesta:

Respecto de esta pregunta se observa que 16 respuestas han establecido que los padres son “mayormente responsables” frente a la ocurrencia de accidentes que puedan ocurrirle a sus hijos. La notoria mayoría de respuestas se contabilizan entre la totalidad de los médicos del Servicio de Guardia y 6 profesionales más de los otros Servicios.

6. Si ha elegido alguna de las tres primeras opciones de la pregunta anterior ¿Considera usted que la responsabilidad se incrementa proporcionalmente a la magnitud del accidente?

- sí
- no

Justifique su respuesta:

En este punto si bien la mitad de las respuestas (10 de 20) afirman que la responsabilidad de los padres se incrementa proporcionalmente a la magnitud del accidente, la mitad restante considera mayoritariamente (7) que no, mientras que la minoría se abstiene de responder o no elige ninguna de las opciones presentes.

7. Si el infante se accidenta dos o más veces dentro de los 5 y los 9 años, ¿La responsabilidad de los padres se incrementa?

- sí
- no

Justifique su respuesta:

Si bien en esta pregunta 5 profesionales no han elegido alguna de las dos opciones planteadas debido a que han considerado las circunstancias y el caso en particular, una amplia mayoría sin embargo (13 sobre 20 cuestionarios) se ha pronunciado a favor de que la responsabilidad “sí” aumenta si el niño se accidenta entre los 5 y los 9 años. Si bien arribados a este punto se podría tender a confundir una pregunta con otra, suponíamos sin embargo que las respuestas que apelan a la consideración del caso particular podrían haber sido mayoritarias, sobretodo teniendo en cuenta, por ejemplo, que en el Servicio de Dedicación Física y Rehabilitación no se consideró en ninguno de los dos casos esta opción, y sin embargo los profesionales de este área conocen de manera precisa los movimientos finos y gruesos que los diversos niños pueden realizar a determinadas edades. No hay intención alguna en polemizar respecto de las diversas respuestas obtenidas o crear un juicio de valor respecto de ellas o cosa alguna, ya que el hecho de que las respuestas obtenidas no hayan sido del todo concordante con lo supuesto previamente, esto no significa que las respuestas sean o no correctas, sino simplemente se está planteando con esto que al momento de pensar el accidente, ni aún así aquellos profesionales que se encuentran a diario con este tipo de problemática reflexionan respecto de las circunstancias que se les plantean, sino simplemente responden en función del preconceito que han elaborado respecto de los accidentes y en consecuencia de la repetición de éstos también. A fin de graficar lo dicho se puede ver cómo las 3 asistentes sociales que conforman el Comité de Maltrato Infantil han sido unánimes al momento de considerar que la responsabilidad de los padres se incrementa si un infante se accidenta dos o más veces dentro de los 5 y los 9 años, mientras que afirman sin dudar que “siempre” realizan los exámenes para determinar un adecuado diagnóstico diferencial. Por lo tanto, si esta respuesta no nos está mostrando un preconceito en el accionar de los profesionales ¿Qué nos está mostrando?

8. ¿Considera usted que un infante que se accidenta dos o más veces intenta, a través de este acontecimiento, buscar la atención de sus padres?

- sí
- no

Justifique su respuesta:

Las respuestas en este punto son variadas, ya que si bien la mayoría de los profesionales (9) de los diversos Servicios han respondido que a través de la reincidencia en los accidentes los infantes “no” buscan la atención de sus padres, sin embargo 7 han respondido que habría que indagar en el caso particular, mientras que el resto de los profesionales se han pronunciado a favor de la primera opción.

9. ¿Usted estima que al momento de producirse el accidente podrían estar presentes en el infante factores psíquicos concomitantes a este hecho?

- sí
- no

Justifique su respuesta:

En este punto las respuestas obtenidas se pueden dividir entre el Servicio de Guardia y el Servicio Social en contraste con los restantes servicios, ya que en cierta medida era esperable que la mayoría de los médicos y las asistentes sociales (10 en total) aboguen en favor de una respuesta negativa al momento de considerar la posible presencia de factores psíquicos que sean concomitantes al acontecimiento visto como fortuito.

10. A -(Pregunta para ser respondida por profesionales del servicio de guardia)

Cuando un menor llega al servicio accidentado, ¿Usted indaga en su historia personal?

- mucho
- poco
- nada

Excepto por un profesional que ha respondido que indaga poco en la historia personal de cada niño que llega accidentado a la guardia, el 99% de los médicos restantes ha señalado que indagan “mucho” en la historia personal del niño que llega accidentado a la guardia.

10. B -(Pregunta para ser respondida por profesionales del Área de Maltrato Infantil)

Cuando un menor llega accidentado a este área ¿Se realizan los estudios pertinentes a fin de realizar un diagnóstico de maltrato infantil descartando para ello: torpeza motriz, trastorno por déficit atencional y trastorno generalizado del desarrollo?

- siempre
- a veces
- nunca

Recordemos que sólo un total de 6 profesionales han respondido esta pregunta, así pues basándonos en esta cantidad podemos establecer que el 100% de los profesionales de las diversas áreas aseguran realizar todos aquellos estudios pertinentes a fin de realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

Tras haber analizado cada una de las preguntas formuladas en el cuestionario, como así también los datos arrojados por la planilla de ingresos del Hospital de niños, podemos concluir que si bien estos datos, junto a las tasas estadísticas oficiales, son la base empírica a partir de la cual podemos visualizar la magnitud de la problemática que aquí investigamos, no debemos olvidar que éstos son sólo referencias a tener en cuenta, pero de ninguna manera ésto nos abre el camino para pensar en las causas que verdaderamente subyacen a este tipo de accidentes que nada tienen de *inevitables* ni de *accidentales*, y que sin lugar a dudas abren una multiplicidad de interrogantes respecto de la génesis e interpretación, *más allá de lo aparente* de dicha problemática, ya que muestran “otra realidad”, “otro acontecer” que queda por fuera de toda estadística y “manual preventivo” o “consejo para padres”; donde se tome verdaderamente en cuenta al niño como sujeto, con su historia y sus conflictos, y a partir de ellos interpretar los factores internos que movilizaron al sujeto, para que, al momento del accidente, los factores externos supieran ser aquellos “representantes activos” de conflictivas que no pudieron ser tramitadas por otras vías; y en este sentido, es importante que pensemos cuáles son las cuestiones de peso que obstaculizan el desarrollo de los procesos de simbolización, y generan el surgimiento de acciones sintomáticas tales como la constante propensión en los niños a sufrir accidentes.

4. CONCLUSIÓN

Finalmente se puede concluir que el factor “puente”, entre los factores endógenos y exógenos que fueron descriptos, es la **vivencia de necesidad**. Vivencia que se puede observar claramente en

el bebé cuando llora y patalea porque decimos que tiene hambre, sin embargo en su mundo no es hambre lo que siente, sino necesidad. Necesidad no sólo de alimentos, sino también necesidad de sentirse *comprendido* en lo que está experimentando, es decir que necesita que la madre refleje adecuadamente lo que le pasa, y la importancia que reviste el hecho de que el objeto-madre pueda comprenderlo se debe a que el niño, a través de esta comprensión, se constituye la *imagen interna* de aquella madre que ha sido capaz de calmar su necesidad. Y al haber podido internalizar esta imagen de la madre que calma su necesidad, puede posteriormente pensar a la madre que lo ha comprendido que ha calmado su necesidad para comprenderse él. Pero puede suceder que el niño frente a la vivencia de necesidad no encuentre en el objeto-madre la comprensión que calme su necesidad, y en este caso se produce la *puesta en acción* de esta necesidad que correspondería a un movimiento previo a la constitución del pensamiento. Ahora pues, a consecuencia de esta imposibilidad del niño de pensar el objeto, el desarrollo del pensamiento en este bebé será el reflejo de lo ocurrido con el objeto: al ser la madre incapaz de calmar la necesidad que fragmenta al niño, vale decir, al no lograr el objeto devolver esta vivencia cambiada de signo, el niño se sentirá poblado por un mundo de enemigos y de aquí en adelante toda vivencia de necesidad se sentirá como terrorífica tendiendo, por tanto, a evitarse

Todo esto inaugura en el infante un modelo de acción antes que un modelo de pensamiento, donde el dolor psíquico que ha producido la Vivencia de Necesidad y junto a ella la Vivencia de Terror frente a algo Exterior, intentará retornar incesantemente a fin de integrar al aparato, mediante el dolor físico que no ha podido inscribirse en ese primer momento “mudo” pre-traumático.

Si bien la vivencia de necesidad es un elemento esencialmente intrasubjetivo, el hecho de que derive en la puesta en acción, nos hace pensar en la incidencia e importancia que posee sobre este elemento, el factor intersubjetivo; porque si la madre hubiera comprendido la necesidad del niño sin ver reflejada su necesidad en la necesidad del infante (la necesidad de la madre remite a su historia singular y significativa que da cuenta, en última instancia, de su constitución psíquica junto a su historia edípica particular), hubiera otorgado al infante la posibilidad de pensar en lugar de actuar como modelo defensivo frente a la angustia terrorífica emergente en el aparato ante el desvalimiento psíquico padecido en este primer momento “mudo” pre-traumático. Por eso es que creemos que la afirmación establecida por Bleichmar en “La fundación de lo inconciente” (2002), es la conclusión final de este trabajo: **“En la primera infancia el acontecimiento no deviene traumatismo por simple encadenamiento, sino por su ingreso significativo en la estructura deseante que precede su cualificación”** [5] (pág. 248). La cualificación que le otorgará la pareja parental, en primer término, y el contexto socio-histórico posteriormente.

Referencias

- [1] Lipovetsky, G. ¿Qué no es “hiper” en nuestra sociedad? Hipermodernidad, la era en que vivimos. 30-31 de Agosto de 2004. www.comunidadmujer.cl
- [2] Granel, J. “El futuro del psicoanálisis: un modelo metapsicológico de su aplicación en prevención de accidentes”. XIV Congreso Psicoanalítico de América Latina. A.P.A. II. Comunicaciones libres. Bs. As., 1982
- [3] Freud, S. *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901) en “Obras Completas”, Vol. VI, Editorial Amorrortu. Bs. As., 2000
- [4] Bleichmar, S. “En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia”. Ed. Amorrortu. Bs. AS., 1999
- [5] Bleichmar, S. “La fundación de lo inconciente. Destinos de pulsión, destinos del sujeto”. Ed. Amorrortu. Bs. As., 2002

- [6] Laplanche, J. y Pontalis, J. “Diccionario de Psicoanálisis”. Ed. Paidós. Bs. As., 1998
- [7] Baranger, M.; Baranger, W y Mom, J. “El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud. Trauma puro, retroactividad y reconstrucción”. Revista de Psicoanálisis. Tomo XLIV. N° 4. Primera parte. Julio-Agosto, 1987
- [8] Freud, S. *Inhibición, síntoma y angustia* (1926) en “Obras Completas”, Vol. VXX, Editorial Amorrortu. Bs. As., 2000
- [9] Molina de Costallat, D. “Psicomotricidad. La entidad psicomotriz”. Ed. Losada S.A. Bs. As., 1984
- [10] Fejerman, N. y otros. “Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo”. 1ª edición. Ed. Paidós. Bs. As., 1994
- [11] Caride de Mizes, M. Rosa y Schwartz de Scafati, L. “Los ‘accidentes’ en la infancia. Una interpretación”. Ed. C.E.A. (Centro Editor Argentino) Bs. As, 1981
- [12] Kohan, H. “Padre... ¿no ves que estoy ardiendo? Acerca de las enfermedades somáticas y de los accidentes en la infancia” Revista de Psicoanálisis. Tomo LVII, N° 1. Enero-Marzo de 2000
- [13] Granel, J. y otros “Encrucijadas en el proceso de separación-individuación: su relación con el accidentarse”. Revista 1. C.I.P.E.A. 10 de diciembre de 1987
- [14] Loschi, A. “Consideraciones sobre acting-out”. Revista 1. Editada por C.I.P.E.A. 10 de diciembre de 1987
- [15] Kreiselman de Monser, M. “¿Por qué retorna la compulsión a repetir?”. Revista de Psicoanálisis. Tomo LXII, N° 2. Junio, 2005