

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MAESTRÍA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN
PSICOPATOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS**

**VARIANTES EN LA IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO EN
SUJETOS QUE HAN SUFRIDO AMPUTACIONES.**

CAPÍTULO DE LIBRO

MARÍA GABRIELA VÁSQUEZ SILVA

MSC. DAVID MOSCOSO

QUITO, 2021

Tabla de contenido	
RESUMEN	3
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	6
1. CUERPO Y PSICOANALISIS	6
2. CONSTRUCCION DEL YO E IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO 10	
3. VARIANTES DE LA IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO EN PACIENTES AMPUTADOS	20
3.1 Dolor psíquico frente a la castración	20
3.2 Pérdida de objeto- Ambivalencia afectiva	23
3.3 El otro frente a la discapacidad	25
3.4 Reconocimiento de la marca- modificación de la imagen	27
MÉTODO	30
DISCUSIÓN:	30
CONCLUSIÓN	34
REFERENCIAS	35

RESUMEN

El proceso de amputación genera varios aspectos psíquicos al paciente amputado, dentro de los cuales se encuentra el dolor psíquico frente a la pérdida, que se transmuta en un duelo por el objeto perdido, haciendo que se produzca una negación en la nueva imagen que refleja esta amputación. Dentro de la presente investigación, se realiza un abordaje teórico que se ancla a la clínica para poder abordar las variantes que se producen en la imagen inconsciente del cuerpo a partir de identificar esta pérdida en el esquema corporal; además de la necesidad de trabajar con el cuerpo de los pacientes amputados a partir de la terapia con el espejo para revivir etapas primarias del sujeto y que de esta forma se pueda reconstruir la imagen inconsciente del cuerpo.

Este artículo trata de teorizar cómo el paciente amputado además de reconstruir su imagen inconsciente del cuerpo, debe realizar la reconstrucción yoica, el reconocimiento de la marca, transformar el dolor psíquico para así disminuir los efectos del miembro fantasma y que le permita aceptar su pérdida, a partir de esta mirada y reconocimiento del Otro, y así evitar caer en las ganancias secundarias que la amputación puede generar; buscando una reinserción en lo social, a partir de generar una estabilidad psíquica del sujeto para que se reconozca a pesar de tener una marca en el cuerpo.

PALABRAS CLAVES: Cuerpo, imagen inconsciente, miembro fantasma, amputación, construcción yoica.

ABSTRACT

The amputation process generates several psychic aspects within the amputee patient, among which is the psychic pain in the face of loss, which is transmuted into a mourning for the lost object, causing a denial to occur in the new image that it reflects

this amputation. Within this text, a theoretical approach will be carried out that will be anchored to the clinic to be able to work on the variants that occur in the unconscious image of the body from evidence of this loss in the body scheme; the need to work with the body of amputee patients will be evidenced from mirror therapy to relive the person's primary stages and that in this way all the images can be reconstructed that will later reconstruct the unconscious image.

It is important to mention that this article will allow us to understand how the amputee patient, in addition to reconstructing his unconscious image of the body, will have to perform ego reconstruction, body mark recognition, transform psychic pain in order to reduce the effects of the phantom limb and allow him to accept its loss, from this gaze and recognition of the Other, in order to avoid falling into the secondary gains that amputation can generate; thus seeking a reinsertion into the social, from generating a psychic stability of the subject so that it is recognized despite having a mark on the body.

KEY WORDS: Body, unconscious image, phantom limb, amputation, ego construction.

INTRODUCCIÓN

La pérdida de un objeto o de una persona nunca ha sido un factor fácil de sobrellevar y esto se complica cuando la pérdida se produce en el propio cuerpo, es decir, cuando existe la ausencia de un miembro, sea este un pie, un brazo, una mano, entre otros, el mismo que se ha perdido de manera abrupta y dramática como lo es una amputación.

En la práctica clínica, cuando se producen amputaciones se habla con mayor frecuencia del duelo frente a la pérdida del miembro, pero no de la modificación que se produce en relación con la imagen inconsciente del cuerpo, que viene a ser la

construcción psíquica del sujeto sobre sí mismo en relación con las experiencias de intercambio afectivo y físico con la figura materna, es por esto que dentro de la presente investigación se busca identificar teóricamente a partir de lo trabajado por Dolto y Nasio, qué sucede con la imagen inconsciente del cuerpo, cuales serían las modificaciones en esta imagen y también comprender cómo a partir del trabajo clínico es posible generar una transformación en la construcción yoica, la reestructuración de la misma, el reconocimiento de la marca que ha dejado la amputación visible en el cuerpo, la ambivalencia afectiva, la disminución del dolor psíquico y del miembro fantasma ocasionado por la amputación y finalmente la relación del paciente con otros y el entorno que lo rodea.

Es importante reconocer que la marca que deja una amputación de una extremidad sea esta inferior o superior, evidencia una discapacidad en el paciente, la misma que hace que su relación con el entorno y con el otro se dificulten haciendo así que el paciente genere un rechazo hacia esa marca en su cuerpo y evite relacionarse con las personas, provocando así sentir una discapacidad frente a la mirada del otro.

En relación con la articulación clínica de pacientes, este trabajo está basado en la experiencia clínica que se realizó con pacientes amputados que asistían a la Fundación Hermano Miguel para recibir acompañamiento físico y psicológico. En este espacio, se trabajó con los diferentes efectos psicosociales que vive un paciente amputado y a partir de esto se generaron las preguntas ¿Qué variantes se podrían generar con la imagen inconsciente del cuerpo en sujetos que han sufrido amputaciones?, ¿Qué lugar tiene la clínica en la reconstrucción yoica del sujeto y el reconocimiento de su cuerpo? que vienen a ser las preguntas guías en esta investigación para darle una respuesta no solo en lo teórico sino también en la práctica clínica.

En cuanto a lo teórico, se hará un recorrido teórico de Freud para obtener el concepto de cuerpo, en textos como el “yo y el ello”, “pulsiones y destinos de pulsión”, “Introducción al narcisismo”, seguido de Lacan con su texto del “estadio del espejo como formación del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”, es importante mencionar que Lacan trabaja el concepto de imagen del cuerpo, sin embargo este trabajo se apoya en lo trabajado por Dolto y Nasio en relación a “la imagen inconsciente del cuerpo” y “mi cuerpo y sus imágenes”, para establecer los conceptos y lineamientos, que permitirán comprobar los objetivos planteados para la investigación los mismos que se basan en el análisis de las variantes que surgen en la imagen inconsciente del cuerpo en un paciente amputado y que efectos genera la misma.

MARCO TEÓRICO

1. CUERPO Y PSICOANÁLISIS

El cuerpo inicialmente es únicamente un sistema biológico, hecho de carne, huesos y órganos, es decir, que no cuenta con un yo unificado y por lo tanto tampoco con una subjetividad.

Freud (1905) inicia este abordaje del cuerpo y la estructuración del sujeto a partir de la amnesia infantil en donde menciona que hay una certeza del ser y también del haber sido, lo cual permitirá anclarlo luego a la clínica e identificar porque es más fácil para un niño realizar una reconstrucción yoica y de su imagen.

(...) No puede tratarse, pues, de una desaparición real de las impresiones infantiles, sino de una amnesia semejante a la que observamos en los neuróticos respecto de vivencias posteriores y cuya esencia consiste en un mero apartamiento de la conciencia (represión) (...) En mi opinión, pues, la amnesia infantil que convierte la infancia en cada individuo en un tiempo anterior, por así

decir prehistórico y le oculta los comienzos de su propia vida

(...).(Freud,1905,p. 158-159)

Entonces, se puede identificar que el sujeto presenta procesos de amnesia de su primera infancia, lo que implica que no recuerda cómo fue inicialmente, ni la relación que tuvo con el mismo, es por esto que cuando la amputación surge en etapas tempranas del sujeto, ésta no genera las mismas afecciones que cuando es adulto, debido a que no hay un recuerdo previo de esas imágenes y representaciones, por lo cual, el niño olvida la situación que produjo la amputación y crece con la imagen del cuerpo modificada.

Posteriormente Freud, comienza a trabajar los procesos psíquicos que están en torno a la construcción del sujeto y que guardan relación con el cuerpo, abordando el concepto del yo y el cuerpo y como estos conceptos se encuentran unidos de manera natural desde el inicio. Freud aborda esta relación en dos de sus textos importantes “Introducción al narcisismo” en el cual menciona:

En un supuesto necesario que no esté presente desde el comienzo en el individuo una unidad comparable al yo, el yo tiene que ser desarrollado. Ahora bien, las pulsiones autoeróticas son iniciales, primordiales; por tanto, algo tiene que agregarse al autoerotismo una nueva acción psíquica para que el narcisismo se constituya. (Freud,1914, p. 74)

Por otro lado, en “Pulsiones y destinos de pulsión” refiere: “La oposición entre yo y no-yo (afuera), (o sea) sujeto objeto, se impone tempranamente al individuo, como dijimos”. (Freud,1915, p. 144-5)

Es importante reconocer que el cuerpo comienza a pasar de ser un sistema biológico a un sistema que tiene una dimensión y estructuración psíquica que lo anima, en donde las sensaciones y percepciones se comienzan a expresar en él.

Por otro lado, Lacan (1949), trabaja la imagen especular, para identificar como el sujeto comienza a reconocer este cuerpo anclado a su imagen y a la palabra que el otro coloca en el frente al juego con el espejo, en donde menciona: “(...) la disposición en espejo que presenta en la alucinación y en el sueño la imago del cuerpo propio, ya se trata de sus rasgos individuales, incluso de sus discapacidades o de sus proyecciones objétales (...)” (p. 101).

El reconocimiento que se produce del sujeto frente al espejo es a partir de reconocer ese cuerpo propio, a partir de los rasgos únicos de cada uno, creando así una imagen de sí mismo y que va a aportar a la generación del narcisismo. Freud (1923) comienza a trabajar el cuerpo desde este imago del cuerpo propio y cómo este se constituye a partir del otro, de las sensaciones, percepciones internas y externas del sujeto.

La psicofisiología ha dilucidado suficientemente la manera en que el cuerpo propio cobra perfil y relato desde el mundo de la percepción. También el dolor parece desempeñar un papel en esto, y el modo en que a raíz de enfermedades dolorosas uno adquiere nueva noticia de sus órganos es quizás arquetípico del modo en que uno llega en general a la representación de su cuerpo propio. El yo es sobre todo una esencia-cuerpo; no es solo una esencia-superficie, sino, el mismo, la proyección de una superficie. (Freud, 1923, p. 27)

A partir de este recorrido teórico y enlazado a la clínica, sería importante mencionar que esta representación del cuerpo se va a ver modificada en los pacientes amputados, ya que este reconocimiento de cuerpo propio se lo vuelve a generar otra vez a partir de su imagen en el espejo, produciendo así un rechazo a la marca que dejó la amputación; además de revivir el dolor y las sensaciones que presentó la situación por la cual se produjo la misma generando un trauma en el paciente.

Es por esto, que en el caso de estos pacientes se podría decir que la amputación va a generar una marca en ese cuerpo, que va a ser que el sujeto ya no pueda reconocerse como un yo completo, lo cual genera una deconstrucción yoica y una ruptura del narcisismo del sujeto. Esto se puede anclar a lo mencionado por Freud (1923) “es como si de este modo nos fuera demostrado [de-monstriert] lo que antes dijimos del yo consciente, a saber, que es sobre todo un yo-cuerpo” (p. 29).

El cuerpo deja de ser solo un sistema biológico para comenzar a sostener y expresar sensaciones, sentimientos, percepciones y pulsiones, las mismas que se generan a partir de las vivencias que el sujeto tenga, las palabras que el otro puede colocar sobre el sujeto, dejando así una huella y creando una imagen en él y es a partir de esto que se evoca el dolor frente a la pérdida. Freud (1950) en relación con lo analizado anteriormente menciona lo siguiente:

Ambos estados son de la máxima significatividad (...), pues le dejan como secuela unos motivos compulsivos. Del estado de deseo se sigue directamente una atracción hacia el objeto de deseo, respectivamente su huella mnémica; de la vivencia de dolor resulta una repulsión, una des inclinación a mantener investida la imagen mnémica hostil. Son estas la atracción de deseo y la defensa primarias. (1950,p. 367)

Se puede entonces reconocer que en los pacientes amputados el objeto está perdido, por lo que la imagen que recupera el paciente frente al espejo es hostil, ya que revive la huella mnémica que dejó la amputación y esto activa defensas en el sujeto haciendo que este rechace esa marca generada por la amputación en su cuerpo, generando así los síntomas del miembro fantasma, al sentir dolor en la parte amputada como una activación del deseo por recuperar el área pérdida.

2. CONSTRUCCION DEL YO E IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO

Una de las dimensiones psíquicas que se desarrollan a partir del cuerpo es el concepto del “yo”, el mismo que lo desarrolló Freud en su segunda tópica, para realizar una diferencia con el ello, e identificar que el mismo se encontrará, basándose en identificaciones y el narcisismo.

Para poder entender al yo, Freud (1923) lo define como: “el representante de lo que puede llamarse razón y prudencia, por oposición al ello, que contiene las pasiones” (p. 27). Esto nos da la estructura de que el yo cumple con ciertas funciones como la represión¹, es la sede de la resistencia² y maneja la relación entre el principio de placer y el principio de realidad³, además de ser la sede de las identificaciones imaginarias y la sublimación⁴ y posteriormente en pacientes amputados también generará defensas para cubrir la falta del objeto perdido.

Por otro lado, Lacan (1949), en su análisis en el estadio del espejo, reconoce que la imagen especular sirve como formador del yo, a partir de reconocer la imagen del cuerpo del niño en el espejo, es en este momento que se instaura la subjetividad y se construye el yo, comenzando por marcar una diferencia con el sí mismo, el cual es la sede del narcisismo. Nasio (2008) manifiesta que “el yo es la afirmación simbólica y social de nuestra singularidad, mientras que el sí mismo es la afirmación imaginaria y afectiva de nuestro ser” (p. 84). Retomando el trabajo de Lacan con relación a la construcción yoica, Nasio (2008) menciona:

¹ Proceso psíquico del cual se sirve el sujeto para rechazar ciertas ideas, representaciones, recuerdos entre otros manteniéndolos en el inconsciente.

² Todo aquello que perturba al sujeto en el trabajo clínico y que se convierte en un obstáculo para el lugar de la cura.

³ Son principios que rigen el funcionamiento psíquico, el primero busca promover el placer y evitar el displacer, sin que haya trabas de por medio y el segundo viene a ser el principio que pone las restricciones para que la persona pueda adaptarse a la realidad externa.

⁴ Es un mecanismo de defensa en el cual el sujeto canaliza todos sus impulsos y los desvía hacia una actividad que esta socialmente aceptada.

El estadio del espejo es una fase observable del desarrollo infantil en el transcurso de la cual el niño aún muy pequeño descubre reflejada en un espejo la imagen global de su cuerpo. Es una acepción teórica, el estadio del espejo es un concepto psicoanalítico que da cuenta del nacimiento del yo, de mí y del otro. (p. 84)

Es a partir de este juego en el espejo, se produce en el niño un reconocimiento de su cuerpo, en el cual toma el control de este, además de reconocerse como “yo” y diferenciarse del otro. En esta etapa, el rol del otro es de suma importancia ya que le devuelve la singularidad al niño y produce una separación simbólica e imaginaria con sus padres.

Winnicott (1971) menciona este proceso y la importancia que tiene el rol materno en el mismo. “(...) en términos del papel de la madre, es devolver al bebé su persona (...) podemos aquí incluir los espejos, real que existen en la casa, la oportunidad que tiene, de ver a los padres y a los otros, es mirarse al espejo”. (p. 188)

Este proceso es el mismo que se repetiría en los pacientes amputados, en donde el psicólogo o analista ocupa un rol de ser reflejo del sujeto, el mismo que devuelve una imagen apalabrada que le retorna la individualidad y subjetividad, rompiendo así la dependencia hacía los otros que puede provocar el proceso de amputación. Se puede complementar con lo que Lacan (1949) menciona:

Basta para ello comprender el estadio del espejo como una identificación en el sentido pleno que el análisis da a este término: a saber, la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen, cuya predestinación a este efecto de fase está suficientemente indicada por el uso, en la teoría, del término antiguo imago. (p. 87)

Por otro lado, Lacan (1949) también menciona la necesidad de la permanencia del yo.

Así esta Gestalt, cuya pregnancia debe considerarse como ligada a una especie, aunque su motor sea todavía confundible, por esos dos aspectos de su aparición simboliza permanencia mental del yo (je), al mismo tiempo que prefigura su destinación enajenadora; está preñada todavía a las correspondencias que unen al yo a la estatua en que el hombre se proyecta como a los fantasmas que le dominan. (p. 88)

Frente a esta imagen especular y a la permanencia psíquica del yo se hace mención que la proyección que ve en el sujeto viene acompañada de los recuerdos y huellas que esta representa a nivel psíquico, se podría decir entonces que la imagen proyectada no está anclada solo a una imagen real, sino también a una imagen simbólica e imaginaria atravesada por el deseo propio y el deseo del otro que apalabra al sujeto.

Para anclarlo con lo que sucede con los pacientes amputados, la imagen que devuelve al sujeto es una imagen incompleta que a partir del trabajo clínico revive los recuerdos reprimidos e identifica esa relación al deseo del paciente con un cuerpo completo, en donde cubre la ausencia del miembro perdido con la construcción del miembro fantasma.

Es importante reconocer que el otro juega un papel importante para estos pacientes, ya que si el otro lo discapacita a partir de decirle que ahora ya no puede hacer tal o cual cosa hará que el paciente se estanque y genere ganancias secundarias, mientras que si el otro reconoce esa marca en el cuerpo del paciente, pero le demuestra que él puede continuar haciendo las cosas y no lo compara con otros el paciente podrá sobre llevar esta pérdida sin generar ganancias secundarias. Es a partir de esto que, Amigo (2001) plantea:

Más allá del espejo queda la imagen que fuera donada por el Otro y que el niño va a asumir, como “yo-ideal”. Normalmente habrá una báscula entre el yo especular y el yo auténtico, que permitirá adquirir distancias entre las significaciones del Otro y algún sentimiento de su yo real, ese que lo hará devenir único. (p. 120)

En muchas ocasiones, los pacientes amputados buscan sostener este yo ideal y romper con la marca que les dejó la amputación y que más allá de que se reconozcan como únicos los hace sentir incómodos o juzgados y con una imagen dotada por el otro, llena de significantes negativos que anclan al sujeto a sentirse inferior y discapacitado. Sin embargo, para el proceso de reconstrucción yoica el terapeuta colocará al paciente frente al espejo para que desidealice esa imagen de completitud en el cuerpo y reconozca su esa pérdida en su cuerpo biológico y luego sea transformada también en su discurso.

Es a partir de este reconocimiento y de esta imagen que reconoce el sujeto con relación a su cuerpo, que, si llega a haber una herida o una marca en el cuerpo, se produzca una herida narcisista, la misma que genera un empobrecimiento del yo, representando así un dolor psíquico en el sujeto que se representará con una intensidad cada vez más fuerte en esa percepción que tiene de sí mismo, y en cómo se han modificado esa imagen.

Por ello Nasio (2008), establece la relación del cuerpo, con el yo y con la imagen, en donde menciona (...:) “es decir el yo entendido como imagen del cuerpo sentido, un yo que Freud califica como “yo corporal”, no porque este hecho de carne, sino porque está hecho de la representación de la carne” (p. 100). No obstante, esta representación de la carne como se menciona en la cita anterior viene cargada de

simbolizaciones, significantes, huellas mnémicas, sensaciones entre otros que van a ser representadas también en esa imagen especular. Como lo menciona Nasio (2008):

Se me ocurre en este momento una alegoría para ilustrar la proposición Freudiana de un yo concebido como una superficie que refleja todas nuestras sensaciones corporales. Imagino el yo como una bóveda reflectante, un espejo cóncavo tapizado con una infinidad de imágenes de formas y colores múltiples que continuamente cambian, se combinan y se superponen en nuestra cabeza. Todo se refleja, evanescente, en ese cielo imaginario: nuestras sensaciones, nuestros deseos, nuestros gestos y posturas. (p. 100)

Es precisamente la representación del yo la que va a permitir ligarla con la imagen inconsciente del cuerpo que se va a afectar al momento de una amputación, por lo cual se tendrá que reconstruir este yo, estas imágenes y representaciones guardadas y generadas de manera inconsciente a partir de ese cuerpo, identificando que esta será una instancia que se sostendrá en constante cambio y que cada etapa del sujeto provocará una nueva reconstrucción de la misma, es por esto que podemos mencionar lo que decía Nasio (2008) “No hay un yo puro; el yo es siempre resultado de la interpretación personal y afectiva de lo que sentimos y de lo que vemos de nuestro cuerpo” (p. 57-58).

Dolto (1986), marca una diferencia entre el esquema corporal y la imagen inconsciente del cuerpo y la describe de la siguiente manera:

El esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sean cuales fueren el lugar, la época o las condiciones en que vive. Este esquema corporal será el intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo, [...] sin él y sin el soporte que él representa, sería, para siempre un fantasma no comunicable. (p. 21)

Se entiende entonces al esquema corporal como aquello que viene a ser visible para el otro y en donde se van a reconocer los rasgos, órganos, marcas entre otras cosas que harán único al sujeto y lo diferenciarán del otro. Es importante mencionar que el momento de una amputación lo primero que se ve afectado es el esquema corporal ya que es en la primera instancia donde se puede reconocer una marca, donde se va a representar el dolor del miembro fantasma y sin el esquema corporal nos sería imposible reconocer las variantes que puede haber en la imagen inconsciente del cuerpo.

Por otro lado, la imagen inconsciente del cuerpo viene a ser esa relación que existe con el cuerpo y la psique. Dolto (1986) la describe como:

(...) es propia de cada uno; está ligada al sujeto y a su historia. Es específica de una libido en situación, de un tipo de relación libidinal. [...] la imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales. Se la puede considerar como la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante y ello, antes inclusive de que el individuo en cuestión sea capaz de designarse por el pronombre personal “YO”, antes de que sepa decir “YO”. La imagen del cuerpo es a cada momento memoria inconsciente de toda la vivencia relacional, y al mismo tiempo es actual. (p. 21)

La imagen inconsciente se encuentra anclada a aquellas huellas mnémicas generados por situaciones previas y además de estar anclada a las palabras que el otro puede colocar sobre ese sujeto. Es por eso que, en los pacientes amputados, la amputación marca un quiebre en el sujeto no solo en su proceso yoico y narcisístico, sino también en la imagen inconsciente ya que la huella generada se revive día tras día a partir del recuerdo colocado en ese cuerpo que se profundiza por la mirada y los significantes que el paciente y el otro colocan frente a ese cuerpo incompleto. Es

importante mencionar, que en ocasiones los pacientes no solo rechazan la pérdida en lo real, sino que generan una castración simbólica de otras áreas del cuerpo. En relación con esto, Dolto (1986) menciona

La imagen del cuerpo está del lado del deseo, no ha de ser referida a la mera necesidad. La imagen del cuerpo, que puede preexistir pero que es coexistente a toda expresión del sujeto, da testimonio de la falta en ser que el deseo apunta a colmar, allí donde la necesidad apunta a saturar una falta en tener (o hacer) del esquema corporal. (p. 33)

La imagen inconsciente del cuerpo, en el paciente amputado, tiende justamente a buscar cubrir la falta, por medio de no aceptar la misma y comenzar a crear alucinaciones en el paciente amputado de mantener vivo el miembro amputado. Esto se produce ya que el sujeto comienza a buscar en las otras imágenes como era su cuerpo previo la amputación y recrea esa imagen a través de lo imaginario; es por esto que se dice que la imagen inconsciente viene a ser la comunicación de un fantasma, que está atravesado por el deseo y que se instaura por el recuerdo de situaciones pasadas de placer o displacer que han estructurado al sujeto.

Para entender la construcción de la imagen inconsciente y cómo se podría reconstruirla en los pacientes amputados es importante identificar cuáles son las imágenes previas que se establecen en el sujeto. La imagen especular, es una de las primeras imágenes y aparece en el estadio del espejo. Nasio (2008) basándose en el trabajo de Lacan refiere que:

la imagen especular es el reflejo en el espejo de forma global de nuestro cuerpo, haciendo abstracción de sus detalles. Esta imagen es una visible que percibimos fuera de nosotros, sin embargo, es una imagen falsa por dos razones: la primera es porque solo refleja el aspecto visible del cuerpo y nunca la vida invisible que

lo anima y también es falsa porque nuestra imagen del espejo es demasiado afectiva, está demasiado cargada del pasado y de nuestros hábitos; además está demasiado sometida a la mirada crítica del otro interiorizado. (p. 92-93)

Más allá de que la imagen especular reconozca lo que se conoce como el esquema corporal, en los pacientes amputados viene a ser la que permite al sujeto reconocer esa marca en el cuerpo y por medio de la cual el sujeto se juzga, se niega a sí mismo, negando la falta y discapacitándose con relación al otro.

No obstante, la imagen especular es solo una imagen inicial para el reconocimiento del sujeto y la formación del yo; ya que, para la imagen inconsciente del cuerpo, tendrá que unificarse otras imágenes como lo menciona Dolto (1986), “La imagen del cuerpo es siempre inconsciente y está constituida por la articulación dinámica de una imagen base, una imagen funcional y una imagen de las zonas erógenas donde se expresa la tensión de las pulsiones” (p. 22).

De esta forma se empieza con la imagen base, la misma que para Dolto (1986), viene a ser la imagen que permite reconocer la mismidad del ser, como una continuidad narcisista, que se genera a partir del nacimiento y que se establece a pesar de las mutaciones de la vida y los desplazamientos impuestos en el cuerpo. Basado en lo que Dolto menciona de la imagen base, Nasio (2008) describe,

La imagen de base es la que le da al niño la convicción de que su cuerpo se asienta sobre un suelo firme que lo sostiene y lo soporta. [...] en el período de gestación la imagen base es también la que comunica al feto la impresión de que su cuerpo germinal está contenido en el líquido amniótico del que percibe la densidad y los calores protectores. (p. 27)

En otras palabras, se podría reconocer a la imagen base como esta imagen recuerdo o imagen arcaica que se genera en nuestra psique y que estructura al sujeto y

le permite reconocer las primeras sensaciones de protección y afecto, ya que está atravesada por el deseo materno.

Si se relaciona con los pacientes amputados, se puede decir que la imagen base vendría a ser una imagen que se reconstruye o restituye el momento de la amputación en la cual el paciente vuelve a colocar una sensación de dolor sobre un cuerpo mutilado y donde hay una pérdida del control del cuerpo; provocando así que haya un deseo que se coloque sobre esa imagen previa a la amputación como una añoranza de recuperar lo perdido.

Por otro lado, Dolto (1986) trabaja la imagen funcional, como aquella imagen que está anclada al cumplimiento del deseo, sería una de las imágenes que tiene mucha relación con el principio del placer. Esta imagen va a representar todas las sensaciones del sujeto y se la reconoce como representación del ello. Nasio (2008) identifica:

La imagen Funcional, es, por el contrario, la imagen de la sensación del cuerpo agitado y febril, todo él inclinado a la satisfacción de necesidades y deseos, un cuerpo al acecho de objetos concretos que puedan saciar sus necesidades y en busca de objetos imaginarios y simbólicos para satisfacer sus deseos. (p. 28)

Esta será la imagen que atraviese al sujeto desde un lugar de displacer frente a la amputación ya que identificará su necesidad de apoyo y además esta será la imagen por la cual se evocará y expresará el miembro fantasma en los pacientes amputados, el mismo que buscará satisfacer esa pérdida a través de cubrirla con una imagen o sensación alucinatoria de dolor o cosquilleo. Esta tal vez ser una de las imágenes más difíciles de trabajar con el paciente, ya que está muy anclada a la mirada y palabras que el otro.

Finalmente, la imagen erógena, Nasio (2008) la reconoce como la imagen de un cuerpo sentido como orificio entregado al placer, cuyos bordes se contraen y se dilatan

al ritmo alternado la satisfacción y la carencia” (p. 28). Por lo tanto, esta es una imagen pulsional donde se representa el placer y displacer del cuerpo del sujeto. Esta imagen será la que va a promover el dolor psíquico que se representa en el sujeto que ha sufrido una amputación, ya que será a partir de ésta que se reconocerá la carencia de un miembro en el cuerpo, moviendo así la herida narcisista.

Entonces se puede decir que “la imagen del cuerpo es la síntesis viva, en constante devenir, de estas tres imágenes: de base, funcional y erógena, enlazadas entre sí por las pulsiones de vida, las cuales se actualizan para el sujeto en lo que yo denomino imagen dinámica” (Dolto, 1986, p. 49).

Después de reconocer como se estructura la imagen inconsciente y de identificar su rol dinámico, se puede entonces analizar que para que abordar clínicamente a un paciente amputado se debe hacer un trabajo inicial sobre todas las imágenes para así lograr transformar la imagen inconsciente, permitiendo al sujeto no invalidar su imagen. Nasio (2008) afirma, que para que sea un proceso fructífero, se lo debe repetir varias veces,

En efecto, para que una sensación deje huella, también es preciso que sea experimentada con frecuencia, que sea percibida reiteradamente y que cada vez está asociada a la presencia tierna, deseante y simbólica de los padres. Solo una sensación reiteradamente experimentada que emane de un cuerpo impregnado de la presencia de la madre- de una madre deseante y deseada por el padre del niño- tendrá la intensidad suficiente para grabar en el inconsciente una imagen neta, vivaz, capaz de influir siempre en el destino del sujeto (2008, p. 34)

La repetición es una condición inherente al sujeto para generar un aprendizaje o una huella en el inconsciente, esta repetición también se veía en Freud (1988) en

concepto del Fort-da como el juego que realizaba el niño para representar la ausencia de la madre, en este caso, se la podría utilizar como representación de la necesidad de generar una repetición en las imágenes para cubrir la ausencia del miembro amputado y eliminar el dolor del miembro fantasma.

Es importante mencionar que para que la imagen inconsciente se restituya en un paciente amputado no solo debe estar presente esta repetición que el sujeto pueda hacer sobre las imágenes y las nuevas huellas de recuerdos y sensaciones que estarán atravesados por el deseo propio del sujeto y que van a ser colocados en ese cuerpo mutilado, pero el psicólogo cobra un rol importante en este proceso de reconstrucción, ya que él viene a ser la imagen del otro, con la cual se va a comparar, viene a ser la mirada y la palabra que permitirá al sujeto reestructurarse dentro de los tres registros, real, imaginario y simbólico.

Por otro lado, Nasio (2008) mencionó que la imagen tiene tres principios que la rigen. El primero es reconocer que la imagen siempre es el doble de algo, el segundo, es que la imagen existe en dos ámbitos, en el inconsciente y se puede reflejar en algo externo o visible como lo que se trabaja en relación con el espejo y el tercero, está en relación con el psicoanálisis y es que la imagen sostiene la comunicación emocional y fantasmática del sujeto.

3. VARIANTES DE LA IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO EN PACIENTES AMPUTADOS.

3.1 Dolor psíquico frente a la amputación

Con la amputación se producen varios procesos que están anclados a la construcción yoica y la imagen inconsciente del cuerpo. Uno de los primeros que se puede identificar en los pacientes amputados es el dolor psíquico, que se produce a raíz de la pérdida de un miembro amado, Nasio (2007) lo trabaja como un afecto

límite que va a guardar estrecha relación con la relación entre el cuerpo y la psique, en específico con el funcionamiento del yo.

(...) Entre el cuerpo y la psique, en el límite entre el funcionamiento normal del psiquismo y el psiquismo patológico; en el límite entre el yo y el mundo exterior; y, por último, en el límite entre el yo y el otro. En suma, el dolor es un fenómeno de límite, un afecto-límite. Lo que quiero decir con esto es que el dolor es, de todos los afectos, no solo el más difícil de comprender, sino también el que se halla más en el límite del funcionamiento normal del yo.

(Nasio, 2007, p. 90)

Al referirse a afecto límite, se podría reconocer que la amputación también lo es ya que está desestructura al yo, al generar una desestructuración en el esquema corporal y transformar la imagen que se genera frente a la pérdida. Este dolor psíquico está muy visible en el discurso del paciente ya que siempre está anclado a negar las imágenes del cuerpo amputado y evitar apalabrar este cuerpo mutilado. A partir de esto, Nasio (2007) menciona como se da este hundimiento del yo, “Entonces ocurre que el accidente externo rompe el límite y desencadena un fenómeno energético de entrada masiva de energía por esta abertura, una entrada que irrumpirá en el seno del yo como una tromba de agua y que sumergirá no al cuerpo, sino al yo” (p. 97).

El sumergimiento del yo provoca que haya una desorganización yoica, es decir que el paciente no tenga herramientas yoicas para reconstruir su imagen corporal y afrontar la pérdida del miembro mutilado en su cuerpo, provocando así que el dolor psíquico se reactive constantemente al ver su marca corporal, sintiendo así que perdió el control de su cuerpo y activando el trauma de la castración, al utilizar al yo como un espejo psíquico.

Precisemos primero que el yo funciona como un espejo psíquico compuesto por una miríada de imágenes, cada una de las cuales refleja una parte de nuestro cuerpo o un aspecto de los seres o de las cosas a las cuales estamos apegados afectivamente. (Nasio, 2007, pág. 41)

La amputación en el cuerpo genera que estas imágenes se modifiquen, que el sujeto no logre reconocerse frente a una imagen de su cuerpo mutilado y por eso comience a disociar este cuerpo en su discurso, siempre refiriéndose solo a la parte completa, a la cual todavía tiene control e ignorando la parte amputada, lo cual hace que la aceptación de la pérdida sea más compleja y tome más tiempo. Es a partir de esto que el yo busca compensar la pérdida de esa extremidad corporal a partir de generar representaciones alucinatorias que generan dolor físico en esa extremidad pérdida.

Según Nasio (2007) “En realidad estamos describiendo la misma crispación defensiva del yo que interviene en la génesis del dolor físico (el dolor de reaccionar), cuando toda la energía psíquica se concentra en la representación mental de la herida corporal” (p. 36). En el caso de los pacientes amputados se podría identificar que el yo estaría completamente ocupado en mantener viva la parte amputada generando así sensaciones sobre la misma. Es por esto que se puede identificar el dolor psíquico en los pacientes amputados, ya que evidencian manifestaciones del síndrome del miembro fantasma, en el cual el cerebro continúa enviando mensajes al área amputada para cubrir la falta y el paciente evidencia cosquilleos o dolor en el muñón como una compensación psíquica para romper con la ruptura en el cuerpo a nivel simbólico a pesar de que evidencie la marca en lo real

En relación al trabajo clínico para poder eliminar el dolor psíquico se trabaja con el paciente frente a un espejo, inicialmente para que haya una identificación de la

marca, posteriormente, para que se reconstruya la imagen de la parte amputada, se coloca el espejo haciendo reflejo a la parte que no ha sido amputada, para así trabajar con la imagen especular y comenzar a deconstruir la alucinación que cubre la falta y reconstruir la imagen de la parte pérdida para así disminuir el dolor psíquico y enfrente la marca de la amputación.

Esta terapia es muy necesaria antes de que el paciente reciba su prótesis debido a que así reconstruye su imagen inconsciente y evita el dolor del muñón para poder usar la prótesis y cubrir la falta en el cuerpo real.

3.2 Pérdida de objeto- Ambivalencia afectiva

Frente a la pérdida del objeto, en este caso producido por una amputación el sujeto experimenta varias emociones frente a esto provocando así una ambivalencia afectiva. Freud (1917) menciona: La pérdida del objeto de amor es una ocasión privilegiada para que campee y salga a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor. (p.248). Es importante mencionar que esta ambivalencia es la que está presente en los pacientes amputados, en donde se genera una posición de amor odio hacia su nueva imagen corporal; además esta ambivalencia se ve reflejada en los vínculos que el paciente tenga con su familia en donde, él puede generar una relación de apoyo para que de esta forma pueda sobrellevar la pérdida y al mismo tiempo sentirse discapacitado por el otro y generar ganancias secundarias a partir de esperar que sea el otro el que realice todo por él colocándose así en una situación de discapacidad.

Chemama (2002) definió a la ambivalencia como: “Disposición psíquica de un sujeto que experimenta o manifiesta simultáneamente dos sentimientos, dos actitudes opuestas hacia un mismo objeto, hacia una misma situación” (p. 29). La ambivalencia ante la amputación la podemos reconocer como un proceso de crisis que vive el paciente en el cual puede en muchas ocasiones tratar de revivir etapas primarias para

poder resolver esta dualidad de emociones que presenta frente al objeto ausente ahora en su cuerpo, si se hiciera un símil de la situación que vive el paciente en esta etapa podríamos reconocer una de las primeras ambivalencias que viven los sujetos que están en relación al “pecho bueno” y al “pecho malo” que se visibilizaba en la teoría Kleiniana, en donde el primero brindaba gratificación al sujeto y el segundo le generaba frustración.

En el caso de los pacientes amputados podríamos decir que lo que le gratifica no es la pérdida sino las ganancias secundarias que obtiene frente a esta discapacidad, pero en los casos de pacientes que logran sobrellevar de manera positiva su pérdida y tiene una buena reconstrucción yoica hay una gratificación también por haberlo logrado y salir de un estado de angustia constante. Sin embargo, este no es el caso de todos los pacientes amputados ya que muchos de ellos se frustran constantemente por la marca en su esquema corporal, por lo que tratan de romper con este malestar a partir de buscar cubrir esta falta y es aquí donde se presenta el dolor del miembro fantasma, el mismo que vuelve a generar por un lado gratificación ya que imaginariamente siente que no se perdió esa parte de su cuerpo, pero por otro lo frustra porque genera malestar físico en el muñón.

Por otro lado, se puede reconocer también la ambivalencia afectiva con la relación que el paciente puede tener con los otros en su entorno, en donde enfrenta varias emociones encontradas en las cuales por momentos rechaza el apoyo y el cuidado de la familia, ya que le enoja no poder valerse por sí mismo y tiene reacciones de ira, frustración y rechazo hacia la persona que le pueda ayudar y en otras ocasiones ama y valora mucho el apoyo que pueda recibir de su entorno. A veces esta ambivalencia no solo se presenta en el paciente, sino que también en los familiares mismos que generan frustración hacia lo que la sociedad podría decir de

esta marca y por otro lado generan compasión hacia el paciente.

En cuanto a la parte clínica, se puede reconocer esta ambivalencia en el discurso del paciente en el cual en ocasiones hay compasión hacia sí mismo y en otros momentos se rechaza y reacciona con emociones contrarias a él mismo, las mismas que reflejan su incapacidad de manejar el no tener el control sobre este cuerpo ahora mutilado. Otra forma en la que se identifica la ambivalencia en la parte clínica está alineada a cómo el paciente se refiere hacia esas personas que están para acompañarlo y apoyarle en su proceso de amputación, ya que en muchas ocasiones también los culpan y mencionan que los otros ahora lo rechazan por su condición actual y luego en el mismo discurso mencionan que realmente el mayor apoyo que tienen es tal o cual persona porque le han apoyado y brindado el amor que necesitan para sobrellevar este proceso.

En esta situación lo que se busca a nivel clínico es que el paciente encuentre en esos familiares una red de apoyo y que logre separar los sentimientos de ira y frustración de las personas que lo apoyan en el proceso para que él pueda tener realmente una red de apoyo y no se ancle a rechazar o resignarse a la situación que está viviendo actualmente frente a su pérdida.

3.3 El otro frente a la discapacidad

La amputación genera una discapacidad física en el paciente y para poder enfrentarla el otro cumple un papel fundamental, ya que puede ser el que brinde ayuda al paciente para salir de un proceso de duelo y reconstruirse a él mismo.

Nasio (2008) afirmaba que: “Desde que nuestras miradas se encuentran, siento de inmediato, confusamente, la imagen que el otro se ha forjado de mí. Mientras que delante de un espejo percibo el reflejo de mi apariencia ante el rostro que miro y que me mira descubro lo que soy para el otro.” (p. 137)

Frente a la amputación, el sujeto no se reconoce, hay inseguridad de reconocer su pérdida, por lo cual necesita alguien en quien reflejarse y comprarse, es importante reconocer que el sujeto no puede nombrarse, si no hay otro que lo instaure en el lenguaje que coloque algo de palabras y sentimientos sobre ese cuerpo y sobre el sujeto. El sujeto amputado en esta etapa está atravesado la comparación con el otro, por lo que ese otro puede colocar en él y por eso es por lo que la imagen de su esquema corporal viene a ser mucho más fuerte, ya que busca encajar con el target de la imagen perfecta o estándar de belleza que está establecido por lo social, ya que es el otro, el que hace más visible la marca en el cuerpo y lo hace sentir más discapacitado de lo que realmente esta.

Según Nuñez (2007), Lo valorado, lo rechazado en torno al propio cuerpo es el resultado de las experiencias vividas en la trama vincular establecida con estas figuras, que aceptarán o rechazarán ciertos rasgos del cuerpo del niño (...) condicionarán su imagen corporal y sus reacciones de orgullo, vergüenza, rechazo con relación a sí mismo. (p. 123)

En el proceso terapéutico, el rol del psicólogo es identificar cuáles son las redes de apoyo del sujeto, identificar su historia y novela familiar, reconocer las herramientas yoicas que tiene para afrontar los conflictos, ya que estos son procesos que van a permitir que el sujeto sea capaz de construirse y restablecer una imagen positiva de sí mismo para poder continuar con su vida. Sin embargo, también es importante identificar si la discapacidad no le está generando ganancias secundarias hacia su familia o hacia la sociedad.

Para finalizar, es importante mencionar que los recuerdos infantiles van a reaparecer en un proceso traumático como la amputación en donde posiblemente se revivan vivencias y experiencias donde se reflejó el amor o el rechazo, los

significantes puestos en el sujeto especialmente de la madre. Es por esto, que si el paciente ha atravesado por todos estos procesos de rechazo o ausencia le sea mucho más difícil aceptar su pérdida, provocando así que el paciente se desestructure y limite frente al otro y a la sociedad.

3.4 Reconocimiento de la marca- modificación de la imagen

Como se mencionó en el apartado anterior, para poder disminuir el dolor psíquico se trabaja con el paciente frente al espejo, ya que a partir de esto es posible volver a revivir etapas primarias y procesos iniciales del sujeto para que él pueda reconocer su cuerpo con la marca y volver a atravesarlo por su deseo y construirlo a partir de la mirada y relación con el otro.

En el proceso inicial, el paciente amputado no puede ver su imagen en el espejo ya que presenta un rechazo haciendo que este pierda ese reconocimiento del yo y como se mencionó anteriormente hay una ruptura en su narcisismo. Es por esto por lo que Schorn (2005), menciona: “Imagen que da cuenta de las marcas en lo real del cuerpo. Imagen que devela una falla que ante su apariencia deriva en rechazo, en huida para recomponer así el ideal narcisista del género humano” (p. 178).

Este rechazo inicial del paciente hace que se esconda y presente un miedo a ser visto y representado desde la falta o en su concepto social desde la discapacidad que la amputación representa.

En el proceso, se debe reconocer que la castración o mutilación presente en el cuerpo real del paciente amputado deviene generar una nueva imagen, una imagen que sobrepasa el campo de lo imaginario-simbólico y se evidencia en lo real recalando la falta, desestructurando al sujeto y haciéndolo sentir como que existiera una falla en él, la cual irrumpe en la posibilidad de sentirse un sujeto útil para la sociedad.

Una de las primeras variaciones que se puede identificar en el paciente amputado es que hay una negación a esta imagen de incompletud por lo cual comienza a disociar su cuerpo de su discurso.

Dolto (1986), menciona algo relacionado a este proceso que sucede con pacientes amputados donde afirma lo siguiente “Proyecta así una imagen sana del cuerpo, simboliza mediante la palabra y las representaciones gráficas, en el intercambio de sujeto a sujeto. Hablar así de sus deseos con alguien que acepta con él este lenguaje a pesar de la realidad, e la invalidez del cuerpo” (p. 19).

Es a partir de este proceso , que la mirada del médico, psicólogo o analista es de suma importancia ,ya que es a partir del reconocimiento y lenguaje que el otro coloque sobre este cuerpo que va a abrir la puerta para que el paciente pueda comenzar a reestructurar su imagen inconsciente y generar variantes en las imágenes que la componen, eliminando así la idea de un cuerpo invalido, sino más bien de construir un cuerpo con nuevas habilidades, esto se va a dar a partir de regresar a los procesos iniciales del estadio del espejo y de comenzar por modificar o reestructurar la imagen de base para que el paciente pueda reconocer su cuerpo con la marca actual.

Es importante identificar, que en ocasiones el paciente no logra identificar esta imagen sana de su cuerpo y deniega su imagen en el espejo utilizando lenguaje negativo hacia él mismo y esto sucede por la importancia que se le da a la apariencia del esquema corporal, a la mirada y palabra o critica del otro, anulando así el deseo propio.

Dolto y Nasio (2012), reafirman esta variación mencionando “Vivimos tan pendientes de la apariencia que damos que, en general, la percepción profunda localizada en la imagen del cuerpo- que no se ve- permanece denegada por la imagen del espejo” (p. 61).

Este es uno de los problemas principales para la reconstrucción de la imagen inconsciente y esta se da ya que el esquema corporal cobra mayor importancia, por ser lo visible a la sociedad. En terapia, se busca que el paciente, genere nuevas huellas mnémicas y sensaciones a partir de no negar su imagen y poder hablar de la ausencia en su cuerpo. Para promover la variación en la imagen inconsciente, se debe buscar que el sujeto no fije la amputación como una mutilación que no tiene solución, como lo mencionan Dolto y Nasio (2012). Estos autores destacan: “la castración no como una mutilación del código de la imagen inconsciente del cuerpo, sino por el contrario como una prueba que se atraviesa y se supera” (p. 43).

Es a partir de esta aceptación , que el paciente comienza a generar una variante en su imagen inconsciente en la que comienza a incorporar la falta y la marca en su cuerpo, a partir de comprender las emociones que esta le genera, comenzando por reorganizar su construcción yoica; reconociéndose en el espejo como un sujeto en donde a pesar de la falta es un sujeto completo, en donde se coloca otro lenguaje en ese cuerpo, produciendo una reorganización psíquica y corporal en donde la funcionalidad de sujeto va más allá de su condición biológica actual, como lo mencion Schorn (2005) en su texto:

Será justamente en este campo el que funde a un sujeto, que más allá de sus limitaciones vinculadas al esquema corporal dañado, permitiría la conformación de una imagen del cuerpo habilitante, fantasmaticada, en un orden diferente, donde su funcionalidad no corresponderá necesariamente con la realidad biológica (...).(p. 183)

Una vez reconstruida la imagen base , se comenzará el trabajo en la imagen funcional, en la cual se buscará que el paciente recupere su funcionalidad y reconozca que aún puede reconstruirse y volver a encontrar su utilidad y un rol en la sociedad ,en

este momento , va a ser indispensable el reconocimiento de este otro frente a la discapacidad que presenta la amputación, ya que se busca que este otro, en especial la familia nuclear y ampliada del paciente sean un vehículo para reorganizar los nuevos horizontes, metas, emociones y sensaciones del paciente amputado , para que así se facilite la aceptación de esta nueva imagen.

MÉTODO

La presente investigación se realizó a través de recolectar información por medio de técnicas bibliográficas como fuente primordial de la exploración y el análisis clínico se da a partir de la experiencia en relación al trabajo psicológico que se ha realizado con los paciente amputados de la Fundación Hermano Miguel por alrededor de 3 años, por lo cual en el trabajo se articulará lo que se ha podido evidenciar en este espacio clínico además de responder de ser posible las incógnitas que se generan entorno a los procesos psíquicos que viven los pacientes antes mencionados. La investigación es teórica descriptiva.

Como primer punto, se hizo una revisión de los autores clásicos y contemporáneos, con lo que se obtuvieron las teorías y conceptos que servirán de apoyo para el análisis y desarrollo del trabajo planteado. Dentro de las técnicas se utilizó para obtener las citas que apoyen el trabajo teórico fueron, subrayado de la información importante para luego realizar resúmenes sistemáticos que permitieron organizar las ideas iniciales para luego plasmarlas en la argumentación del texto.

DISCUSIÓN:

El paciente amputado, a partir de su amputación busca generar varios procesos psíquicos y emocionales envueltos al objeto perdido, dentro de los cuales se engloban sentimiento de culpa, frustraciones, inconformidad con su nueva realidad, ganancias

secundarias a partir de su nueva condición física y en ciertos casos un rechazo a reconstruirse a partir de esta pérdida.

Por lo tanto, es importante mencionar que dentro del trabajo realizado se ha podido identificar la importancia de la reconstrucción yoica como proceso necesario para reconstruir la imagen inconsciente del paciente amputado. Sin embargo, este yo se ve afectado desde que existe una herida narcisista por lo cual en muchas ocasiones como defensa del yo el paciente niega la falta del objeto y reprime la situación que genero la amputación para así negar la pérdida del miembro en su cuerpo. Como lo explicaba Freud (1923) en donde mencionaba que la represión era la forma en la que el yo se defiende.

Es justamente este proceso el que se identifica como una variante en la imagen inconsciente del cuerpo del paciente amputado ,en donde el paciente sobre invierte al objeto perdido y lo cubre con alucinaciones y representaciones corporales imaginarias para negar la pérdida, la cual está generada por una defensa del yo de manera inconsciente y es por esto que el yo va a buscar cobrar de alguna forma los rasgos del objeto perdido para tratar de cubrir la falta o la pérdida, anclándose a imágenes previas que provocan las alucinaciones o expresiones sensoriales en el cuerpo mutilado.

Esto en ocasiones provoca que el proceso terapéutico se dificulte aún más, debido a que el terapeuta se enfrenta a un sujeto en sufrimiento que como menciona Nasio (2008), es un sujeto que sufre frente a acontecimientos perturbadores, sin embargo, él también mencionaba que el sujeto busca regresar a imágenes pasadas o base para buscar seguridad y poder afrontar la realidad a la cual se enfrenta en el momento presente.

Este choque con la realidad es el que hace que muchos pacientes se nieguen aceptar su cuerpo y busque estancarse en esa imagen previa, una imagen base de niño o

adolescente o adulto donde su cuerpo no estaba mutilado, una imagen base que represente un cuerpo completo, el mismo que le permitía al sujeto sentirse útil frente al otro y a la sociedad. Es por eso por lo que, en el proceso o tratamiento clínico que se hace con el paciente, se trabaja con esta imagen base, pero para reconstruirla a partir de su realidad actual, en la cual pueda reconocer el cuerpo mutilado y deje de compararlo con esa imagen anterior de su cuerpo. Para que se reestructuró, se volverá al estadio del espejo, en donde, se replica el proceso de construcción inicial del sujeto para volver a replicar esta imagen y volver a cargarlo de sensaciones y emociones que el otro puede impregnar en el sujeto, como lo mencionó Nasio (2008).

Es entonces que al colocar al paciente frente al espejo y que el psicólogo, analista o terapeuta esté junto al él vuelve generar esa presencia del otro, haciendo semblante como se mencionó en el desarrollo del artículo, devolviendo al sujeto una imagen del cuerpo distinta, que está atravesada por una mirada no crítica del otro, en donde, se colocarán nuevas emociones y sensaciones que son las que permitirán que el sujeto comience a hacer huella de esa imagen que refleja su esquema corporal incompleto.

Para poder generar un proceso de reconstrucción de la imagen inconsciente, es importante que el sujeto repita la acción, realice el trabajo en el espejo para el reconocimiento de la marca, la reconstrucción narcisista del sujeto y el colocar emociones y deseos asociadas a esa nueva imagen que le permitan la aceptación de la pérdida del miembro como tal. Esto se lo puede anclar a lo que Dolto (1986) mencionaba, con relación a la repetición, en donde el sujeto llega a vivir más narcisísticamente las emociones del deseo, frente a repetir las necesidades que se asocian a la imagen inconsciente del cuerpo antes que, a las emociones producidas por la excitación del esquema corporal, haciendo así que él pueda realizar un proceso de

reconstrucción de la marca si olvidan el dolor o sufrimiento que esta dejó en su cuerpo real.

Finalmente, abordando el trabajo terapéutico en relación a la imagen inconsciente del paciente amputado, se ha identificado que hay casos en los cuales los paciente no quieren pasar por un proceso de reconstrucción yoica y de la imagen inconsciente del cuerpo , ya que han generado ganancias secundaria a partir de su nueva condición, cabe mencionar que existe una reacción terapéutica negativa, como la describía Freud (1923) en la que mencionaba que toda solución parcial en la cual hay una suspensión temporal de los síntomas, hace que el sujeto refuerce su padecer haciendo así que el tratamiento empeore en vez de mejorar, ya que provoca una inaccesibilidad narcisista, una actitud negativa hacia el psicólogo y un aferramiento a la ganancia que la enfermedad o en este caso la amputación le genera.

Este aferramiento a la ganancia de la enfermedad se puede dar con frecuencia en pacientes amputados ya que reciben atención del otro, de un otro que los discapacita, que evita que realicen las actividades, entonces, el paciente amputado entra en una posición cómoda evitando así transformar este malestar en relación a su amputación por miedo a perder esta atención que recibe de su familia o pareja; además que existen pacientes que buscan sostenerse en estas condiciones porque reciben bonos por su discapacidad, evitando así recibir el espacio terapéutico para reconstruirse y en muchas ocasiones incluso evitando el uso de una prótesis para no volver a reinsertarse en lo social.

No obstante, hay pacientes que si rompen con esta condición de aferrarse a la ganancia que representa su amputación y buscan volver a generar su individualidad reconstruyendo así su posición yoica y narcisista, y reconstruyendo las imágenes que van a permitir que la imagen inconsciente del cuerpo se reestructure y se guarde en la

memoria del mismo. Sin embargo, aquí el lugar de la familia y el entorno del sujeto van a jugar un papel muy importante para devolver esta imagen no invalidante al sujeto.

Dolto (1986) decía que: “Así pues la evolución sana de este sujeto simboliza por una imagen del cuerpo no invalida, depende de la relación emocional de los padres con su persona: de que muy precozmente estos le ofrezcan, en palabras, informaciones verídicas relativas a su estado físico de lisiado” (p.19).

CONCLUSIONES

Regresando a las preguntas que plantearon este trabajo se puede reconocer que el paciente amputado como defensa yoica busca generar imágenes, sensaciones y percepciones que son alucinatorias y que le permiten de esta forma disminuir su dolor psíquico, cubriendo la falta de manera imaginaria y simbólica y sosteniendo una imagen de completud en el cuerpo, que se lo puede identificar en el discurso del sujeto.

Uno de los efectos que produce la amputación y que está en relación con la defensa yoica del sujeto, está el síndrome del miembro fantasma, que en muchas ocasiones tiene un efecto negativo para la reconstrucción de la imagen inconsciente del cuerpo, ya que puede ocasionar que los pacientes se estanquen en los procesos terapéuticos y limite al sujeto a reconstruir la pérdida, por sostener una imagen fantasmática de completud.

La aceptación de la marca y la reconstrucción de la imagen inconsciente es más fácil en niños que en adultos ya que los niños tienden a reprimir con mayor facilidad el dolor frente a la amputación y gestionan de mejor manera las imágenes que representa la amputación para ellos.

La mirada del otro genera que el paciente se centre más en la marca a nivel real del esquema corporal, evitando así que desarrollen nuevos procesos psíquicos y habilidades para sobrellevar la amputación. Esto se evidencia en el proceso clínico a través del discurso del paciente y como el paciente puede evidenciar este rechazo o apoyo del otro.

Por último, se puede reconocer que hay varias variantes a nivel de la imagen inconsciente del cuerpo, que están ancladas a los procesos de construcción del sujeto y que, en relación con los pacientes amputados, la única forma de reconstruir estas variantes en la imagen es a partir de realizar las terapias con un espejo, en el cual el sujeto va a poder reestructurar sus imágenes, por medio de reconocerse en ese espejo a partir de la mirada de sí mismo y del psicólogo u otro que lo acompaña.

RECOMENDACIONES

En cuanto al proceso clínico, es importante que se genere un vínculo positivo con el paciente para que así el mismo comience a reconstruir la imagen inconsciente de su cuerpo a partir de dejar de colocar sensaciones, emociones y palabras negativas sobre su cuerpo, sino que más bien el rol del psicólogo en estos casos es generar que el paciente deje de ver su cuerpo como inválido y conecte nuevamente con las imágenes previas para reconstruirlas a partir de emociones y sensaciones que le devuelvan la utilidad y que el paciente vuelva a sentir que controla el mismo.

Es recomendable trabajar con el espejo en estos casos ya que se vuelve a estadios primarios y le permite al sujeto reconstruirse nuevamente, además de que el espejo va a apoyar la disminución del miembro fantasma haciendo que el sujeto avance en su proceso de aceptación de la pérdida.

REFERENCIAS

- Amigo, S. (2001). *Clínica de los fracasos del fantasma*. Segunda edición. Rosario-Argentina, Homo Sapiens Ediciones.
- Chemama, R y Vandermersch, B (2010) *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu ediciones. Primera reimpresión.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. España: Paidós.
- Dolto, F y Nasio, J (2012) *El niño en el espejo*. Buenos Aires. Gedeisa

- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual en obras completas* . Vol VII.. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914), *Introducción al Narcisismo*. Obras Completas, Buenos Aires Amorrortu.
- Freud, S. (1915), *Pulsion y destinos de pulsión*. Obras Completas, Buenos Aires Amorrortu.
- Freud, S. (1917), *Duelo y melancolia*. Obras Completas, Buenos Aires Amorrortu.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello en obras completas*. Vol VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Lacan, J. (1949). *El estadio del espejo como formación del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*, en Escritos I, Siglo XXI México, 1972
- Nasio, J. (2007). *El dolor de amar*. Barcelona: Editorial Gedisa. Econobook.
- Nasio, J. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires: Paidós.
- Núñez, B. (2007). *Familia y discapacidad*. Buenos Aires. Lugar editorial.
- Schorn, M. (2005). *La capacidad en la discapacidad, sordera, déficit intelectual, sexualidad y autismo*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Winnicott, D (1971). *Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño, en Realidad y Juego*, Buenos Aires Granica.