



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS  
DE LA EDUCACIÓN.  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

**TEMA:**

**El proceso de duelo y el síndrome del miembro fantasma en  
pacientes diabéticos amputados en el ámbito de una  
institución hospitalaria: propuesta de una intervención  
clínica psicológica.**

**AUTOR:**

**Tixi Herrera, Martha Noemí**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TUTOR:**

**Psic.Cl. Estacio Campoverde, Mariana, Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador**

**20 de febrero del 2018**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS  
DE LA EDUCACIÓN.  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Tixi Herrera, Martha Noemi**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

**TUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana, Mgs.**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Psic. Galarza Colamarco, Alexandra, Mgs.**

**Guayaquil, a los 20 del mes de febrero del año 2018**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS  
DE LA EDUCACIÓN.  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Tixi Herrera, Martha Noemí**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **El proceso de duelo y el síndrome del miembro fantasma en pacientes diabéticos amputados en el ámbito de una institución hospitalaria: propuesta de una intervención clínica psicológica**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 20 del mes de febrero del año 2018**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Tixi Herrera, Martha Noemí**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS  
DE LA EDUCACIÓN.  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, Tixi Herrera, Martha Noemí**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **El proceso de duelo y el síndrome del miembro fantasma en pacientes diabéticos amputados en el ámbito de una institución hospitalaria: propuesta de una intervención clínica psicológica**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 20 del mes de febrero del año 2018**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_  
**Tixi Herrera, Martha Noemí**



## INFORME DE PLAGIO

URKUND	
<b>Documento</b>	<a href="#">El proceso de duelo y el síndrome del miembro fantasma en pacientes diabéticos amputados....docx</a> (D35986602)
<b>Presentado</b>	2018-02-28 01:09 (-05:00)
<b>Presentado por</b>	marianaestacio@hotmail.com
<b>Recibido</b>	mariana.estacio.ucsg@analysis.urkund.com
<b>Mensaje</b>	El proceso de duelo y el síndrome del miembro fantasma en pacientes diabéticos amputados. Propuesta <a href="#">Mostrar el mensaje completo</a> <b>0%</b> de estas 32 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

**TEMA:** El proceso de duelo y el síndrome del miembro fantasma en pacientes diabéticos amputados en el ámbito de una institución hospitalaria: propuesta de una intervención clínica psicológica.

**ESTUDIANTE:** Tixi Herrera Martha Noemí

**FECHA:** 19 de febrero del 2018

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME ELABORADO POR:**

---

**Psic. Cl. Mariana Estacio C, Mgs.**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios y a la Vida que me ha dado sabiduría, entendimiento y voluntad, permitiendo cumplir mis ideales y éxitos, porque yo nací para ser feliz.

Agradezco a mis queridos hijos Dres. Marcia, David y Bella, por su apoyo de amor y comprensión infinita.

A mi Hija Mayor por su ejemplo de responsabilidad como profesional, madre e hija abnegada por toda la familia.

A mis Nietas y Nietos por su deseo y alegría de cumplir sus Objetivos tejiendo sus vidas en el campo médico.

Gracias a Mi tutora de Tesis y Supervisora de Practicas Psic. Cl. Mariana Estacio Campoverde, por su apoyo, experiencia, paciencia y tiempo, aprendí tanto de usted.

A todos Mis Maestros, a sus enseñanzas y Experiencias.

Gracias a mis pacientes, niños, jóvenes, adultos que me permitieron abordar y escuchar su palabra, y seguirme formando como profesional clínica.

**Tixi Herrera, Martha Noemi**

## DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis hijos, nietas y nietos por su apoyo incondicional con los cuales he compartido y siempre compartiendo cada momento de mi vida, me han regalado la oportunidad de viajar, conocer, bailar, reír y también llorar, siempre unidos y organizados.

Dedico a mis maestros por ser mis guías y el camino de luz ante la construcción de esta carrera que se sostuvo por su enseñanza, experiencia y esfuerzo continuo, a la psicóloga Ileana Velásquez gran maestra y amiga.

A la Psi. Martha Velásquez y Psi. Josefina Rivera de Hidalgo por prestarme recursos para llegar a ser una profesional, por su pedagogía, la transmisión de fe en mí y ética que les caracteriza.

A mi tutora de tesis y supervisora de prácticas Psic. CI. Mariana Estacio, por su tiempo, confianza y apoyo.

A los maestros que me apoyaron con su enseñanza y experiencia en el paso de la carrera clínica, Dr. Arturo Campos, Psi. Elba Bermúdez, Psi. Alexandra Galarza, Psicóloga Rosa Irene y al Psicólogo Francisco Martínez

Al personal administrativo que tuvo fe y confianza en mí, Lcda. Nuvia Lozano Guillen y Lcda. Stephanie Pacheco.

*“Una de las cosas más agradables de la vida: ver cómo se filtra el sol entre las hojas.”*

**Mario Benedetti.**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS  
DE LA EDUCACIÓN.  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**PSIC. CL. GALARZA COLAMARCO, ALEXANDRA, MGS.**  
DIRECTORA DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**PSIC. CL. MARTÍNEZ ZEA, FRANCISCO XAVIER, MGS**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**PSIC. CL. GÓMEZ AGUAYO, ROSA IRENE MGS.**  
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS  
DE LA EDUCACIÓN.  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **CALIFICACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Tatiana Torres Gallardo, Mgs.**

**PROFESOR GUIA O TUTOR**

# ÍNDICE GENERAL

## CONTENIDO

<b>RESUMEN .....</b>	<b>XII</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2</b>
<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>5</b>
<b>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>6</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 1. DEFINICIÓN DE LA DIABETES Y SUS TIPOS .....</b>	<b>9</b>
1.1 Definición .....	9
1.2 Diabetes tipo 1 .....	9
1.3 Diabetes tipo 2 .....	10
1.4 Diabetes Gestacional .....	10
1.5 Enfoque Médico sobre la amputación en pacientes diabéticos .....	11
1.6 Diagnóstico y Pronóstico médico en pacientes amputados. ....	13
<b>CAPÍTULO 2: LA CONSTRUCCIÓN DEL CUERPO Y SUS IMÁGENES... 15</b>	
2.1 Estadío del Espejo .....	15
2.2. Construcción de la imagen del cuerpo .....	17
2.3. Frustración, privación y castración .....	19
<b>CAPÍTULO 3 PROCESO DE DUELO Y SÍNDROME DEL MIEMBRO FANTASMA.....</b>	<b>23</b>

3.1. La vivencia de duelo como respuesta ante la pérdida en la amputación.....	23
3.2. Síndrome del miembro fantasma .....	25
3.3. Respuestas subjetivas patológicas frente a la amputación .....	27
<b>CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA .....</b>	<b>31</b>
<b>CAPITULO 5: ANALISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
5.1 Caso 1. Cuerpo que cae.....	34
5.1.1 Modelo de intervención .....	35
5.1.2 Propuesta de intervención clínica: .....	37
5.2 Caso.2. Intervención clínica en una pérdida en cadena.....	38
5.2.1 Propuesta de intervención clínica .....	42
5.3 Caso 3. Narcisismo y cuerpo.....	43
5.3.1 Diagnóstico presuntivo:.....	46
5.3.2 Propuesta de intervención clínica .....	48
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>49</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>51</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>52</b>

## RESUMEN

El presente proyecto de investigación tiene como tema: El proceso de duelo y el síndrome del miembro fantasma en pacientes diabéticos amputados en el ámbito de una institución hospitalaria y propuesta de una intervención clínica psicológica. Y tiene como finalidad construir una propuesta de intervención psicológica en pacientes diabéticos con amputación en el contexto hospitalario, siguiendo una exégesis de textos de clínica que se enfoquen en realizar una mejoría a la calidad de vida, respondió a una problemática común en el área hospitalaria y que, sin embargo, fue enigmática para el médico por su presentación y los signos que manifiesta, la ausencia del órgano será plenamente llamativo por el síntoma expreso de la idea y persistencia de la creencia de ese miembro ahora amputado. Para su desarrollo se ha trabajado sobre los tipos de diabetes en las que con más frecuencia existe un riesgo de amputación, se presenta la definición del síndrome del miembro fantasma, sus consecuencias patológicas primarias y las anomalías que pueden manifestarse. La lectura que se desarrolló será efectuada desde la teoría psicoanalítica y sus conceptos relacionados con la construcción del cuerpo y la estructuración de la imagen. Se presentará el análisis clínico de los casos a partir de los cuales se propondrá un proceso de intervención cumpliendo el objetivo general construyendo una propuesta.

***Palabras Claves:* (Cuerpo, imagen del cuerpo, duelo, síndrome del miembro fantasma, amputación)**

## **ABSTRACT**

The present research project has as its theme: The process of mourning and the syndrome of the phantom limb in diabetic patients amputated in the setting of a hospital institution and proposal of a psychological clinical intervention. Its purpose is to build a proposal for psychological intervention in diabetic patients with amputation in the hospital context, following an exegesis of clinical texts that focus on improving the quality of life, responding to a common problem in the hospital area and that, however, was enigmatic for the doctor because of his presentation and the signs he manifests, the absence of the organ will be quite striking because of the express symptom of the idea and persistence of the belief of that now amputated member. For its development we have worked on the types of diabetes in which there is a greater risk of amputation, the definition of the phantom limb syndrome, its primary pathological consequences and the anomalies that can manifest themselves. The reading that will be developed will be carried out from the psychoanalytic theory and its concepts related to the construction of the body and the structuring of the image. The clinical analysis of the cases will be presented from which an intervention process will be proposed, fulfilling the general objective by constructing a proposal.

**Key Words:** (Body, body image, grief, phantom limb syndrome, amputation)

## INTRODUCCIÓN

Este proyecto responde al modelo de trabajo de investigación denominado exégesis de textos, desde un enfoque cualitativo se desarrolla la investigación sobre el tema *“El proceso de duelo y el síndrome del miembro fantasma en pacientes diabéticos amputados en el ámbito de una institución hospitalaria: propuesta de una intervención clínica psicológica.”*

El problema de investigación surge de una práctica de campo en el área hospitalaria en la que el síndrome del miembro fantasma surge como efecto común y sin embargo incógnito. Estas manifestaciones del cuerpo suelen ser respondidas por un conjunto de conceptualizaciones propias de la neurología que deja fuera al ser hablante que vivencia la transformación del cuerpo como una sintomatología de lo extraño.

Es allí que desde el psicoanálisis propone un conjunto de concepto como el de estadio del espejo, construcción de la imagen corporal, castración para entender y abordar, los procesos de duelo en pacientes diabéticos amputados.

En el presente trabajo las preguntas que orientaron esta investigación fueron:

¿Cómo ocurre el proceso de duelo en los pacientes diabéticos amputados?

¿En qué consiste el síndrome del miembro fantasma?

¿Forma parte del proceso de duelo?

¿Es normal o patológico?

¿De qué forma se interviene?

En el presente trabajo de esta investigación nos orientamos a definir los siguientes capítulos:

**Capítulo 1:** En este capítulo trataremos sobre la definición de diabetes y sus tipos, en la cual encontramos el concepto de diabetes, tipos de diabetes 1, 2 y gestacional, para llegar y mejorar el conocimiento de las persona en general hacia este tema tan importante.

**Capítulo 2:** En la cual se encuentra detallado todo lo que es el estadio del espejo, La construcción de la imagen del cuerpo, frustración, privación y castración, la finalidad es que el paciente perciba las sensaciones en el cuerpo.

**Capítulo 3:** En este capítulo se plantea la vivencia de duelo como respuesta ante la pérdida en la amputación, síndrome del miembro fantasma y las respuestas subjetivas patológicas frente a la amputación, Lo que se explicará en este capítulo es que el aparato psíquico en estado de duelo produce un conjunto de sensaciones en el miembro amputado que ya no está, es como una especie de pérdida de la realidad, pero veamos por qué sucede esto.

**Capítulo 4:** Metodología aplicada al proyecto hace como referencia las metodologías aplicadas en la clínica es el método abductivo que consistirá en la recopilación de los enunciados del paciente por medio de la escucha activa, el clínico recepta en una epojé que permitirá no intervenir desde sus prejuicios, sino en una neutralidad benéfica, el método indiciario, también denominado método del detective logra que el analista, el terapeuta o el clínico recepten desde la formalización del discurso del paciente.

**Capítulo 5:** El análisis de resultado se trabajará el desarrollo de los casos clínicos como propuesta de intervención del proyecto de investigación. El desarrollo de los casos clínicos se presentará como historial clínico, desde un nivel fenomenológico, dinámico, y estructural. Se desarrolla el Caso 1. Cuerpo que cae, Caso.2. Intervención clínica en una pérdida en cadena y Caso 3. Narcisismo y cuerpo.

## JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo engloba un estudio de la concepción del duelo y del síndrome del miembro fantasma dentro de la psicología clínica, la dificultad que se presenta tanto para el médico como para el profesional en psicología es que los pacientes manifiestan de diferentes formas la tramitación del duelo, si bien es cierto existen ciertas características que acompañan a un sujeto en duelo hay otras que se enlazan directamente con la historia singular del paciente.

Para el clínico no experimentado el efecto del duelo puede ser confundido como un estado patológico frente a la pérdida y conllevar a la dificultad de tratamiento en el sentido de interrumpirlo por medio de la medicación psiquiátrica, sin considerar que se trata de un proceso que requiere el sujeto para elaborar la pérdida de la parte del cuerpo amputada.

La pérdida de la parte del cuerpo amputada genera lo que se conoce como noción de síndrome de miembro fantasma que se encuentra relacionado con los modos de respuesta en el cuerpo. El abordaje psicoanalítico expone los modos de concepción del cuerpo desde la imagen corporal, el anudamiento simbólico y su efecto real. Los fenómenos de fragmentación, despersonalización, alucinaciones y duelo no tramitado pueden ser abordados si se conoce la concepción de cuerpo.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El problema de investigación surge de una práctica de campo en el área hospitalaria en la que el síndrome del miembro fantasma surge como efecto común y sin embargo incógnito. Estas manifestaciones del cuerpo suelen ser respondidas por un conjunto de conceptualizaciones propias de la neurología que deja fuera al ser hablante que vivencia la transformación del cuerpo como una sintomatología de lo extraño.

Es allí que desde el psicoanálisis propone un conjunto de concepto como el de estadio del espejo, construcción de la imagen corporal, castración para entender y abordar, los procesos de duelo en pacientes diabéticos amputados.

# **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

## **Objetivo General**

Construir una propuesta de intervención psicológica en pacientes diabéticos con amputación en el contexto hospitalario, siguiendo una exégesis de textos de clínica que se enfoquen en realizar una mejoría a la calidad de vida

## **Objetivos específicos**

1. Desarrollar una elaboración teórica con sostenimiento práctico sobre el trabajo de duelo ante la pérdida en pacientes con amputaciones.
2. Definir el síndrome del miembro fantasma desde sus repercusiones en el cuerpo y su representación.
3. Determinar la incidencia del duelo no elaborado en la subjetividad del paciente con amputación.

## MARCO TEÓRICO

### Antecedentes

El presente trabajo de investigación tiene como principio un análisis de las publicaciones dadas desde las nociones de Duelo y Pérdida en los proyectos de trabajo de titulación presentados en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en la carrera de Psicología clínica entre el año 2010 a la presente fecha, se muestra distintos modelos de abordaje con relación a una perspectiva común, muy importante en la clínica y el trabajo de campo en el ámbito hospitalario como antecedentes del proyecto de titulación elaborado.

Maji y Vera (UCSG, 2017), El trabajo desarrollado en la tesis: “Algunas consecuencias subjetivas en la imagen corporal desde el psicoanálisis lacaniano, en pacientes con amputaciones internados en una Institución de Salud Pública”, abordan las implicaciones subjetivas de los pacientes que han sufrido amputaciones, percibiendo los fenómenos a nivel del cuerpo, llegando a conclusiones que tienen como fundamento la implicación del entorno dentro de la percepción subjetiva del paciente, de tal manera se habla de campos de afección en el modo de respuesta y ámbitos de hecho institucional como lectura del paciente, en este plano se habla de un decir no dialéctico y el imaginario instituido.

Amaya Fariño Alejandra (UCSG, 2017), aborda de igual manera en su trabajo de investigación algunas modalidades de los tratamientos de intervención clínica en duelo en hombres y mujeres con diagnóstico VIH, mediante la intervención de soporte que ejecuta el psicólogo clínico. En la presente investigación se apunta al duelo, la pérdida y el síndrome del miembro fantasma en pacientes amputados con diagnóstico de diabetes e intervenidos mediante tratamiento de soporte en el ámbito clínico considerando como aspecto fundamental la reestructuración de la imagen del cuerpo analizando los fenómenos de ruptura e impronta; así da paso a la

compresión del fenómeno del cuerpo, para definir nos remitiremos a la concepción médica con la intervención del psicólogo clínico.

Aguirre y Zumba (UCSG, 2017) desarrollaron el trabajo de investigación situado en un acercamiento al proceso de duelo, dando énfasis en el papel de la castración (no como ablación sino acción simbólica) en pacientes oncológicos.

Las investigaciones expuestas se relacionan con el presente trabajo en cuanto abordan el duelo como vivencia expresa en todos los campos del ámbito social y estructural, el duelo como resolución ante la precariedad de la pérdida y su función detenida al no ser tramitados, y el componente fundamental de la ablación en pacientes amputados con diabetes.

# **CAPÍTULO 1. DEFINICIÓN DE LA DIABETES Y SUS TIPOS**

## **1.1 Definición**

Para el estudio de la amputación a causa de la diabetes y las razones por las que se llega a esos procedimientos, se debe situar una definición de la diabetes, así siguiendo a la OMS se puede definir a la diabetes como:

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (O.M.S, 2015, pág. 26)

De esta manera se define la diabetes como una enfermedad crónica y progresiva que necesita un control por un desbalance del azúcar, lo que produce un desorden orgánico por su efecto continuo. Hay diversos tipos, los cuales se detallarán a continuación.

## **1.2 Diabetes tipo 1.**

Los tipos de diabetes tienen distintas denominaciones y modalidades de afectación, basándose como elemento principal en la producción de insulina.

Según GethealtyClarkCounty.org, (Country, 2017, pág. 32), la diabetes tipo 1 es el resultado de la incapacidad del cuerpo de producir insulina. La insulina es la hormona que “abre” las células del cuerpo, permitiendo que la glucosa entre y las llene de energía. Se calcula que entre 5% y 10% de los norteamericanos que padecen diabetes tienen diabetes tipo 1.

Se presenta a cualquier edad, pero es más fácil de ser diagnosticada y a la vez más frecuente en niños y adolescentes. Como no se produce

insulina ya que las células del páncreas dejan de trabajar se necesitarán inyecciones diarias de insulina.

Según la Organización Mundial de la Salud, los síntomas podrían ser: excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita

### **1.3 Diabetes tipo 2**

Hay otro tipo de diabetes más común y mortífera que opera de otra manera, siendo mayormente dañina y compleja:

La diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se presenta en niños. (O.M.S, 2017, pág. 87)

### **1.4 Diabetes Gestacional**

Hay un tipo de diabetes que se presenta por antecedentes familiares, es de índole hereditaria y se desencadena en el embarazo, pese a que la persona no haya presentado diabetes anteriormente. Este tipo de diabetes se presenta en el periodo de gestación.

Se dice que las mujeres embarazadas que no han tenido diabetes antes, pero que tienen altos niveles de azúcar en la sangre (glucosa) durante el embarazo, tienen diabetes gestacional. La diabetes gestacional comienza cuando el cuerpo no puede producir o utilizar toda la insulina que necesita para el embarazo. Sin la insulina suficiente, la glucosa no puede dejar la sangre y convertirse en energía. La glucosa se acumula en la sangre en altos niveles. Esto se llama hiperglicemia. La diabetes gestacional afecta a cerca del 4% de todas las mujeres embarazadas, resultando en cerca de ciento treinta

y cinco mil casos cada año en los Estados Unidos. (O.M.S, 2015, pág. 67)

Así, la diabetes es una enfermedad que aparece de distintas maneras y tipos sobre el organismo, siendo la Diabetes tipo 2 aquella que afecta de forma crónica y da paso a la amputación si se generaliza, ya que resulta de un corte en una zona que por la enfermedad va a tener una dificultad en el proceso de cicatrización normal y, debido a la exposición va a generar una infección generalizada que pasará a la ablación de la zona afectada. El impacto en la subjetividad sucede entre la afección externa y la marca interna, desencadena en efectos de traumatismo psíquico.

### **1.5 Enfoque Médico sobre la amputación en pacientes diabéticos.**

En el apartado anterior se ha definido la diabetes y sus tipos, porque los casos de amputación que se abordan en este proyecto, se presentan en pacientes diabéticos., enfermedad con una alta tasa de mortalidad en nuestro país y en la que también encontramos con frecuencia la amputación como medida de tratamiento para evitar que los cuadros de gangrena se compliquen afectando todo el miembro.

Las amputaciones son realizadas con la finalidad de eliminar, extraer extremidades con enfermedades o lesiones graves, o que ya no son funcionales. Dado los avances médicos con antibióticos, el modelo de atención traumatológica, la cirugía vascular y el tratamiento de neoplasias han logrado mejorar el propósito y salvar las extremidades. “Sin embargo también es importante mencionar que el intento prolongado de salvar la extremidad, evitando la amputación causa un fenómeno de morbilidad excesiva que provocaría la muerte” (ACCESS MEDICINA, 2017, p. 3).

El asesoramiento, el cuidado que se establece y las indicaciones respecto al criterio de amputación debe ser dirigida por el médico,

permitiéndose transmitir la información sobre el proceso de intervención quirúrgica, estableciendo el trabajo de rehabilitación que se correlacione con el procedimiento, no se puede dar indicaciones que estén fuera del ámbito clínico, se aprecia de forma realista el resultado ya que afectaría el soporte del paciente en el proceso de la amputación. Se debe indicar que intentar salvar la extremidad no siempre es una opción adecuada para el paciente.

El acto de amputar es una decisión que el médico lo establece con el trabajo conjunto entre un equipo especializado como es el psicólogo y el personal de enfermería, amputar es un proceso de pérdida que aparece en la ablación del órgano y su falla de función, dejando al paciente en una situación de desmoronamiento psíquico que no sólo puede afectarlo a él, sino a su familia.

Los casos designados para amputación se presentan en el periodo avanzado de la diabetes cuando hay una degeneración progresiva del tejido en una zona específica que ha sido afectada por una herida, el proceso de cicatrización no logra su función normal y la finalidad del cierre y reconstrucción de la epidermis en la piel, por medio del proceso de ablación de la zona afectada se desprenderá una extremidad que actúa como foco infeccioso receptor de bacterias y microorganismos que serán agentes patógenos para una degeneración progresiva que complicara mayormente la salud del paciente afectado; la amputación es un método de prevención necesario.

La diabetes es la primera causa de amputación de extremidades en el mundo, pero su importancia no va acorde a la percepción que se tiene de ella. Y es que los pacientes diabéticos tienen un 25% más de riesgo de hacer una úlcera en una extremidad inferior (pie diabético) que puede terminar derivando en una amputación. De hecho, “un 70% de las amputaciones que se realizan hoy en día se debe a la diabetes, y en éstas

personas amputadas aumenta el riesgo de mortalidad al cabo de cinco años”, según explicó el presidente de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV), Dr. Javier Álvarez Fernández.

En la medicina se sabe que amputar es un proceso que, aunque aparece de forma oportuna u obligatoria, permitirá modificar el estilo de vida, renovando la posición donde se encontraba el paciente, el órgano pasa a ser un residuo, así que el cuidado a seguir debe ser por parte del fisioterapeuta que se encarga de trabajar el balance muscular, la reacción nerviosa y su carga eléctrica, el orden y el andar, que será la motricidad y equilibrio.

### **1.6 Diagnóstico y Pronóstico médico en pacientes amputados.**

La categoría de diagnóstico como criterio de manifestación sintomática, signos expresos de enfermedad, anomalía, patología, déficit, encuentra un sentido en la recopilación fenomenológica y la valoración por exámenes médicos, y además da la posibilidad de establecer el pronóstico de vida en los pacientes. En el caso del paciente con amputación, el pronóstico de vida es una hipótesis conformada por el experimento en una población que presenta el mismo malestar, anomalía, enfermedad.

En ese caso el pronóstico de vida varía según la causa que presente la amputación, es un modo de intervención de urgencia sobre una zona afectada que puede llevar al paciente a una situación precaria debido a la infección que se expanda a través del cuerpo por medio de una propagación de foco infeccioso.

El estudio de Framingham ya demostró que la presencia de diabetes mellitus elevaba de manera considerable el riesgo cardiovascular, principalmente en las mujeres. Desde entonces, se ha producido un progreso hasta la noción actual, que considera que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen un índice de riesgo de enfermedad

cardiovascular semejante al de aquellos con cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica o accidente cerebrovascular. Igualmente, los estados pre diabéticos, como la intolerancia a la glucosa, caracterizados por una resistencia a la acción de la insulina, aumentan el riesgo de enfermedad arteriosclerótica.

## **CAPÍTULO 2: LA CONSTRUCCIÓN DEL CUERPO Y SUS IMÁGENES.**

### **2.1 Estadío del Espejo**

El estadio del espejo es un proceso de conformación de la imagen que se presenta en el infans, por medio de distintos pasos en su estructura psíquica, comprende la capacitación de la imagen como modelo de incorporación y la distinción con el otro, el establecimiento del deseo en la confrontación especular.

Inicialmente se vivencia la percepción corporal frente al espejo que es vivido como un júbilo para él bebe ante la confrontación de la imagen, el paso vivido se denomina de la insuficiencia a la anticipación, inicialmente el niño está en dehiscencia, luego tomará un enlace del cuerpo vivido como fragmentado a la conformación de un Yo ortopédico que servirá de soporte por un enlazamiento establecido en el rasgo urinario. En el estadio del espejo se presenta la exclusión y disyunción recíproca con el otro, se instaura los celos y la envidia.

El estadio del espejo como formador de la función del yo (Je), tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica” es el título que da Lacan a la culminación de su trabajo inicialmente presentado en el congreso de la I.P.A en 1936 denominado brevemente “Estadio del espejo”, enfocándose en una concepción que enlaza la imagen representada y la idea de imagen en relación al narcisismo, adelanta a Freud al lograr el anclaje de la imagen especular y el cuerpo como consistencia. La pregunta se traslada a si existe un dentro y fuera que se enlace en relación a la idea del cuerpo, y si el cuerpo no es más que un envoltorio donde se extiende la concepción de la piel como recubrimiento de algo que sabemos que está, pero nos es discriminatorio, los órganos como componentes fuera del proceso de libidinización. (Lacan, 1949, pág. 347)

En 1949, Jacques Lacan concluirá el trabajo que inicialmente le fue privado en su primera presentación de 1936 por parte de Ernest Jones por ir en contra del sentido tradicional del psicoanálisis en la Asociación Internacional de Psicoanálisis, que se centraba en el Yo como predominio sobre la noción de sujeto e inconsciente.

El estadio del espejo surge como un proceso de conformación de la imagen que se presenta en el infans (aquél que está en el lenguaje pero no es partícipe del discurso, sino toma efecto del habla), por medio de distintos momentos para la constitución de su estructura psíquica y la incorporación de la imagen, comprende la captación de la imagen como modelo de incorporación-asimilación y la distinción con el otro (esta fascinación inicial luego se desliga por la inclusión y exclusión recíproca).

El establecimiento del deseo en la confrontación especular; en un principio se vivencia la percepción corporal frente al espejo que es vivido como un júbilo por el bebé ante la confrontación de la imagen este paso es decisivo para mostrar que el cuerpo que no es tal aún, sino un conjunto de fragmentos, logrará un anudamiento por la vía de la representación gracias al deseo de la madre que responderá a la interrogante constituyente denominada ¿Che vuoi?: qué quiere o qué me quiere en relación al deseo.

El paso vivido entre el infans con su cuerpo no constituido a la constitución como soporte corporal y enlace libidinal se denomina: paso de la insuficiencia a la anticipación, inicialmente el niño se encuentra en dehiscencia (es decir, en puras ganas: este acto es el hecho de que se funda en la necesidad puramente marcada por la tensión específica donde el cuerpo surge con un mensaje que es extraño y necesita una instauración dialéctica para la lectura),

Luego tomará un enlace del cuerpo vivido como fragmentado a la conformación de un Yo Ortopédico, que servirá de sostenimiento por un enlazamiento establecido en el rasgo unario, así, el rasgo unario será una categoría de nudo o broche que soporta dos planos específicos inmersos en una misma banda, estos son la extensión del cuerpo representado en el espejo que dará una marca esencial de diferencia sobre las otras imágenes, un enlace psíquico y propioceptivo, además de enlazar una inconformidad entre la imagen mostrada en el espejo y el cuerpo que regurgita de placer al confrontarse con una demostración que lo vuelve unidad en la otredad.

Lo que se enlaza va del lado del plano especular es intrínsecamente inconsciente y consciente, ya que remite a una imagen percibida y que busca completarse y deja de lado una fascinación que se instaura como necesaria.

Así, el estadio del espejo como instancia, se desarrolla fuera de un devenir cronológico, aunque haga uso de ello, hay una necesidad orgánica para conformarse, pero la vivencia no soporta el ojo sino la mirada, además que no es por el señalar el espejo sino por ser designado con el deseo.

Nominar al sujeto dará pie a la serie donde él logrará en esta peculiaridad de los efectos alienantes de lo imaginario poderse ver como otro para los demás y otro para sí mismo (como diferencial), surge una identificación del rasgo y una identidad del sujeto hablado.

## **2.2. Construcción de la imagen del cuerpo**

La cuestión del cuerpo es un tema que siempre ha estado presente en la sociedad, expresándose desde distintas modalidades en el teatro, la medicina, la superstición, la religión y las distintas perspectivas que permite el pensamiento.

La construcción del cuerpo implica un más allá, un pensar trascendental sobre la idea de la maduración del órgano. Lacan (1949) en su texto denominado “El estadio del espejo como formador de la función del Yo (Je) tal como nos revela la experiencia psicoanalítica” menciona que “el niño nace en dehiscencia”( p. ). Es decir, en puras ganas, inconsistencia orgánica que no liga ni el deseo, ni la demanda, sino la necesidad, para ello necesitará un proceso de incorporación de lo que para sí le es extraño, y de esta manera se hablará de cuerpo.

Se dice de la imagen del cuerpo, no obstante, aquella imagen está hecha de representaciones, entrelazamientos que constituyen un lineamiento de enlace entre lo que está dentro y fuera, en este punto se detecta una necesidad de intervención topológica. ¿Cómo concebir lo endógeno y exógeno como un mismo factor del mismo problema?, ¿En qué momento se enlaza y se disyunta aquello que es visto y sentido?, ¿existe un tercer enlace que valdrá como constitución memorial del primer enfrentamiento ante un escenario otro que permite el espejo?, ¿es el espejo lo visible o lo introyectable?

Juan David Nasio, ubica la encrucijada de la interrogante sobre la imagen del cuerpo, hablará de dos imágenes del cuerpo fundamentales, el reflejo visible en el espejo y la segunda imagen, más irreconocible, que no es de índole visual, que será la imagen de las impresiones sensoriales, fugaces e imprecisas, la imagen que está grabada en la consciencia. (Nasio J., 2012, p. 87)

La imagen corporal o esquema corporal consiste en el conocimiento y representación simbólica global del propio cuerpo, es decir, es la manera en que te ves y te imaginas a ti mismo. Esta imagen se constituye por un componente perceptivo, un componente cognitivo-afectivo y un componente conductual que se encuentran interrelacionados entre sí y es creada a partir del registro visual con el propio cuerpo siempre situado en un determinado

contexto y una determinada cultura que lo definen a lo largo de su proceso evolutivo.

En cuanto al componente perceptivo, se refiere a la precisión con la que se percibe el tamaño, el peso y las formas. Los aspectos cognitivo-afectivos son los sentimientos, actitudes, pensamientos que despiertan el propio cuerpo y con aspectos conductuales nos referimos a conductas que se pueden derivar de los anteriores factores como la evitación de la exhibición del cuerpo o el uso de rituales, entre otros.

Ante el dolor de una lesión, el cuerpo responde ante el dolor con una confusión de índole perceptiva y sensitiva, que soporta no solo las conexiones nerviosas entre reacciones neuronales, sino la vivencia del cuerpo que percibe como una lesión lo alterado y capta el dolor externo como invasivo sobre la piel, dado que el cuerpo es percibido imaginariamente como un envoltorio denso y sensible que nos contiene y sostiene.

Lo que se ha expuesto anteriormente da cuenta de que la imagen del cuerpo se forma a partir de un proceso, en el que yo libidiniza la imagen del cuerpo, a partir de esta libidinización el cuerpo se convierte en un objeto amado, por ello cuando sufre una amputación, el yo atraviesa un proceso de duelo.

### **2.3. Frustración, privación y castración.**

En relación a lo que se ha planteado en líneas anteriores sobre la construcción de la imagen del cuerpo, se debe hacer una precisión en función del tema de que se investiga, la amputación sufrida en pacientes diabéticos es vivenciada como una pérdida en el cuerpo, en este sentido desde el psicoanálisis se plantea tres modalidades de respuesta frente a la pérdida: frustración, privación y castración.

Jacques Lacan, al escribir su seminario número 4 “intitulado” y luego denominado “Relación de objeto”, mostrará el paso por un caso clínico freudiano muy reconocido como fue el caso del “Pequeño Hans o Juanito”, para establecer las bases de la conformación de su revés teórico y nutrido por las teorías hegelianas gracias a las clases con Kojève (Kojéve, 2008, p. 35), delimitará la teoría de la relación de objeto.

La relación de objeto permitirá demostrar las formas de resoluciones, intervenciones sobre el objeto en psicoanálisis, el objeto en psicoanálisis es un constructor de vacío que opera sobre una pérdida fundamental.

La frustración es denominada como un “daño imaginario” (Lacan, 2011, p. 39), se expone la falta marcada por el daño, es una lesión imaginaria de la posible dialéctica de la respuesta a la demanda, la frustración será un espacio caído en el reencuentro posible con la satisfacción de un deseo que es ajeno en la fantasía. Lacan dirá que “la frustración es en sí misma el dominio de las exigencias desenfrenadas y sin ley” (Lacan, 2011, p. 39). De esta manera la frustración será sujeción imaginaria en el plano de aquél que no logra ajustarse al mundo y cae preso de ello, entra en el plano del Ideal del yo por la regulación del principio del placer.

Lacan aborda la noción de frustración desde el término freudiano de *Versagung*, que significa renuncia, una palabra rota, la anulación de una promesa. Por lo tanto, aunque la ubica en el registro imaginario (el cual, como lo señalamos, ha sufrido una ampliación, más allá del registro especular a-a'), se subraya su subordinación respecto del registro de lo simbólico

Respecto de la frustración, "mucho se aclara si la abordamos de la siguiente manera, hay desde el origen dos vertientes de la frustración" frustración de goce y frustración de amor. "La frustración del amor y la frustración del goce son dos cosas distintas. La frustración del amor

está en sí misma preñada de todas las relaciones intersubjetivas que a continuación podrán constituirse. La frustración del goce no lo está, en absoluto. (Lefort, 2010, pág. 46)

En consecuencia, para Lacan, el acceso a la realidad se da a partir de la frustración de amor, la que ordena dicho acceso en función de la alianza y la ley, y no de una experiencia empírica de la realidad, a diferencia de M. Klein, para quien el acceso a la realidad se da por un proceso de psicogénesis del símbolo a partir del objeto de goce real y por un aprendizaje emocional del ensayo y error (es decir, hace derivar la realidad a partir de la frustración de goce).

La segunda modalidad de la falta de objeto es la privación es una censura de un objeto en el plano real que en la realidad no existe más que en el margen de agujero o ausencia real, en la diferencia sexual es la falta en el plano de la falización, un agujero. *“Lo que se priva es por su parte, siempre un objeto simbólico.”* (Lacan, 2011, p. 40) la privación es una nominación de censura ante un acto gozante.

La privación, por su parte, implica una falta en lo real, que solo puede ser efecto de lo simbólico (en lo real no falta nada). La promoción a lo simbólico del objeto de la frustración por obra del agente que se vuelve real, nos lleva al casillero de la privación (con solo intercambiar acción y agente). La madre, herida en su potencia por la acción misma de la demanda, aparece como sujeto de una acción en lo real, cuyo agente es imaginario. Este paso por la privación (castración materna) es fundamental para pasar a la castración. Esa falta se presenta como, deseo del Otro. La privación materna abre la dialéctica de ser o no ser el objeto que obtura dicha falta: el falo simbólico.

Se da una falta en lo real de un objeto simbólico. Lo real siempre está en su lugar, la ausencia de algo en lo real es puramente simbólica; si un objeto falta en su lugar es porque mediante unaley definimos que debería estar ahí.

La tercera modalidad y que más se emparenta con nuestro trabajo es la castración es una simbolización de un vacío que supone que algo está ahí y ocupa un lugar en lo que falta. Visualizar una imagen deforme con un ojo menos o una sonrisa sin dientes en teoría estética, mostrará que la idea de belleza es trastocada como feo no por lo que no hay, sino por la suposición de que debe haber. “La ausencia de algo en lo real es simbólica” (Lacan, 2011, p. 345).

La castración como posibilidad será un lineamiento simbólico que surgirá con la privación sobre un objeto que dirá de lo que no es limitándolo y de lo que es dando lugar a su existencia.

Una síntesis parcial nos permite señalar que, para Lacan, la castración es en esencia un corte que, si bien produce efectos estructurantes sobre el niño, recae esencialmente sobre el vínculo imaginario de este con la madre, y que gira en todo momento en torno al falo imaginario como objeto con el cual el niño se identifica para ser el deseo de la madre. Es en esencia, una operación simbólica de la palabra paterna y obra por virtud de los efectos de la Ley a la cual el padre mismo está sometido. (Lacan, 1998, pág. 123)

El concepto de castración entonces alude a la falta de objeto en tanto se trata de un vacío que ocupa el lugar en lo que falta, cuando el paciente es amputado se reactualiza la castración, es decir el vacío, la falta, frente a la que el paciente debe dar una respuesta conforme sus recursos subjetivos.

## **CAPÍTULO 3 PROCESO DE DUELO Y SÍNDROME DEL MIEMBRO FANTASMA**

Una de esas respuestas subjetivas frente a la amputación es el proceso de duelo del cual el síndrome del miembro fantasma forma parte. Es así como se definirá que es el duelo para Freud 1915 el duelo es “la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal”. (Freud, 2010, pág. 457)

Lo que se explicará en las siguientes líneas de este capítulo es por qué el aparato psíquico en estado de duelo produce un conjunto de sensaciones en el miembro amputado que ya no está, es como una especie de pérdida de la realidad, pero veamos por qué sucede esto.

### **3.1. La vivencia de duelo como respuesta ante la pérdida en la amputación.**

El duelo es un proceso de reacción ante la pérdida que se suscita para lograr reestablecer el principio de placer, que se afecta tras el enfrentamiento con la pérdida. Los enlaces son por la vía de la catexis y las sensaciones que se viven son una forma de ir descatejizando el objeto perdido que en este caso es una parte del cuerpo.

En el capítulo anterior se ha mencionado que el cuerpo es una construcción a partir de una libinización del mismo, por lo tanto, en el momento de la amputación el paciente entra en un proceso de duelo porque experimenta la pérdida de un objeto libidinizado.

El duelo consistirá en un proceso de elaboración del Yo, en el que el enlace libidinal modifica la percepción del amputado, logrando dar cuenta de

que su cuerpo está constituido por otras partes y la imagen del cuerpo puede permutarse con otras posibilidades, elaborando la pérdida, reconstruyendo una nueva imagen del cuerpo en ocasiones apoyado en tratamientos ortopédicas que surgen de intervención en el trabajo del médico.

En otros casos cuando el paciente no cuenta con una recursividad a nivel subjetivo, el proceso de duelo que hemos mencionado que no es patológico y que además agregamos que es contraproducente interrumpirlo, se requiere de la intervención del psicólogo clínico, como más adelante mostrará esta investigación.

La amputación significa para el sujeto que la sufre una gran perturbación de su esquema corporal. El amputado debe reajustar la percepción de su esquema corporal a un nuevo estado. Esto deberá conducirlo poco a poco a un ajuste de la imagen de sí mismo y a una aceptación de su nueva apariencia, tal como lo hemos referido anteriormente.

En el caso de los pacientes que analizamos en esta investigación, la causa de la amputación está relacionado con un mal control de la diabetes, lo cual le da una particularidad porque los pacientes diabéticos mal manejados están expuestos de forma frecuente a nuevas amputaciones, sin embargo podemos mencionar otras causas de la amputación como: lesiones traumáticas, insuficiencia vascular periférica, arterioesclerótica o diabética, neoplasias malignas, infecciones de huesos y tejidos que no permiten el restablecimiento de la función, lesiones térmicas por calor o frío, miembro deforme inútil y falta congénita.

Al finalizar el proceso de duelo, el paciente comienza a aceptar la pérdida y realiza un proceso de elaboración de duelo por su esquema corporal, sin embargo en el curso de este proceso van a estar presentes situaciones psicológicas como depresión, agresión, y dependencia y una que

es de nuestro particular interés y que se observó de forma frecuente en los pacientes diabéticos amputados: síndrome del miembro fantasma.

### **3.2. Síndrome del miembro fantasma**

Se denomina Síndrome al conjunto de signos y síntomas característicos que suponen la presencia de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado provocado. Las características manifiestas se constituyen por un grupo de signos y síntomas que al unirse logran presentar una anomalía o condición particular que se distingue de lo común dentro de una especie.

Una vez que se ha definido que es un síndrome desde la medicina pasaremos a caracterizar y explicar los procesos que operan en lo que hemos denominado como síndrome del miembro fantasma.

En el síndrome del miembro fantasma el paciente experimenta una sensación indolora, que se liga a la pérdida de la extremidad y la percibe con un gran grado de realidad incluso creando confusiones y vivencias que pueden parecer una alucinación motriz en la cual el miembro a diferencia de lo que ocurre en la alucinación de cuerpo desmembrado, en el que hay sensaciones de desfragmentación, en el síndrome se presenta las sensaciones de que aún está presente.

En la amputación la reacción que se presenta para dar paso al síndrome del miembro fantasma, surge a nivel de reacciones neurofisiológicas que se desatan en el muñón comúnmente como sensación indolora, la manifestación natural de la pérdida de la zona corporal envuelve reacciones variadas que suelen ser negación como método de protección a nivel yoico con desencadenantes de fenómenos inconscientes que serán denominados mecanismos de defensa, o reacciones a pérdidas de índole patógena.

Según la revista digital de Medicina y familia: “esta sensación es muy frecuente en los pacientes amputados y está presente en el primer mes tras la amputación hasta en un 90-100% de los pacientes.” (Familia, 2012, p. 23)

La presencia del miembro fantasma y la persistencia de los dolores fantasmas parecen referirse al mismo conjunto de conceptos. Dice Pichón-Riviére ( . ) “ la permanencia del miembro fantasma en el amputado es un serio trastorno del esquema corporal”. (p.) se esterilizaria porque sobre un miembro amputado aparece la ilusion comparadora a la amputacion.

Pichón –Riviére dice al respecto que el mecanismo que se presenta seria: una estructura narcisistica (narcicismo primario), la pérdida del miembro, la depresión consiguiente a la pérdida del objeto incluido en esa parte del cuerpo, a la que llamamos duelo y la recuperación o establecimiento del vínculo perdido mediante un mecanismo alucinatorio.

Estas características estructurales de la personalidad del paciente amputado pueden sufrir un aumento en sus manifestaciones de conducta, por la presencia de factores externos como:

1. Hospitalizaciones muy largas que agravan en la mayoría de sus casos el estado emocional, al aumentarse sus fantasías de incurabilidad, de invalidez y de inutilidad.
2. Adaptaciones protésicas tardías, ya sea por las serias dificultades en la relación con los talleres de prótesis, o porque el muñón no se encuentra apto para una prótesis funcional.
3. Intervenciones quirúrgicas mal planificadas, que hace que el paciente se vea sometido a amputaciones y reamputaciones que aumentan increíblemente el estado tensional del paciente.
4. Personal médico que en ocasiones atiende al paciente amputado solo en sus aspectos puramente orgánicos (parte afectada del organismo), pero sin mirarlo como un individuo en donde al presentarse un déficit

en una de sus áreas, necesariamente va a tener repercusión en sus otras áreas (mente, mundo externo).

Las fantasías tienden a variar, en ese caso hablamos de tipología de respuestas que pueden ser desde reacciones muy breves, asociadas a los sistemas sensoriales de la médula, las reacciones asociadas a los determinantes periféricos; el neurólogo Oliver Sacks expone que existen las pérdidas que pueden desencadenar el fenómeno y pueden ser recuperadas por otra pérdida, por ejemplo, en el texto “El hombre que confundió a su mujer con un sombrero” (Sacks, 2016, p. 278) señala como en el caso de pérdidas sucedidas de manera no premeditada en la ablación de dedos, puede manifestarse lo contrario como reacción, aunque se desencadena el síndrome del miembro fantasma, la ausencia de tal puede existir por la vía de las neuropatías diabéticas , ya que el paciente perderá la reacción y la idea de tener dedos por la ausencia de sensibilidad, a esto se denomina trastorno neurológico periférico.

### **3.3. Respuestas subjetivas patológicas frente a la amputación**

La respuesta patológica frente a la amputación está en relación a los recursos subjetivos con los que el paciente enfrenta la pérdida, en psicoanálisis se habla de los recursos de la estructura subjetiva o psíquica.

Es así como Freud en su artículo “Duelo y Melancolía” va a señalar que mientras el duelo es un proceso normal, la melancolía es una afección que aparece en un sujeto con la incapacidad para poder elaborar el duelo.

**Cuadro diferencial entre el duelo y la melancolía, reacciones en relación con el síndrome del miembro fantasma en paciente amputado.**

<b>Duelo</b>	<b>Melancolía</b>
<p><b>1. Definición:</b></p> <p>El duelo es la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etcétera.</p> <p><b>2. Presentaciones del cuadro clínico:</b></p> <p>El estado puede parecer paralelo a la melancolía, se manifiesta como estado patológico en tanto perturba la vivencia normal, sin embargo, será llevadero en un proceso temporal.</p> <p><b>3. Reacciones posibles:</b></p> <p>La cesación e interés por el mundo exterior es igual en ambos planos, es una forma de sobrellevar y lograr que la libido abandone las ligaduras con el objeto de amor</p>	<p><b>1. Definición:</b></p> <p>La melancolía se caracteriza por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés del mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución de amor propio.</p> <p><b>2. Presentaciones del cuadro clínico:</b></p> <p>Se presentan reproches y acusaciones, donde se hace objeto a sí mismo, acarrea situaciones delirantes que buscan un castigo de sí mismo.</p> <p><b>3. Reacciones posibles:</b></p> <p>El mundo exterior y el interés surge de igual manera, no hay una interrogante directa que especifique qué del objeto se va perdiendo mientras se toma el yo.</p>

<p><b>4. Reacción yoica</b></p> <p>El yo se desmerita, se culpa y se inhibe para olvidar y llevarse a sobrellevar lo que le atañe como dañino y angustiante.</p> <p><b>5. Reacción del paciente.</b></p> <p>El paciente reacciona situando una desestimación de sí, una aparente absorción del yo mientras dura la intensidad de la pérdida y los enlaces libidinales.</p>	<p><b>4. Reacción Yoica.</b></p> <p>El yo cae presa de la sombra del objeto y termina borrándose de la realidad, quedando enfermo de la posibilidad de relaciones, la libido se desmarca del objeto cayendo como enigma sobre él.</p> <p><b>5. Reacción del paciente.</b></p> <p>El paciente queda sumido en un estado que no manifiesta directamente la angustia, sino, la vive separándolo de los vínculos posibles con la realidad, coartando el deseo y el impulso a la vida.</p>
--	---

(Freud, Duelo y Melancolía , 2010)

Para adolecer y vivenciar la pérdida por un proceso de separación se deberá llegar al duelo como mecanismo de desenlace libidinal, en el caso de la melancolía lo que se envuelve y compromete es el Yo y los enlaces libidinales que se vuelven sobre el sujeto borrándolo.

El duelo es un estado normal, la pérdida de un familiar, un trabajo o situaciones a las que se está acostumbrado, en la melancolía la pérdida del objeto atañe al Yo y está en el fondo del yo mismo, el objeto adolece en el cuerpo al que sufre y lo lleva al borramiento de sí mismo.” (Freud, 2010, p. 10)

Cuando surgen las respuestas patológicas los trastornos sensoriales que pueden presentarse son de distintos aspectos, son:

- Factores centrales (se denominan estimulación o lesión del córtex sensorial, sobre todo enlazado a los lóbulos parietales).
- Factores periféricos (La condición del muñón nervioso o neuroma; lesión nerviosa, bloqueo nervioso o estimulación nerviosa, estos desencadenan en:
- Trastornos en raíces nerviosas espinales o sistemas sensoriales de la médula. (Sacks, 2015, p. 245)

## CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

Para la elaboración teórica de la investigación se recogió la información de varios textos interconexos, la producción de trabajo entre textos logra un intertexto, entendiendo como texto todo lo que se lee o de alguna forma es traducible en un hecho lingüístico, “el hombre es un ser que en el plano lingüístico se enfrenta a una lectura constante.” (Derrida, 2014, p. 345)

La intertextualidad es un método de investigación literario que logra en el lector la comprensión de fenómenos desde distintos aspectos o perspectivas que logran entretorse, es así como el proyecto ha hecho posible la conversación entre textos de la medicina, el psicoanálisis y la psicología clínica aportando conceptualizaciones desde las diferentes disciplinas.

El semiólogo Roland Barthes detalla sobre el modelo de investigación en el plano literario denominado lectura intertextual que la define así:

En su concepción general, la intertextualidad se contempla como una cualidad de todo texto entendido como un tejido de alusiones y citas y, en su visión restringida, como la presencia efectiva en un texto de otros textos anteriores. Y, aún cabe una concepción conciliadora de los dos extremos: la de quienes la entienden como un espacio discursivo en el que una obra se relaciona con varios códigos formados por un diálogo entre textos y lectores. (Barthes, 1980, p. 653)

En este capítulo se abordará también la propuesta de intervención clínica psicológica para los pacientes diabéticos amputados, tal como se lo describe a continuación.

Una de las metodologías aplicadas en la clínica es el método abductivo que consistirá en la recopilación de los enunciados del paciente

por medio de la escucha activa, el clínico recepta en una epojé que permitirá no intervenir desde sus prejuicios, sino en una neutralidad benéfica, el método indiciario, también denominado método del detective logra que el analista, el terapeuta o el clínico recepten desde la formalización del discurso del paciente.

La abducción es el método del que nos hemos valido para el trabajo clínico de los casos. El razonamiento abductivo, vía el método indiciario permite capturar los detalles, los vestigios e indicios del caso.

En los pacientes diabéticos amputados se debe reconocer la instancia en donde se presenta la patología que son los muros del hospital, en donde el paciente es un número de historia clínica o de cama, generalmente existe una de subjetivación por muchas razones que no es el objetivo de este proyecto. En esta situación el clínico a partir de la abducción disecciona las palabras por medio de un saber que lo sostiene y precede, saber puesto entre paréntesis y que será brindado y desmenuzado por medio de la implicación de trabajo del paciente, el acto de dar significantes y delimitarlos permitirá que la clínica tenga una finalidad específica que apunte a la cura.

La abducción nos lleva a transcribir un relato clínico es una tradición que necesita un contenido humano y una lectura del deseo, el modelo de intervención se especifica en el enfoque, sin delimitar una forma de abordaje, ya que la lectura del objeto señala distintas perspectivas para la forma de intervención, siendo que el soporte epistemológico se da por nociones, no obstante, no se puede descuidar la rigurosidad de trabajo. “La capacidad de describir, que tanto abunda entre los grandes neurólogos y psiquiatras del siglo diecinueve, ha desaparecido casi totalmente... hay que revivirla” (Nassif, 2001, p. 438)

La importancia del modelo de escritura del caso clínico permitirá la demostración de la clínica y su fundamentación, el caso clínico no amerita ser tomado como una anamnesis, en la cual el objeto de estudio se enfoca en un conjunto de signos que despersonalizan al paciente y lo dejan fuera del plano dialéctico.

El paciente hospitalario es un sujeto que habla y por lo tanto se queja, su condición de sujeto supone una marca inconsciente llena de eventualidades que constituyen su historia, el acto del malestar significativo que toma forma en una expresión sintomática mostrará las dos caras del síntoma que es con lo que se enfrentará el médico, el psicólogo y las personas del área hospitalaria, el síntoma tiene la cara de goce que delimita la forma de actuar del sujeto marcándole una repetición forzada que le dará satisfacción en su insatisfacción y, por lo tanto, aquello lo aqueja; de la misma manera, se presenta una cara satisfactoria y beneficiosa de la cual se arraiga y lo constituye que es en sí la cara de enfrentamiento al Otro, el síntoma como lazo social.

La clínica se fundamenta en la escucha, receptando la queja e invirtiendo a la demanda que se procesará por la vía del deseo y la implicación del hablante, el modelo de tratamiento que establece parte de una escucha activa que encuentra una vía en la intervención del uno por uno, desde la clínica hipocrática que fundamenta al sujeto como partícipe del cuerpo y la disposición del médico en el trabajo, a clínica de Pinel como clínica noseológica hasta encontrar la clínica freudiana de la disección de palabras.

## CAPITULO 5: ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación, se trabajará el desarrollo de los casos clínicos como propuesta de intervención del proyecto de investigación. El desarrollo de los casos clínicos se presentará como historial clínico, desde un nivel fenomenológico, dinámico, y estructural.

El fenomenológico se constituirá en la recopilación de los datos fijos en la consulta previa que no tiene intervención de la perspectiva del psicólogo, sino una descripción de los hechos. El nivel dinámico supone el nivel del conflicto y su desarrollo, los enlaces libidinales, la gramática pulsional y el modelo de goce y el estructural refiere a la posición modal en la estructura y su forma de hacer como sujeto del lenguaje.

### 5.1 Caso 1. Cuerpo que cae.

El presente caso refiere a la señora C.S de 60 años de edad, ingresada al área de hospitalización de cirugía por una intervención de urgencia que requiere amputación debido a un diagnóstico de pie diabético, hipertensión, actualmente recibe diálisis. Su tipo es Diabetes es Mellitu y por una infección ha requerido una amputación infra rotuliana izquierda. En el desarrollo de la entrevista y su historia refiere que está separada hace muchos años de su marido, reside en Durán con sus 4 hijos, su hija mayor de 18 años de edad es quien la cuida en el hospital.

En el desarrollo de las entrevistas comenta que ha sido muy querida por sus padres, entre sus recuerdos rememorados evoca mucho al papá *del cual enuncia que falleció hace 10 años*, tal situación afectó rotundamente en su salud por dolor emocional-psíquico, desde allí se elevó su padecimiento y a la razón de tal acontecimiento su enfermedad empezó a desarrollarse

hasta quedar hospitalizada, la magnitud de la diabetes le afectó la pierna izquierda, posterior a ello como resolución se realizó la amputación.

Cuando establecemos la historia del síntoma se puede designar: la posición de la paciente ante la enfermedad resulta ligar una culpa que la determina como un *“descuido de sí”*, llevando a una posición angustiante por la operación que se llevó a cabo y el dolor que apuntaba a un vacío y un desorden emocional ante el deseo de vivir.

La presente angustia se manifiesta por ideas que la confrontan con la posibilidad de lo que pueda ocurrir tras la amputación, se trabaja con la angustia y la paciente es amputada. Dentro del proceso posterior presenta el síndrome del miembro fantasma, al tratarse de una afectación en un plano real orgánico, la paciente luego de la ablación de su pierna entra en un suceso angustiante que lo vivencia en un sueño e ideas sostenidas, lo relata de la siguiente manera: **“Se oye el sonido de la sierra, oí que mi pierna cayó al suelo y sonó trac”**

### **5.1.1 Modelo de intervención**

A esta respuesta de enunciado se enfoca la clínica para verificar al sujeto de enunciación que pulula en lo traumático del síntoma, una respuesta patológica en el síndrome del miembro fantasma puede suponer un dolor o la existencia persistente del evento traído como un modo de alucinación auditiva que se repite sin encontrar una serie o batería significativa.

Hay que recordar el postulado Freudiano, en la clínica analítica que dice que: “La alucinación es un intento de reconstrucción de la realidad” (Freud, 2010, p. 2).

Postulado freudiano de 1924 que distingue la alucinación desde la psicosis y se interroga la posibilidad en la neurosis, en el caso de la psicosis se habla de una reelaboración, en la alucinación neurótica se desliga en el plano del fenómeno de voz, si hablamos de consciencia se determina desde el plano del traumatismo.

El traumatismo como evento real va del lado del duelo para la resolución de la pérdida, “El duelo se sostiene como la des-libidinización de los objetos catexizados, objetos de amor” (Freud, 2010, p. 324). Cuando no se ha establecido la pérdida más aún en el proceso de duelo no elaborado, lo que se percibe es la confrontación de cuerpo sentido y cuerpo imaginado. “La situación real juzga una acción de repetición, mecanismo de repetición simbólica” (Lacan, 1998, p. 1) en el evento suscitado, la idea mantenida se apunta al cuerpo.

La respuesta subjetiva es de un plano neurótico por la vivencia y la repetición ante el hecho traumático, en la psicosis el resurgimiento es real.

Estamos frente una neurosis de modalidad histérica. La estructura es el lenguaje y su forma es modal, se compone por posiciones, ante el enfrentamiento al hecho traumático, la respuesta subjetiva obliga a parecer y formar una modalidad de respuesta que puede resultar confusa, en este caso se presenta una alucinación de índole auditiva que no perturba el psiquismo, pero confunde la posibilidad de la posición estructural llevando a una angustia manifiesta en el síntoma.

### **5.1.2 Propuesta de intervención clínica:**

- Hay que distinguir la función de la alucinación, antes que resultado patógeno, sino como acto reconstructivo.
- Hay que delimitar cuando la alucinación auditiva se presenta y de donde surge su causa; en la psiquiatría clásica la pregunta apuntaba a de dónde viene la voz, para dar cuenta de la diferencia entre psicosis como efecto externo fuera del cuerpo en su estructura y la neurosis como plano de conciencia de lo que atormenta.
- El clínico debe diferenciar cuando se establece un evento de duelo tras la pérdida, el duelo es un efecto constructivo ante un dolor atemporal que evoca y produce síntomas.
- Un fenómeno de presencia en el cuerpo puede ser un hecho traumático si el cuerpo no sufre un desdoblamiento o un efecto de pérdida real que sucede en la esquizofrenia.

## **5.2 Caso.2. Intervención clínica en una pérdida en cadena.**

EL presente caso es la señora O.D de 65 años, licenciada en derecho de la provincia del Guayas, intervenida por pie diabético, instancia postoperatoria y amputación de intervención. La paciente ingresa por una infección generalizada en el pie que la ubica en situación de riesgo y conlleva una amputación como intervención, señala el descuido en su tratamiento.

En la estructura familiar se puede decir, la familia de O.D, está formada por su esposo F. A de 72 años y 6 hijos, mayores de edad, en su historia presenta una hija que falleció hace 21 años con cáncer por causa de la glándula tiroides comentó que la hija antes de morir dejó separando en una funeraria, la caja mortuoria.

Comenta cómo fue el proceso de muerte de la hija, la instancia hospitalaria, el descuido de la atención y las convulsiones y luego vino el fallecimiento. Los hijos son cantantes, han logrado escalar de posición en su trabajo con ayuda de la madre y el padre. Comentó sobre su historial de trabajo, que va desde ayuda en el centro del batallón del Suburbio de CARE para madres y centros artesanales, además de trabajos en área de belleza.

Trae a sesión que su infancia fue alegre ya que mamá y papá la educaron en colegios de prestigio. Entre los problemas médicos expone que sintió dolor en las piernas hace siete años, seguidos por dolores de cabeza ingresó al hospital Luis Vernaza donde le detectaron Neuropatía. En el proceso de enfermedad tuvo dos infartos cerebrales ha tenido tratamiento neurológico en que le recetaban Vasoactin plus, para el dolor.

En la actualidad llora continuamente pues relata que tiene lagunas en el cerebro que se olvida cosas, se olvida de lo que le gusta cantar, pero no olvida a su hija, la fallecida desde 21 años atrás, ella falleció cuando laboraba de oficial en la Comisión de Tránsito, comenta que “ella habla conmigo, no me deja sola”, comenta que conversa con ella, entre 3 0 4 de la mañana. Como está despierta a esa hora su hija viene a conversar. Ella

está ahí dándole fuerzas y le ayuda a calmarse, le dice que va a estar bien, le pone la mano en la frente y le habla hasta que duerma, ella de ahí va al cielo, ahora está en manos de Dios.

La reactivación en la pérdida surge como un fenómeno que desencadena en tanto evoca una repetición, la repetición es de orden homófono y gramático en el plano del significante, se manifiesta jugando con la lógica respectiva de los procesos inconscientes.

El síntoma, como significante reprimido de la conciencia, marca la instancia repetitiva entre el dolor actual y su lazo con el pasado, la brusquedad del encuentro meramente delirante y de construcción alucinatoria *supone una certeza que podría dar cuenta de un indicio de psicosis*, no obstante, ante los factores de disposición surgen vinculados los factores desencadenantes; Freud detalla en 1920, en *“Más allá del principio del placer”*, el concepto de vesícula viva, donde la tensión entra en un envoltorio y marca su representación en la huella mnémica, antes de este planteamiento, él trata de explicar lo supuesto de que todo lo que afecta al yo vendría de afuera como impronta, la tesis de las neuronas espejo buscan mostrar cómo no solo viene de fuera, *sino logra salir de lo tomado como devolución*.

Ahora, hay un as y envés, en el presente caso clínico se manifiesta un evento trágico de muerte, y desencadenamientos bruscos que alteran la memoria, *borrando* escenas por medio de afección neurológica (para tomar un caso en su vertiente psicológica se debe tener en cuenta la base de soporte material, cerebro); para sobrevivir a esto, la paciente se soporta en su fantasía (Construcción de la realidad) , en su fantasma que trae a escena aquel momento de un dolor no superado (Fantasma como efecto de letra que toma relación con el objeto), la pérdida en el plano real (realidad), deja un corte en lo real del cuerpo como marca de afecto, que debe desligarse por las ligaduras libidinales que le preceden, no es olvidar el objeto del amor, es ausentarlo desde una existencia simbólica que no ligue al dolor, es vivenciar el duelo.

Las manifestaciones aparentemente psicóticas que presentarían un signo indicativo de fenómenos elementales como es: el de voz, alucinación visual y auditiva, queda sostenido en la participación de la paciente con su objeto, ella la ve a la hija y le habla, pero, sin embargo, sabe que está muerta, la denegación no actúa como un mecanismo, pero se liga a situar la existencia de un cuerpo que, aunque, sin estar vivo, existe.

Lacan en 1956, seminario 3 “Las psicosis”, dirá que para que haya psicosis debe haber trastornos del lenguaje”, así, la psicosis debe efectuarse en el cuerpo y en la palabra, en los fenómenos de certeza, la intuición delirante, de cuerpo y voz, fórmula o cualquier forma que en la función de un fenómeno elemental. Estos fenómenos presentes irán descartando qué es y qué no es un fenómeno elemental en el plano de la psicosis.

Sin embargo, el mantener el duelo no elaborado con las condiciones sociales de vínculo, puede crear una situación angustiante similar a un acto psicótico, los actos psicóticos o *estados psicoseados* (Lew, 2010, p. 37) son fenómenos de la lengua que no entran en el plano de la psicosis en sí, dado el caso que son instantáneos y si sitúan un instante repetitivo, la acción singular se manifiesta en *el acto loco del obsesivo*.

Actualmente se trabaja la instancia del duelo a elaborar sobre la pérdida de su hija, sin desanclarla del soporte, viendo cuál es la relación con la pérdida en lo real del cuerpo y la situación posible que desencadenaría este efecto de repetición. Poder demostrar la diferencia entre una alucinación propia de una alteración subjetiva y lo que puede presentarse como un efecto propio del asumir el objeto afectivo como sostenimiento.

El proceso de intervención en relación a la amputación se establece como un acompañamiento de soporte ante la situación de riesgo que aparte

de desencadenar la situación angustiosa, *determina mecanismos que alteran la concepción del imaginario del cuerpo, se trabaja el proceso de duelo y pérdida en el componente real orgánico.*

Además, se presenta una breve característica de índole alucinatoria que llama la atención, tras la pérdida de su hija, *acostumbra a verla de forma continua a una hora determinada.* Según la clínica analítica que se establece en contraste y base relacional con la psiquiatría, *se da cuenta que para una alucinación debe estudiarse cómo se presenta y de dónde,* además, los fenómenos manifiestos llamados elementales que cumplen ciertas características que son del cuerpo, voz y certeza.

La estructura es el lenguaje, Lacan enuncia en que “El inconsciente está estructurado como un lenguaje” (Lacan, Escritos, 2010, p. 25), este planteamiento da pie a la idea de la estructura como única, en tanto las formaciones no son más que movimientos modales. Según lo expreso aquí, aunque hay acto o estado psicoseado, hay una instancia de retorno a la función, así que hay discurso, se habla de una neurosis de índole obsesiva con duelo no elaborado.

### **5.2.1 Propuesta de intervención clínica**

- Para el criterio diagnóstico la noseología no es suficiente, hay que oír al paciente.
- La pérdida en tanto no trastoca la imagen del cuerpo no presenta fenómenos de complejidad.
- El acto de que se presente una alucinación debe ser entendida en su periodo de tiempo y en la perplejidad, la alucinación como intento de construcción de realidad puede ser angustiante aún cuando es límite de la angustia en sí misma; si la angustia se liga a un fenómeno anterior hablamos de evocación que se suscita en la repetición ante la pérdida, es un après coup.
- La transferencia clínica permite la mejor implicación al tratamiento.

### 5.3 Caso 3. Narcisismo y cuerpo.

La pérdida en el síndrome del miembro fantasma se liga a una sensación de inutilidad que puede devenir sintomática y agresiva para el paciente, el presente caso detalla la historia de un paciente que llamaremos F.Q de 38 años, es comerciante y su mayor preocupación gira en torno a su familia y su perspectiva de imagen corporal que decae, el trastocamiento del narcisismo es lo presente tras la amputación, siente minusvalía y la posibilidad de perder su relación.

El paciente está ingresado por urgencia de intervención en relación a su diagnóstico, no hay una derivación por parte del personal médico por diferencia de sala, se interviene por interés del diagnóstico y demanda directa del paciente, quién pide ser escuchado.

F.Q. está actualmente casado desde hace 10 años, tiene 5 hijos a su cargo, tres son con su pareja y dos pertenecen a la anterior relación de su esposa. Además, añade que tiene una hija de 18 años de una relación en su juventud. En relación a su infancia la refiere como “muy triste”, dada razón que perdió a su madre de la estructura familiar, ella dejó a su padre y sus hermanos por el hecho de que el marido la maltrataba, F.Q lo refiere como “grosero”, en este periodo, vivió por 4 años más con su padre hasta que a los 12 años se fue a Guayaquil, ellos vivían en Posorja, vivió con su abuela paterna, en ese tiempo comenta que se vinculó con “malas amistades”, tuvo consumo de sustancias psicoactivas, éstas acciones desencadenaron eventos de vandalismo, asaltos e infracciones a la ley, además de uso de armas: *“buscaba asaltar a la gente millonaria para vivir, lo haría con ayuda de un amigo”*. En este periodo conoció a una chica con quién engendraría una niña de la cual no se hará cargo y volverá a saber de ella en época posterior, aproximadamente hace unos 5 años, de aquello refiere tener pocas visitas a la actual adolescente. En su juventud como salida de los

actos vandálicos y consumo, tuvo la intervención del padre quien le concedió una tienda para que ponga en función un negocio, en este tiempo conoció a su actual esposa, ella estaba separada de su anterior relación dado el caso de maltrato familiar y rechazó a su hija por una discapacidad funcional, F.Q se enamoró y se hizo cargo de los niños, así procrearon 3 hijos.

Tras la elaboración de su historia sintomática, en relación al establecimiento de la demanda de intervención, esta se suscita por un periodo continuo de angustia y un grave sentimiento fijado de incapacidad, tanto funcional como psicológica, luego del diagnóstico que se le presentó de diabetes refiere que alguna vez tuvo un accidente a la altura del tobillo afectando parte del pie, razón que abrió una herida que no tuvo el respectivo proceso de cicatrización, tras esto se desarrolló una osteomielitis, la herida ha ido infectándose hasta llegar a un estado crítico; en relación a la angustia se manifiestan síntomas clínicos que el paciente lo define como “pensamientos persistentes e insomnio, la preocupación continua la fija en relación a sus hijos, al sentirse incapacitado de cuidarlos” en relación a su condición e imagen, comenta que se siente como “un peso, piensa que es una molestia para su familia”.

En cuanto a la amputación necesaria que le comentaron, dice estar de acuerdo porque sabe que le podría afectar a la pierna y no quiere que eso ocurra, teme perderla, conoce que podrían implementarle un pie ortopédico para su desarrollo; considera que luego del proceso no podrá “ser normal”. Refiere sentirse muy angustiado, como pensamiento repetitivo se presenta el temor a “*ser dejado*” por la esposa, que ella se marche por sus condiciones, repite continuamente que la esposa lo dejará.

Manifiesta un sentimiento de culpa ligado a que su hija no lo reconozca como padre y a la vez el haber intervenido tardíamente, razón que encubre comentando que no lo hizo por la forma en que se encontraba en ese momento que era el consumo y la “vida libre”.

Actualmente la problemática de urgencia se presenta en relación con la preparación a la amputación, la angustia posterior y el temor a la pérdida en relación con su objeto amado, la manifestación de la culpa ante un evento del pasado que se liga a una irresponsabilidad, y la estupefacción ante el hecho de que la hija no lo vea como figura paterna, ni padre. Se manifiesta una repetición de acto en la separación que se dio por parte de la madre y la posible pérdida de la esposa por su estado, estos eventos anteriores infligen una repetición inconsciente, en este caso no esperada pero situada como posible.

El cierre en el proceso clínico comprende una devolución oral realizada en el proceso de la entrevista y dirigida al paciente con quién se está realizando un trabajo terapéutico, considerando los temores presentes en el proceso, la angustia manifiesta, las relaciones vinculares con su diario vivir y la repetición expresa entre los actos, quedando separado el síntoma manifiesto que es la demanda estricta al iniciar el proceso y entendido como establecimiento de intervención, del contenido latente que se liga a aquello que es propio del paciente y le dificulta en sus relaciones sociales.

En el tratamiento llevado a cabo con el paciente que fue referido por una demanda de intervención de urgencia debido a una amputación del pie, a ser realizada por su diagnóstico de osteomielitis y una infección generalizada que le llevó a una destrucción de la piel en el pie.

### 5.3.1 Diagnóstico presuntivo:

En relación con el diagnóstico se instituye una neurosis de índole obsesiva, que se manifiesta por una queja en la demanda, recordando que en el obsesivo la queja se instituye de forma histérica. Aunque aparentemente la demanda de amor en la figura de la hija sea parecida a la pregunta del “ser padre” propio de la neurosis histérica, lo que se designa en el sujeto como predominante es la culpa, lo que da un viraje a la figura obsesiva desde el imperativo super-yoico.

Con relación a la mujer, la figura del “ser dejado”, es una angustia que atañe al cuerpo, alteración del narcisismo, lo que se infunde no es solo una pérdida en lo real del cuerpo sino un daño imaginario, así, siguiendo el modelo de amor obsesivo de oblatividad, este darse queda afectado por la posibilidad de que el objeto amado se vaya. El conocimiento de la enfermedad en el caso de la neurosis obsesiva, no siempre da una posibilidad de minimización de la angustia, sino, al contrario, excita la racionalización, creando mayores conflictos y una ansiedad sostenida, toda la angustia se manifiesta en pensamientos persistentes y como elaboración en la sustancia soñante.

Consciente, consius designa originalmente la posibilidad de complicidad del sujeto consigo mismo, en consecuencia también una complicidad con el Otro que le observa” A través de éste el obsesivo colma la falta en el Otro, la satura con su imagen fálica -con su imagen narcisista o con la serie de objetos que operan como equivalentes fálicos- para colmar la castración en el Otro” (Nasio D., 2008, p. 345)

La consciencia consciente es figura del pensar obsesivo que se manifiesta entre la racionalización y la culpa de forma sostenida, llevando a una angustia desencadenante de síntomas como el insomnio.

Esa mujer que veo venir hacia mí, ese hombre que pasa por la calle, el mendigo al que oigo cantar desde mi ventana, son para mí objetos, no cabe duda. Así, es verdad que por lo menos una de las

modalidades de la presencia a mí del prójimo es la objetividad. (Sartre, 2008, p. 456)

La objetividad no solo instituye la figura del otro, sino el escenario donde la otra funda su mirada en una vía imaginaria establecida en un decir simbólico: el Otro, así se liga la figura de la culpa y la pérdida.

La vivencia del dolor en el cuerpo no solo es la representación del fenómeno en lo real orgánico, sino la mutilación conlleva una destrucción o fragmentación del cuerpo imaginado y por ende la herida narcisista, esta separación da pie al duelo que debe ser instaurado como proceso de recuperación y separación.

El sufrimiento somático actual de su paciente es la reaparición viva de un dolor anterior olvidado (...) la vivencia del dolor es siempre la vivencia de mi dolor, es precisamente ese resurgimiento vivo del pasado doloroso es lo que hace que sea mío el dolor de ese instante (Nasio J. D., 2008, pág. 79)

La producción del nuevo objeto amoroso será vivenciada en la reconstrucción del Yo desde un objeto externo y adaptado, parecido a un Yo ortopédico del cuerpo que viene a soportar en relación a la pérdida que no es negada.

El duelo intenso, reacción a la pérdida de un ser amado, integra el mismo doloroso estado de ánimo, la cesación del interés por el mundo exterior, o la incapacidad de producir la elección de un nuevo objeto amoroso. (Freud, 2010, p. 23)

### **5.3.2 Propuesta de intervención clínica**

- Se indicó la forma de continuar con el tratamiento por medio de la disposición, señalando además que su rol como componente importante en el ámbito familiar estará presente luego de la amputación, lo demás respecta a cómo él logre continuar y transmitir su lugar de padre y su rol.
- Se trabajó sobre los temores y su sentimiento de insuficiencia, la afánisis en su deseo y el temor del acto sexual a ser desplazado por su situación, el temor manifiesto de “ser dejado”, caer del lugar de objeto causa, que es situado por el otro; dado por una condición de la Otredad que se manifiesta demandante de una completitud imaginaria.
- La queja histérica (fuera de la demanda) de la situación de ser padre, no se establece por qué es ser hombre, ni por una demanda de reconocimiento como vínculo de amor, sino por la culpa presente a ocupar un lugar de padre, no se manifiesta como el amor narcisista del neurótico, ni el otorgamiento oblativo del N. Obsesivo, sino, en relación a la culpa de un acto Super-yoico que espera cumplir por voluntad de Otro y no de sí mismo.
- En la intervención frente al duelo de amputación se sostiene la fractura del discurso del paciente por medio de una relibidinización de su imagen corporal en tanto reconstrucción de vivencias, lazos y modalidades de vida.

## CONCLUSIONES

En el desarrollo del trabajo de investigación se presentó los tipos de diabetes, se concluye que según los distintos tipos un sujeto puede ser intervenido por amputación en una situación crítica. Los factores disposicionales para una reacción a un hecho traumático soportan los ligamentos pulsionales que constituyen el lazo entre lo psíquico y lo orgánico. La intervención del clínico debe enfocarse en el principio básico de la terapéutica que consiste en la puesta en escena en relación al paciente, siguiendo la máxima hipocrática de sanar, consolar o aliviar.

La clínica médica debe dejar el hecho de quedarse en la anamnesis y logra la inmersión del paciente como sujeto de discurso que en tanto hablante hace la existencia de su cuerpo, aunque el cuerpo aquejado por un diagnóstico lo exceda.

El cuerpo no está dado de antemano y para su conformación orgánica debe tener un soporte psíquico que, de la existencia del cuerpo, el paso del infans por su inmersión al lenguaje debe conllevar el soporte corporal, las sensaciones como reacciones estimulares y la erogenización de su cuerpo por las vías estimulares de la necesidad fisiológica.

La vivencia del síndrome del miembro fantasma puede conllevar dolor o no, sin embargo, lo que llama la atención al clínico es la manifestación de la pérdida, se ha presentado los distintos tipos de fantasmas que se pueden presentar tras la amputación, también las zonas cerebrales que pueden estar afectadas en el desarrollo del síndrome.

En la presentación de los casos clínicos se ha expuesto tres tipologías distintas desde la respuesta de tres distintos pacientes, donde se muestra el desarrollo de una alucinación auditiva como rememoración que puede ser confundida en la suscitación de la angustia como un fenómeno

elemental, aunque la alucinación responda a un intento de reconstrucción de la realidad, no es por ello siempre de índole psicótica, la neurosis puede acarrear presentaciones de fenómenos similares que se sostienen en un anudamiento vincular por la vía de la cadena significativa.

En el segundo caso denominado pérdida en cadena, se expresa la función del trauma y la modalidad de goce, además de la forma en que un duelo puede expresar desde una forma atemporal, la lógica del inconsciente que no conoce la negación y, no obstante, se hace de ella. El hecho traumático toma su significación en el segundo tiempo y repercute en un hecho primitivo, el duelo puede prolongarse sin un delimitante cronológico y aun así permitir vivir, cuando existe una reactivación reaparece el fenómeno sintomático. La supuesta alucinación psicótica se rememora en un tiempo definido que tiene conciencia de quien es partícipe, permitiendo la racionalización ante la certeza.

En el tercer caso vemos una neurosis de índole obsesiva marcada por la imposibilidad del deseo que liga un imperativo de ser y apunta a la muerte, el sujeto es desanclado del plano familiar y de su rol deseante y su lugar de deseado.

En los casos clínicos de síndrome del miembro fantasma el analista debe llevar al paciente a reintegrarse por una nueva nominación sobre la zona afectada del cuerpo, ya que las respuestas que manifieste pueden ser en cadena recordando eventos pasados como protección a la pérdida, desde escenas repetitivas del hecho insoportable o una anulación narcisística de una estima de sí que decae.

## RECOMENDACIONES

- La clínica en tanto diferencial y dinámica supone un conflicto, ideas que se chocan donde lo que perpetúa es un querer salir de la situación y el acto de quedarse anclado por una satisfacción en la insatisfacción que remite a darle una existencia a quien sufre de ello aún a costa de eliminarlo.
- Un paciente no es igual a otro así su diagnóstico sea el mismo y su patología similar.
- La clínica tiene lineamientos que es el soporte teórico en los principios prácticos que se presentan según el caso.
- El síndrome del miembro fantasma no es estrictamente patológico, se suscita como reacción a la pérdida, comúnmente es indoloro, el clínico debe reconocer por medio del discurso del paciente, de su fantasía, las formas en que ha conformado las sensaciones desde los relatos de lo que habla del cuerpo, los lugares que lo conforman y acompañan.
- El clínico debe dar puntos de soporte para el discurso del paciente logrando reconstruir el narcisismo roto por la vía de los anclajes con nuevas formas de vida, sin dejar de lado la responsabilidad del sujeto.

## BIBLIOGRAFÍA

Amaya Fariño Alejandra (Ucsg 2017)

Access Medicina. (23 De 2 De 2017). *Access Medicina*. Obtenido De Access Medicina:

<http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1596&sectionid=98181103>

Aguirre Y Zumba UCSG

Barthes, R. (1980). *El grado cero de la escritura*. México: Editorial Porrúa.

Derrida, J. (2014). *Teoría literaria y deconstrucción*. Madrid : Alianza Editorial.

Maji Y Vera 2017

Freud, S. (2010). *Duelo y Melancolía* . Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud 2010 La Alucinacion Es Un Intenti De Reconstruccion De La Relidad

Pinchon Riviere “La Permanencia Del Miembro Fantasma Eb El Apuntado Es Un Serio Trastorno Del Esquema Corporal”

Freud, S. (2010). *Proyecto de psicología para neurólogos*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Kojève, A. (2008). *La idea de la muerte en Hegel*. Buenos Aires: Escuela de Campo Freudiano.

Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del Yo (Je) tal como nos revela la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan, *Escritos* (pág. 23). Buenos Aires: Editorial Siglo XXI Editores.

Lacan, J. (2010). *Escritos*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.

Lacan, J. (1998). *La Carta Robada*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.

Lacan, J. (2011). Las tres formas de falta de objeto. En J. Lacan, *La relación de objeto, seminario 4* (pág. 39). Buenos Aires : Editorial Paidós.

GethealtyClarkCounty.org, (Country, 2017, pág. 32),

Lacan, J. (2011). *Relación de objeto, Seminario 4*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lefort, R. (2010). *Compendio psicoanalítico 2*. Buenos Aires: Investigaciones Clínicas.

Lew, R. (2010). *Psicosis y Perversión*. Quito: Escuela Freudiana del Ecuador.

Nasio, J. D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Nassif, J. (2001). *Clínica psicoanalítica hoy*. Guayaquil: Escuela Freudiana del Ecuador.

O.M.S. (2015 de 10 de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud, Diabetes y tipos: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Sacks, O. (2016). *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Madrid: Anagrama .

Sacks, O. (2015). *Musicofilia*. Madrid: Anagrama.

Sartre, J. P. (2008). *El ser y la nada*. Buenos Aires: Lozada.



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Tixi Herrera Martha Noemí, con C.C: # 1703609089 autor/a del trabajo de titulación: “El proceso de duelo y el síndrome del miembro fantasma en pacientes diabéticos amputados en el ámbito de una institución hospitalaria: propuesta de una intervención clínica psicológica”, previo a la obtención del título de Licenciada en psicología clínica en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **20 de febrero de 2018**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Martha Noemí Tixi Herrera**

C.C: 1703609089



## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	El proceso de duelo y el síndrome del miembro fantasma en pacientes diabéticos amputados en el ámbito de una institución hospitalaria: propuesta de una intervención clínica psicológica.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Martha Noemí Tixi Herrera		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Psic. Mariana Estacio		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
<b>CARRERA:</b>	Psicología clínica		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Licenciada en psicología clínica		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	20 de febrero del 2018	<b>No. PÁGINAS:</b>	67
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Psicología Clínica, Método Clínico, Análisis de Caso		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Signos, síndromes, síntoma, goce, deseo, estadio, cuerpo.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>			
<p>El presente trabajo responde a una problemática común en el área hospitalaria y que sin embargo, es enigmática para el médico por su presentación y los signos que manifiesta, la ausencia del órgano será plenamente llamativo por el síntoma expreso de la idea y persistencia de la creencia de ese miembro ahora amputado. Para su desarrollo se ha trabajado sobre los tipos de diabetes en las que con más frecuencia existe un riesgo de amputación, se presenta la definición del síndrome del miembro fantasma, sus consecuencias patológicas primarias y las anomalías que pueden manifestarse, pues al ser un síndrome se constituye por un conjunto de signos y síntomas. La lectura que se desarrollará será efectuada desde la teoría psicoanalítica y sus conceptos relacionados con la construcción del cuerpo y la estructuración de la imagen. Se presentará el análisis clínico de los casos a partir de los cuales se propondrá un proceso de intervención en pacientes diabéticos amputados en proceso de duelo.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-4-096094 7105	E-mail:martha.sd@hotmail.es	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Psic. Cl. Gómez Aguayo Rosa Irene, Mgs.		
	<b>Teléfono:</b> +593-4- 380-4600		
	<b>E-mail::</b> rosa.gomez01@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			