



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA

EDUCACION

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

**Algunas consecuencias subjetivas en la imagen corporal
desde el psicoanálisis lacaniano, en pacientes con
amputaciones internados en una Institución de Salud Pública**

AUTORES:

Maji Anguieta Erica Cristina

Vera Balseca María Fernanda

Trabajo de Titulación previo a la Obtención de Título de:

Licenciadas en Psicología Clínica

TUTOR:

Psc. Cl. Cárdenas, Paulina

Guayaquil, Ecuador

2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Erica Cristina Maji Angueta y María Fernanda Vera Balseca**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciadas en Psicología Clínica**.

TUTOR (A)

Psc. CI. Paulina Cárdenas Barragán

DIRECTOR DE LA CARRERA

Psc. CI Alexandra Galarza Colamarco

Guayaquil, a los 29 del mes de Febrero del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Erica Cristina Maji Anguieta y María Fernanda Vera Balseca**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación **Algunas consecuencias subjetivas en la imagen corporal desde el psicoanálisis lacaniano, en pacientes con amputaciones internados en una Institución de Salud Pública** previo a la obtención del Título **de Licenciadas en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. 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 29 del mes de Febrero del año 2016

LAS AUTORAS

Erica Cristina Maji Anguieta

Maria Fernanda Vera Balseca



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Erica Cristina Maji Anguieta y María Fernanda Vera Balseca**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación **Algunas consecuencias subjetivas en la imagen corporal desde el psicoanálisis lacaniano, en pacientes con amputaciones internados en una Institución de Salud Pública**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 29 del mes de Febrero del año 2016

LAS AUTORAS:

Erica Cristina Maji Anguieta

Maria Fernanda Vera Balseca

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a Dios y a la Virgen María por tener la oportunidad de culminar mi carrera Universitaria. A mis padres, hermana y familiares por ser el apoyo constante e incondicional durante cada paso y decisiones que tomo en mi vida.

A mis compañeros de clase y a mis amigos Christian Gonzaga y Alexandra Bravo que permitieron compartir las experiencias que implica la vida universitaria.

A mi compañera de proyecto Maria Fernanda Vera por los esfuerzos realizados y aventuras vividas. A la Universidad y profesores que con esfuerzo y esmero impartieron sus saberes, a mi tutora Psc.Cl. Paulina Cárdenas que sin ella no hubiese sido posible culminar con el proyecto.

Agradezco el apoyo de personas maravillosas que he conocido en la Comunidad Familia Guerreros de la Fe y de forma especial a Xavier los cuales me han acompañado durante toda mi carrera con su apoyo y ánimo para culminarla.

Dios les pague

Erica Cristina Maji Anguieta

Agradezco a Jehová Dios por darme el aguante necesario para poder culminar con éxito mi carrera Universitaria ya que, a pesar de las dificultades presentadas, siempre estuvo bendiciéndome.

A mis padres, que con su apoyo incondicional día a día me demostraban el gran aprecio que me tienen, sin ellos no habría sido posible llegar hasta donde estoy.

A mi esposo, Alfonso Salazar por ser parte de mi vida, por sus palabras de aliento que me brindó cada día para seguir luchando durante esta etapa y por ayudarme a tomar las mejores decisiones.

A mis hermanos Ericka, Christian, Mayita, Fernando por ser un gran ejemplo a seguir, ya que cada uno tiene cualidades y virtudes excepcionales dignas de admirar.

A mi compañera y gran amiga Erica Maji por la dedicación y el esfuerzo para poder trabajar en equipo, por los gratos momentos que vivimos. A mi tutora Psc. Cl. Paulina Cárdenas por su labor, compromiso, paciencia, enseñanzas que nos brindó en cada paso de nuestro proyecto.

Gracias a todos...

María Fernanda Vera Balseca

Dedicatoria

La presente Investigación representa la culminación de mi Carrera Universitaria, este esfuerzo va dedicado a mi mamá Sonia Anguieta, a mi papá Franklin Maji que con cada uno de sus actos me han enseñado que significa ser perseverante y no darse nunca por vencido, les debo mi fe, mi educación, mis valores y sobre todo mi vida, dedicó también este trabajo a mi hermana que a pesar ser su corta edad a sido un apoyo incomparable. A la Comunidad Familia Guerreros de la Fe que son los que me han ayudado en mi formación espiritual. Y el resto de mis familiares que desde la distancia me apoyan en cada momento

Erica Cristina Majo Anguieta

Dedico mi trabajo de titulación a quienes han estado presentes durante el transcurso de mi carrera, mis padres, aquellos guerreros que me han enseñado con su ejemplo lo que es el esfuerzo y el trabajo, y han estado en todo momento brindándome consejos para seguir en la lucha constante de la vida, por enseñarme valores, por permitirme crecer en un hogar cálido, por inculcarme entusiasmo y coraje en mis estudios y por demostrarme que a pesar de todos los tropiezos que se existan se puede llegar a triunfar. A mi esposo y a mis hermosos hijos Adele y Jared, mis mejores bendiciones, son mi fuente principal de inspiración para esforzarme cada día más, con ellos logré conocer el lado dulce de la vida al convertirme en madre y han sido mi motivación más grande para concluir mi carrera universitaria.

Maria Fernanda Vera Balseca

Índice General	
Agradecimientos	VI
Dedicatoria	VIII
Índice General	IX
Resumen	XI
Abstract	XII
Introducción:	1
CAPÍTULO I	3
La concepción del Cuerpo en Psicoanálisis.	3
1.1 ¿Cómo se construye un cuerpo?	3
1.2 De Órgano a Cuerpo	7
1.3 Estadio del Espejo	9
1.4 Mecanismos de Alienación y Separación	14
CAPITULO II	19
2. Efectos Biológicos, Psicológicos y sociales ante una amputación	19
2.1 Proceso de duelo	25
2.2 Discapacidad en el Ecuador	28
CAPÍTULO III	38
3. Clínica de la Urgencia en pacientes amputados	38
3.1 Definición de Clínica de la Urgencia	45
3.2 Pérdida Corporal	47
3.2.1 Urgencia Subjetiva	50
3.3 Análisis de casos clínicos de pacientes con amputaciones que presentaron distorsión de la imagen corporal	53
Caso # 1	53
Caso # 2	58
Caso # 3	62
Caso # 4	67
CONCLUSIONES	70
Bibliografía	73

Resumen

La pérdida de un miembro del cuerpo nunca ha sido fácil de asimilar para las personas que atraviesan por una amputación, debido a que representa la pérdida de la imagen de un cuerpo unificado, que tiene una historia.

Por ello, el presente trabajo buscó analizar los efectos biológicos psicológicos y sociales que se presentan en una persona que se encuentra hospitalizada y ha sufrido una amputación. La imagen inconsciente tan distorsionada que se genera en el sujeto en relación con su cuerpo es uno de los principales motivos por los que se debe considerar la importancia de la atención psicológica en una institución hospitalaria pública.

Se escogió la teoría psicoanalítica en nuestra investigación, para poder analizar conceptos importantes en la construcción del cuerpo y los procesos psíquicos por los que un sujeto debe atravesar para configurar la imagen corporal, como: el estadio del espejo, formador del yo; la alienación, que da paso a que el sujeto nazca en el campo del Otro; y la separación, que permite que el sujeto encuentre una falta en el Otro.

Se trató, además, de destacar la importancia del rol del Psicólogo como parte de un equipo multidisciplinario que brinda asistencia a pacientes en situaciones de “urgencia” en áreas críticas con emergencia y hospitalización.

PALABRAS CLAVE: Amputación, cuerpo, discapacidad, duelo, urgencias, psicoanálisis.

Abstract

The loss of a limb has never been easy to assimilate for people going through an amputation, because it represents the loss of the image of a unified body, which has a history.

Therefore, the present study sought to analyze the psychological and social biological effects that occur in a person who is hospitalized and suffered an amputation. The unconscious so distorted image that is generated in the subject in relation to your body is one of the main reasons to consider the importance of psychological care in a public hospital.

Psychoanalytic theory in our research was chosen to analyze important concepts in building the body and the mental processes by which a subject must traverse to set the body image as the mirror stage, forming the self; alienation, which leads to the subject born in the field of the Other; and separation, which allows the subject to find a lack in the Other.

He also tried to highlight the important role of the psychologist as part of a multidisciplinary team that assists patients in situations of "urgency" in critical areas with emergency and hospitalization.

KEYWORDS: Amputation, body , disability , bereavement , emergency , psychoanalysis

Introducción:

La amputación, que es considerada más como una discapacidad física, es un tema poco desarrollado por los profesionales en psicología en nuestro medio, pues aún no se considera indispensable que dentro del equipo médico que atiende a pacientes en situaciones de salud críticas, como la pérdida de un miembro del cuerpo, se integren a psicólogos como parte de los procedimientos hospitalarios.

Esta investigación tiene como principal propósito de estudio identificar algunas consecuencias subjetivas que se presentan en pacientes con amputaciones que se encuentran hospitalizados en una institución de salud pública; y además, ubicar la importancia del rol del psicólogo como parte del equipo multidisciplinario en áreas críticas de atención como: emergencias, hospitalización, unidad de cuidados intensivos (UCI) y en las salas de espera áreas donde se requiere la asistencia de un profesional que atienda a pacientes en situaciones de urgencia, como lo son las amputaciones, donde el sujeto vivencia mucha angustia e incertidumbre por el cambio abrupto que sufre su imagen corporal. Se debe destacar la pertinencia de la labor del psicólogo ya que a través de la intervención clínica puede escuchar el malestar del paciente más allá de lo que puede identificar el médico como malestar físico.

En el primer capítulo se hace un recorrido teórico sobre la concepción del cuerpo desde el Psicoanálisis, se detallan los procesos psíquicos por los que debe pasar un sujeto para la constitución del cuerpo: estadio del espejo, mecanismos de alienación – separación, nombre del padre, la inserción del sujeto en el campo del lenguaje, conceptos que van ligados para poder analizar una amputación física.

El capítulo segundo se analizan los efectos biológicos, psicológicos y sociales que acarrea una amputación, cómo se ha logrado la inserción de las personas discapacitadas en nuestra sociedad ya sea en el ámbito laboral e incluso familiar, se puntualizan los derechos que existen en el Ecuador sobre las personas discapacitadas, además se hace una indagación bibliográfica sobre el proceso de duelo por la que pasa la persona amputada al enfrentarse a una pérdida de un miembro físico.

Por último, el tercer capítulo busca ubicar el rol del psicólogo frente a una persona amputada que se encuentra en una institución hospitalaria pública, además se hace un abordaje sobre clínica de urgencia en pacientes amputados diferenciando una urgencia médica de una subjetiva. Se desarrolla un análisis de casos clínicos de cuatro personas que han sido amputadas y que se encuentran en una institución hospitalaria pública, evaluando cuál ha sido el impacto y efectos que han tenido ante la amputación.

CAPÍTULO I

La concepción del Cuerpo en Psicoanálisis.

1.1 ¿Cómo se construye un cuerpo?

El Psicoanálisis desde sus inicios con Sigmund Freud propone que el cuerpo no se construye psíquicamente desde un principio, esto quiere decir que, desde el advenimiento de un bebé, éste no nace con un cuerpo, sino que se va formando de manera secundaria. Vale aclarar que, cuando hablamos de cuerpo, no nos referimos al organismo y por ello debemos diferenciar el cuerpo del organismo biológico, del cuerpo del sujeto.

El cuerpo humano es el conjunto de los sistemas orgánicos cuyas funciones están dirigidas al cumplimiento de tareas vitales: mantenimiento y prolongación de la vida. Los sistemas actúan a través de aparatos que son un conjunto de órganos con acciones similares y/o complementarias. El cuerpo humano se comunica con el medio exterior a través de los órganos de los sentidos. (Vásquez, 2008, pág. 1)

Es decir que el cuerpo es un ente biológico, es un conjunto de sistemas que están conectados a aparatos y órganos que cumplen varias funciones con el propósito de mantener al ser humano con vida.

Heli Morales (2015) en su seminario presencial " Sexualidades de las mujeres: síntomas, historias y enigmas" refiere que "El cuerpo es una sede histórica del sujeto, el cuerpo habla de su historia, que no puede decirse". Es decir que para el Psicoanálisis el cuerpo no se trata de un organismo biológico, más bien el cuerpo es una construcción psíquica que surge del sujeto a lo largo de su vida.

La imagen inconsciente del cuerpo como el conjunto de las primeras y numerosas impresiones grabadas en el psiquismo infantil por las sensaciones corporales que un bebé, o un feto, experimenta en el contacto con su madre. Son las sensaciones experimentadas y las imágenes impresas ya desde la gestación y a lo largo de los tres primeros años de vida hasta que el niño descubre su imagen en el espejo. (Nassio, 2008, p. 20)

Mediante esta explicación, Nassio expresa que la imagen inconsciente del cuerpo son aquellos recuerdos que tienen más carga psíquica para el niño, donde su madre desempeña un papel fundamental en dicha etapa, ya que es ella quien brindará aquellas experiencias sensoriales y emocionales que se irán desarrollando hasta que el niño descubra su cuerpo.

La imagen es construida por medio de significaciones que el Otro le brinda al infans, a través de las experiencias antes mencionadas, como también por medio de las palabras que se le otorgan; ya que el cuerpo, es tomado por un significante primordial, que lo marca, lo representa, éste conjunto de significantes que son brindados por un Otro permitirán construcciones con las que se podrá armar o no un cuerpo además servirán para diferenciar las estructuras clínicas: neurosis o psicosis.

Cuando el bebé cursa los primeros meses de vida, desde el psicoanálisis se plantea un tiempo en el que se configura la subjetividad del ser humano, es decir la "imagen", producto de la identificación con una imagen externa: El Estadio del Espejo.

Hay allí una teoría del cuerpo, del cuerpo fragmentado y de la imago del cuerpo unificado, y un momento de júbilo por parte del niño, al captar su imagen como unificada, momento de anticipación imaginaria. Años más adelante, va a retomar ésta cuestión a partir de lo que se conoce como

el esquema óptico, en referencia al Ideal del Yo y el Yo Ideal, produciendo la escritura i(a), imagen de a, escritura que condensa, tanto la relación al otro, el semejante, como también, la relación al objeto "a" causa del de-seo, objeto del fantasma. A la altura de este esquema óptico, la constitución del cuerpo depende del Otro, del ideal del Otro, I(H). (Lacan, citado por Domb, 1996, p.2)

Es decir que, desde la mirada del otro, nuestro cuerpo logra significarse u organizarse. El yo se construye a partir de una imagen externa; el niño al pasar por la experiencia de ver su imagen reflejada en un espejo podrá darse cuenta que no sólo observa ahí su cuerpo reflejado, más bien, logra reconocer en ese momento su cuerpo como unificado y completo. Esto es, una condición que existe para la identificación imaginaria y su acceso a la estructuración del lenguaje, al registro simbólico.

A partir de la teoría Psicoanalítica se definirá lo que es cuerpo desde los tres registros: Real, Simbólico e Imaginario, ya que estos registros forman parte de la psique de un sujeto y determinan la constitución subjetiva.

Se define a lo Real "como en primer término que es lo que está siempre en su lugar, que nunca falta al lugar que tiene. Si faltara, sería un orden, y el orden es el orden simbólico. Como el hablante está separado de lo real por lo simbólico, en el orden simbólico puede faltarle lo real. Lacan definió a lo simbólico como lo imposible, y esto quiere decir que se define por una operación que desde lo simbólico lo hace imposible." (Rinty D'Ángelo citado por Jaramillo, 2011, p. 29)

Por lo tanto, se podría definir que lo real es todo aquello que no es excluido del orden de lo simbólico, es decir lo que no está en el orden del lenguaje, lo que es destituido de la realidad, lo que no se puede expresar.

Desde el registro de lo Simbólico el cuerpo es como un investimento, primer objeto que se catectiza. Lo que viste son deseos, necesidades, exigencias, apetencias, placeres, goces. Es un cuerpo vacío, sin contenido, hecho sin órganos, cuerpo que se prestará como superficie de inscripción a recibir la marca significativa y en el que se irán privilegiando ciertas zonas erógenas y circuitos pulsionales. (Nostas y Lora, 2002, p.10)

Podemos decir que lo simbólico es un conjunto de redes sociales, lingüísticas y culturales con las que nace un niño, puesto que, desde antes de su nacimiento, aún en el vientre materno, son los padres quienes le otorgan ideales, hablan de él, le eligen un nombre, etc.; brindando pronunciamientos simbólicos como: "eres igual a tu papá", "tienes los ojos de tu hermana", "te gustará la música como a tu abuelo", "serás inteligente como tu mamá". El niño acogerá todos los significantes pronunciados por sus padres como elementos identificatorios, pero habrá uno que será el significante primordial que lo representará; es decir, que si la madre le dice: "eres un niño muy inquieto" o "eres un niño obediente", la identidad del niño terminará siendo como él asuma el significado de dichos significantes otorgados por sus padres, debido a que siempre habrá un significante primordial.

El registro imaginario es así llamado por su referencia a una imagen especular. Imaginario no debe malentenderse como sinónimo de imaginación, no se trata de una fantasía como tal en el lenguaje coloquial, sino que se refiere a una imagen externa, diferente de la persona. (Sanz, 2013, p.2)

Lo imaginario es el registro de esta identificación con el Otro externo, en él son importantes el campo visual y la relación especular, los que prevalecen cuando el niño es cautivado por una imagen que está fuera de él.

En resumen, el cuerpo desde el Psicoanálisis se construye de una manera diferente al cuerpo biológico; cuando se habla de un cuerpo no se hace referencia al conjunto de órganos, tejidos y aparatos, sino a la construcción de los procesos psíquicos que se dan a partir de una imagen especular.

1.2 De Órgano a Cuerpo

En el artículo "Apuntes para una clínica del cuerpo", Lacan señala que: "lo específicamente humano es que el organismo del viviente cuando adviene al mundo se encuentra con el lenguaje, y el cuerpo es el resultado de este acontecimiento inaugural". (Castellanos, 2008, p.2)

De esta manera instaura una diferencia entre lo que es organismo y lo que es cuerpo; es decir, que cuando un sujeto nace, se encuentra en un mundo de lenguaje, de significantes brindados por personas que lo rodean el lenguaje se nombra el cuerpo con todas sus partes, y se inscriben las huellas mnémicas que posteriormente determinaran la vida de un sujeto.

El mismo autor señala que se trata de las huellas mnémicas a las que Freud describe como trazos en el aparato psíquico, es decir que son fragmentos que se quedan grabados en la memoria que a veces surgen tal y como fueron vividos y que Lacan sitúa como el intento de Freud de dar cuenta de la estructura signifiante. (Castellanos, 2008. p.2)

"En algunos escritos de Freud se permite entender cómo se constituye el ser humano como sujeto de deseo siendo éste deseo, deseo de deseo del Otro." (Freud citado por Córdova, 2012, p.1)

El niño llega al mundo como un precipitado de sensaciones, formas que le rodean y entre esas formas hay una privilegiada que es la madre. El niño tiene una sensación en lo real del cuerpo y la madre le da un significado. Ella con sus palabras es quien significa lo que siente el niño, hay un pasaje del grito al llamado, la madre responde a ese llamado y se produce en el niño un estado de calma, relajación que queda inscrito en el inconsciente como una satisfacción mítica. (Lacan, citado por Guerrero, Herrera, Herrera & Manri, 2000, p.10)

"En un primer tiempo está el grito que suscita la respuesta del Otro. Primero aparece el grito y luego la respuesta, un sujeto grita y la respuesta del Otro transforma el grito en llamada" (Tendlarz, 2009 p. 112) Es decir, hace un llamado al Otro para que satisfaga sus necesidades, se debe reconocer que ese grito de el niño quiere decir algo, representa la angustia que el niño siente al no poder tener algo, en este llanto hay un significante que representa al niño, al ser atendido, y al haber satisfecho sus necesidades su grito se transforma en un llamado.

Se puede precisar la primera etapa del sujeto en relación con el Otro materno en cuanto al deseo, dependientes de su madre, ya que al nacer no pueden caminar, ni hablar. Tiene un dominio parcial de las funciones motoras y no cuenta con órganos completamente desarrollados a nivel biológico. Cuando un niño necesita algo, éste emite un grito que va dirigido a un Otro. "Es atraído por el grito del niño, es porque le confiere a ese grito el estatuto del llamado, que es el primer estado de la demanda." (Ramírez, 2003, p. 12).

El niño se comunica con su madre a través del grito o llanto, para atraer su atención, cuando la madre responde a estos gritos, los reconoce, los instaura como una demanda y los interpreta sobre el plano del deseo del niño. Es aquí donde el Otro da una respuesta y se produce la primera experiencia de satisfacción para el infans, como, por ejemplo: el bebé llora porque tiene

hambre, sueño o quiere que le cambien el pañal, su madre al escuchar a su hijo responde a ese llamado, dándole de comer, haciéndolo dormir o cambiándole el pañal y es así como satisface las necesidades del niño.

El sujeto es capturado por la puesta en acto del Otro materno que lo signa, es decir, lo inaugura con su palabra en el mundo del lenguaje y del significante. Luego, Lacan va a decir que la comunicación y la palabra es el ingrediente vital en la relación madre – bebé porque ésta va teñida de significación va a decir que la primera simbolización del niño depende del deseo de la madre y de ninguna otra cosa. (Córdova, 2012, p. 2)

1.3 Estadio del Espejo

Lacan refiere "que el bebé entre los 6 y 18 meses va a presentar condiciones que van a permitir el desarrollo del Estadio del Espejo, momento estructural que va a configurar la subjetividad humana" (Guerrero, M. Herrera, Ma. Herrera, Manri,J, 2000, pág. 10) Conviene definir que es la subjetividad:

La subjetividad, como expresión del lenguaje, se centra en el carácter intersubjetivo de la comunicación, donde los elementos del discurso participan como huellas de la subjetividad del hablante y se manifiesta como producto cultural que acompaña al sujeto en las distintas y múltiples maneras de pensar. Somos acorde a lo que narramos sobre nosotros mismos y la narración enmarca lo que sentimos y hacemos (Martínez, citado por Tarrío, 2008, pág. 855)

En la construcción de la subjetividad se encuentran los decires, los significantes, dentro del campo del deseo del Otro; estos significantes iniciales, primordiales, el Otro los otorga al sujeto en el Estadio del espejo. El Estadio del espejo no se da en tiempos cronológicos, sino en tiempos lógicos, donde el Otro es quien le ofrecerá una figura humana completa, en esta alienación imaginaria. Parafraseando una sección del artículo "Comentario acerca del

Estadio del Espejo y Modelo Óptico”, el otro se muestra frente al hombre con un valor cautivador, ya que se presenta de manera anticipada la imagen unitaria tal como es percibida en el espejo, o en la realidad toda del semejante.

(Viscasillas, “Comentario acerca del Estadio del Espejo y Modelo Óptico”, 2001, pág. 89)

El artículo “La eficacia real de imagen sobre el cuerpo”, la menciona:

Que en primer plano se encuentra “El organismo del niño en un estado absoluto de incoordinación, absoluta falta de unidad, consecuencia de prematuración en que esta especie es arrojada al mundo, en comparación con otras. Es una suerte de caos. El cuerpo del niño es un caos” (Lacan, citado por Damiano, 2013, pág. 32)

Se podría señalar que antes de la función del Estadio del espejo como formador del yo, el niño no tiene una unidad como tal, el niño es un montón de piezas sueltas, está fragmentado, hay pedazos que no han sido anudados, con los cuales no identifica que es suyo y que no, no tiene ningún tipo de coordinación y por lo tanto no se reconoce una imagen de cuerpo, es un organismo.

Viscasillas comenta sobre el Estadio del espejo, que es en este momento en que el niño reconoce “esa imagen” que se le proyecta, como propia; hasta ese momento el niño no conocía cuál era su forma. En este proceso por el cual atraviesa el infans, la mirada tiene gran importancia; es decir, existe un juego de miradas en donde el niño reconoce la imagen que tiene en frente como suya. El niño se presenta jubiloso al ver su figura humana completa, en ese momento el niño vuelve su mirada hacia el que lo sostiene solicitando su asentamiento, el Otro aprueba esa imagen, reconociendo que esa mirada era dirigida a él, reconoce que la mirada está dirigida a esa imagen que esta frente a él, a su figura completa. (Viscasillas, 2001, págs. 83-84)

Es por medio del Otro que al infans le es posible construirse una armadura, una imagen, en cuanto el Otro lo nombra, le permite identificarse, unificarse y construirse. El Otro que lo sostiene tiene deseos de vida, deseos mortíferos, frustraciones, expectativas, palabras, miradas, que pueden transmitirse a ese niño. El Otro, se presenta como imagen total, sería entonces una buena imagen, una forma que de algún modo sigue consideraciones dentro de la teoría gestáltica. Conviene definir que es la Gestalt:

En el artículo “La Gestalt como teoría de la percepción y como epistemología”, refiere que:

En alemán la palabra Gestalt posee al menos dos significados. Con ella uno puede referirse a la "forma" o "estructura" como una propiedad reconocible de las cosas. Pero también puede aludir a una entidad individual, concreta, que tiene una existencia separada y relativamente autónoma del trasfondo en el que se ubica y entre cuyos atributos podemos contar su "estructura" o "forma". Desde esta segunda acepción la palabra Gestalt puede aplicarse siempre que uno se refiere a "cualquier todo separado" (Köhler, citado por Duero, 2013, pág. 3)

Se estaría hablando entonces de un Otro capaz de otorgar un molde de imagen completa, que permita la identificación y estructuración de ese infans. Cuando se habla del Estadio del espejo no se habla de un espejo como tal, se habla de un Otro que ayude a ese niño que en primer lugar es solo organismo a que reconozca que tiene un cuerpo y que le pertenece, este Otro puede ser la madre, un niño de edad similar, un reflejo, un Otro que lo ayude a estructurarse.

En el artículo anteriormente citado describe qué sucede cuando un niño atraviesa la función del Estadio del espejo, para ello retoman a Köhler con la explicación de esta función dividida en tres tiempos.

En el primer tiempo “es que el niño reconoce su imagen en el espejo en un gesto que es una especie de sorpresa, en una mímica iluminante dice Lacan”. (Lacan, citado por Damiano, 2013, pág. 32) Es decir en este primer tiempo se dará el reconocimiento del niño, por medio del espejo, por medio del Otro, es en este tiempo donde el niño queda capturado por la imagen vista en el espejo.

Para Lacan el infans se sorprende de esa imagen unificada, es capturado por ella, se muestra jubiloso, emocionado frente a esa nueva imagen completa, la cual lo deslumbra; aquí se está hablando ya del segundo tiempo del estadio del espejo, que será llamado ajetreo jubiloso retomando palabras de Lacan, “la visión de esa imagen rebotada enseguida en el niño en una serie de gestos en los que experimenta lúdicamente la relación de los movimientos asumidos de la imagen con su medio ambiente reflejado” . (Damiano, 2013, pág. 32)

Entonces una vez reconocida la imagen por el niño en el primer tiempo se dará una experiencia de goce, de satisfacción al reconocer como propia dicha imagen, en otras palabras el júbilo que experimenta el niño en el segundo tiempo es el narcisismo, este narcisismo es el primario donde el objeto de amor seleccionado es el mismo niño y no un objeto exterior a él. En esta identificación imaginaria se da el yo ideal a partir del lenguaje freudiano. El narcisismo primario tiene relación con la imagen corporal, a esta imagen que representa a la unidad del sujeto, es la primera captación hacia esa figura humana completa. El segundo narcisismo encierra la relación con el otro.

Es decir, cuando se da esa identificación en ese vínculo dual, se juega el primer sentimiento así mismo, una convicción de su propia existencia (narcisismo primario). Cuando se habla de narcisismo no se está hablando de un solo sujeto, sino de más, ya que el narcisismo de los padres causa impacto y se

refleja en los hijos, entonces se estaría hablando de una operación donde el sujeto no es individual ni aislado, el Otro es otro importante ya que le otorga al sujeto significantes primordiales (S1) con los que podrá identificarse.

Para hablar de la construcción del yo se tomará una cita expuesta en el artículo “El modelo óptico: Hacerse un cuerpo imaginario”:

Acá precisamente toma Lacan la distinción que hacía Freud entre yo primitivo y yo placer. Y dice “se constituye por un clivaje por distinción respecto del mundo exterior lo que está incluido en el interior se distingue de lo que se ha rechazado mediante procesos de exclusión y de proyección”. (Damiano, 2013, pág. 48)

Se podría decir que, al hablarse de la formación del yo, se hace referencia a una construcción tanto interna como externa, es interior porque va del lado del placer y existe una identificación, por lo tanto, con el Yo, y algo que se expulsa, porque es displacentero y no se reconoce como parte del yo.

Es importante precisar que el ideal del yo es parte de la referencia simbólica. Se podría decir que es una promesa de ser o ha de tener, que se va a conquistar después de la castración, cuando el sujeto pase por el Complejo de Edipo. El ideal del yo al ser identificación simbólica deja de ser solo imagen y pasa a ser palabra, significantes que a su vez encierran la cultura, se estructura la referencia simbólica del sujeto.

Se habla de un tercer tiempo en el cual el niño intenta fijar esa imagen en el momento más perfecto, la que mejor represente al niño. Dice el texto “y conseguir, para fijarlo, un aspecto instantáneo de la imagen”. Una vez asumida

esta identificación imaginaria ya puede darse a este organismo el estatuto de cuerpo. (Damiano, 2013, pp.32-33)

En el Estadio del espejo se da una identificación imaginaria. Al pasar por esta instancia ya se encuentra formada la imagen especular del sujeto, el imaginario humano; es decir, está unificada la superficie corporal. ¿Qué sucede con lo que no ha podido ser unificado con los órganos internos, vísceras, etc.? Se estaría hablando que la identificación unificadora no abarca esto que queda como organismo, como lo real del cuerpo, es decir esto queda fuera de la imagen especular es un fenómeno libidinal. (Damiano, 2013, pág. 34)

Con lo expuesto, se ha podido comprender que, por medio del Estadio del espejo, el sujeto que era solo organismo en un primer momento, donde se encontraba sin un Otro que participe en la articulación unificadora, pasará en esta instancia psíquica a tener un cuerpo, a través del Otro; el Otro va a ser el medio por el cual el sujeto tendrá referencia de una buena forma, una forma completa y unificada, el Otro va a ser quien le otorgue significantes primordiales a este sujeto. Al capturar el niño una imagen que lo identifique, la hará propia y sentirá júbilo en el reconocimiento de la misma; esta imagen captada por el niño será su modelo más perfecto.

1.4 Mecanismos de Alienación y Separación

Los mecanismos que se trabajarán en esta parte de la investigación son elementos primordiales para la constitución de un sujeto neurótico. La alienación se dará a partir de la relación dual entre la madre y el hijo; en el mecanismo de separación intervendrá un tercer elemento, el significante

Nombre del Padre, el mismo que irrumpirá esta relación dual y establecerá un no todo se puede.

El niño llega al mundo rodeado de significantes, deseos, cosas y formas que tiene a su alrededor, una de esas formas es su madre, con la que existiría una relación dual; en esta relación dual se dará el mecanismo de alienación. En esta instancia el sujeto es convocado por el Otro, el sujeto está expuesto a la demanda del Otro.

Parafraseando a la cita expuesta en el artículo “El cuerpo en la psicosis” de Amanda Goya, donde Lacan conceptualiza a esta operación como “alienación del sujeto al significante” (Goya, 2001, pág. 70); el mecanismo de alienación es la operación en donde el ser vivo que está en lo real es llamado por el Otro. En este mecanismo se da la identificación del sujeto con un significante del Otro, un significante que lo represente frente a los otros significantes que están en el campo del Otro.

En el texto el cuerpo en la psicosis se expone sobre la existencia de dos dominios, el primero es el Ser vivo y el segundo es el Otro; desde el campo del Ser, el sujeto deberá emerger a partir del efecto de la primera sustitución de la vida por el significante, el sujeto entonces emergerá identificado al significante amo otorgado por el Otro. En el campo del Otro se sitúa al significante primordial que marca, este significante es con el que el Sujeto (\$) se identificará.

La alienación es una de las operaciones que da cuenta de la relación del sujeto (S) y el Otro (A), entendido este último como la estructura del lenguaje y definida como “[...] fundamental y nueva operación lógica”, en

la medida en que concibe los efectos sobre el sujeto debido a su nacimiento en un mundo de lenguaje constituido por su estructura, otros sujetos hablantes y cadenas significantes. (Eidelsztein, 2009, pág. 77)

Para Tendlarz en primera instancia, el grito sin el Otro es algo sin sentido, gracias a la respuesta del Otro es que el grito del sujeto se transforma en llamado; es así, que cada vez que el sujeto grite, eso será un llamado invocando al Otro. Lo que hace que se transforme el grito en llamada es la alienación del sujeto hacia el Otro. En este mecanismo, una parte del sujeto se identifica con un significante que extrae del Otro, pues en este Otro existe un cúmulo de significantes; al ser un sujeto de puro vacío se identifica con un significante tomado del Otro y se constituye como tal, se da la constitución subjetiva. (Tendlarz, Alienación y separación la experiencia enigmática, 2009, pág. 111)

En el mecanismo de alienación significativa, para Tendlarz, surgirían dos opciones únicas, la primera es la elección insondable del ser, escogiendo de esta manera la cadena significativa y así mismo entrar al campo del sentido. La segunda opción es la posible elección del vacío, al hacer esta elección no se produce el sentido, se produce el congelamiento significativo. (Tendlarz, Alienación y separación la experiencia enigmática, 2009, pág. 113)

En el artículo "Alienación y separación: La experiencia enigmática" se cita un fragmento del Seminario 11, donde Lacan dice: "Una falta recubre otra falta" (Tendlarz, Alienación y separación la experiencia enigmática, 2009, pág. 114). En la operación de separación emerge el significante Nombre del Padre que actúa sobre el binomio entre madre e hijo, produciendo la falta, la caída del objeto a, aquella que le permitirá al niño construir su propio deseo.

Goya mencionará que la alienación da paso a la producción del sujeto del inconsciente, donde el sujeto se aliena al lenguaje y la separación produce al objeto a, al objeto de la satisfacción pulsional. En la neurosis el sujeto tiene que ir a buscar esos objetos, en el campo del Otro, estos objetos pulsionales los ubicamos entre el sujeto y el Otro, fuera del cuerpo, estructurándose así la subjetividad de la neurosis. (Goya, 2001, pág. 73)

El sujeto debe atravesar por un segundo proceso para que no se quede en esa dualidad madre - hijo, en la separación actuará un tercer elemento, el significante NP que es quien posibilitará esta separación. Para esto se cree necesario explicar el funcionamiento del significante NP en la metáfora paterna.

Para definir al Nombre del Padre se utilizará una cita del artículo “La metáfora paterna” de Tendlarz donde se menciona que: el NP es una expresión relativa al desarrollo del padre biológico sino de la acción del significante. (Tendlarz, 2009, pág. 23). El significante NP que existe en el Otro, funciona como ordenador, regulador entre la relación de madre e hijo.

Para Tendlarz tanto el NP como el DM corresponden a una subjetividad, ambas como parte del lado simbólico. No hay un modelo de padre como tal, en esta función cada representante opera en cada sujeto. Este padre actúa como símbolo, por ello se dice que es un padre muerto, ya que no opera por su presencia sino actúa como función; es decir, no se trata de una persona como tal sino de un significante, por esto toma el nombre de metáfora. (Tendlarz, 2009, pág. 25)

En el artículo “Alienación y separación: la experiencia enigmática” de Tendlarz, cita a Miller donde menciona que “la inscripción mínima de la metáfora paterna es la acción del padre sobre la madre”. Dentro de esta metáfora se encuentra el Nombre del Padre (NP), Deseo de la Madre (DM), no es un deseo, ni una madre, es una voluntad sin ley. El significante NP abarca un límite, prohibición, el que produce una sustracción y pérdida de goce, proporcionando respuesta a ese significado desconocido para el sujeto (Miller, citado por Tendlarz, 2009, pág. 25)

La metáfora paterna sería entonces la acción del padre sobre la madre produciendo límite, un borde, una pérdida de goce. Como resultado de esta operación surge la inscripción de la castración simbólica. El NP metaforiza la presencia del padre, actúa sobre la madre produciendo un efecto metafórico en ese deseo desregulado y sin ley, poniendo un límite, un borde. El primer efecto que produce la Metáfora Paterna es producir significación a ese sentido desconocido para el sujeto y el no todo se puede.

CAPITULO II

2. Efectos Biológicos, Psicológicos y sociales ante una amputación

El presente trabajo de investigación va dirigido a pacientes de una institución hospitalaria pública, que han tenido una amputación de algún miembro de su cuerpo; por ese motivo, se vuelve imprescindible conceptualizar lo que es amputación y nombrar los diferentes tipos de procedimientos existentes desde el aspecto biológico, para mejorar la comprensión del trabajo. Además, explicaremos la necesidad de asistencia profesional en este tiempo de sufrimiento por el que pasa una persona que sobrelleva una amputación, a nivel psicológico desde el marco conceptual psicoanalítico.

Una amputación es una condición adquirida cuyo resultado es la pérdida de una extremidad y cuya causa suele ser una lesión, una enfermedad o una operación quirúrgica. Amputación es una entidad médica de naturaleza especial porque la incapacidad es resultado; no de una forma de patología; sino de una forma de tratamiento que ha eliminado la patología. (Osorio, 2007, p.2)

Existen varias causas por las que una persona puede perder algún miembro de su cuerpo mediante una amputación; la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (2014) refiere que existen varias razones, pero las más comunes podrían ser: amputaciones causadas por problemas de circulación como la aterosclerosis o la diabetes, lesiones traumáticas, incluidas las de accidentes de tránsito y militares, cáncer y malformaciones congénitas.

Por otro lado, el texto en referencia menciona que hay dos tipos de amputación:

-Amputación completa (es decir la parte del cuerpo resulta totalmente cercenada), dicha parte algunas veces se puede volver a conectar, sobre todo cuando se tienen los cuidados apropiados con la parte cercenada y el muñón.

-Amputación parcial, queda parte de la conexión de tejidos blandos. Según la gravedad de la lesión, se puede o no volver a conectar la extremidad parcialmente cercenada. (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, 2014)

Ana Oporto en su trabajo de grado “Proceso de elaboración de dispositivos ortoprotésico para la marcha” considera que una amputación completa se puede explicar cómo la separación total de un miembro del resto del cuerpo; se refiere a una amputación incompleta o parcial cuando queda algo de tejido blando de conexión, es decir que existe la posibilidad de volver a conectar la parte que ha sido amputada debido a que hay una sección completa de los vasos sanguíneos principales y, al menos, el 75% de las partes blandas. (2009, p.8)

Sobre la base de las consideraciones anteriores se podría destacar que cuando se menciona a una amputación, desde el punto de vista médico, se refiere a una intervención quirúrgica que se realiza frente una situación traumática, donde el profesional o médico especialista extirpa una parte o miembro del cuerpo por alguna de las diversas causas previamente mencionadas. Una amputación implica una pérdida y por ello puede causar gran impacto en la persona que la sufre e incluso en la sociedad; ya que el hecho de observar a una persona sin algún miembro de su cuerpo suele llamar la atención de muchos, y generar reacciones en el entorno como tristeza, lástima, compasión, curiosidad. Podemos inferir que la persona con ausencia de algún miembro del cuerpo como consecuencia de una amputación va a acarrear una serie de problemáticas ya sean físicas, psicológicas y sociales.

En un blog mexicano de Psicología Forense se menciona que: "La pérdida de una parte del cuerpo supone la pérdida de funcionalidad dentro del medio social, supone pérdida estética, pérdida de oportunidades educativas y laborales. Casi todo está concebido y diseñado para el ser humano completo." (2011, p.1)

En nuestra sociedad existen muchos prejuicios sobre el tema, el amputado por lo general, desconcierta, genera un sentimiento de proteccionismo y lástima ante las personas que están a su alrededor; esto está asociado a la ignorancia y al enorme desconocimiento del mundo del amputado y es por ello que en la persona que ha sufrido una pérdida física, se crea una serie de incertidumbres que tienen que ver con la exclusión social. (ADAEPIS, s.f.)

Una de las mayores "desventajas" de las diferencias físicas es la actitud de aquéllos que consideran que las personas físicamente diferentes son de algún modo "especiales" en comparación con las personas denominadas "normales". Esto puede afectar a su imagen corporal y al concepto que usted tiene de sí mismo. Las personas "sanas" no suelen sentirse cómodas cuando se relacionan con aquéllas que son físicamente diferentes. Asimismo, aquellas personas con diferencias físicas pueden ser sumamente sensibles a las reacciones de los demás y, por consiguiente, sentirse acomplejadas. (Winchell, 1996, p.3)

Es decir, que una persona que ha sido amputada puede encontrarse a nivel social con las diferentes reacciones de quienes se encuentra a su alrededor; así algunos, pueden presentar actitudes negativas hacia la persona que tiene una diferencia física y hasta reaccionar de manera hiriente, lastimando las susceptibilidades de la persona a la que le han mutilado un miembro de su cuerpo. En efecto, esto podría generar consecuencias a nivel personal en el paciente amputado, tales como, sentimientos de inferioridad ante los demás

porque no podrán hacer sus actividades con normalidad al quedar reducida su capacidad física y productiva.

Todas estas reacciones de las personas que rodean al paciente amputado, además del hecho traumático que genera una amputación, podrían ocasionar consecuencias emocionales y psicológicas puesto a que es una pérdida irreparable que en momentos es comparada con la muerte de algún familiar por el proceso que pasa una persona para poder aceptar una pérdida, un nuevo estilo de vida, un cuerpo diferente. Para poder definir dichas consecuencias es necesario sintetizar el concepto de amputación desde el punto de vista psicológico:

La amputación supone una pérdida y por tanto un duelo que, en el caso del amputado, no se limita a la pérdida de un miembro concreto, si no que se extiende a todas las otras pérdidas que la amputación implica: pérdida de capacidad física con limitaciones funcionales, pérdida de comodidad por presencia de dolor, astenia o vivencia de miembro fantasma y pérdida en la apariencia física muy mediatizada por la estética. (Gayoso, 2010 p.1)

Dicho de otra manera, el proceso de una amputación no sólo deja secuelas físicas como una incapacidad, sino también trae repercusiones a nivel psicológico. El hecho de perder un miembro del cuerpo requiere de un proceso de aceptación, ya que esto implica adaptarse a ver un cuerpo mutilado, un cuerpo que ya no está completo. Este proceso podría tardar mucho, debido a que se deben procesar todas las pérdidas que genera una amputación como: reducción de la capacidad física, malestar e incomodidad causado por el dolor físico, percepción corporal distinta, limitaciones funcionales. Las consecuencias a nivel psicológico dependerán de cada persona, puesto que cada uno asimila una pérdida de diferentes maneras. Los pacientes enfrentados a las situaciones descritas, necesitarán de asistencia profesional luego de la operación, ya que en tiempo de dolor deberá brindárseles un acompañamiento que implica

también involucrar a los familiares para que apoyen al paciente en este proceso de pérdida.

El apoyo psicológico ayudará al paciente amputado y a su familia a afrontar esta nueva situación y prevenir los desajustes emocionales. Hay que tener en cuenta que el proceso de rehabilitación exigirá del paciente un considerable esfuerzo durante un largo periodo de tiempo, y que este esfuerzo requiere motivación, paciencia y persistencia. (Rincón, 2008, p.3)

La asistencia psicológica se considera esencial en este tiempo de malestar, es decir, luego de una intervención quirúrgica, puesto a que a más de un dolor físico hay un sufrimiento real. El paciente observa que su cuerpo no está completo, generándose en él un sentimiento de pérdida, que traerá además desórdenes emocionales. El psicólogo, por medio de las intervenciones que realice conseguirá que la persona no se descompense emocionalmente, pueda cooperar en su proceso de rehabilitación, mejorar su calidad de vida, posibilitar nuevos modos de relación e inclusive contemplar vías de inserción laboral.

Desde el punto de vista psicoanalítico José Lillo señala que una amputación representa una pérdida corporal, es decir, la pérdida de una parte de un ser unificado, pérdida que puede ser vivida como si fuese una pequeña o parcial muerte anticipada, que en ciertas ocasiones puede dificultar el duelo. La pérdida simboliza la muerte parcial de la muerte total, aquella que hubiera podido suceder ante el accidente traumático que se dio de manera imprevista, y que ahora le significa una pérdida de una parte del cuerpo, una muerte parcial de una parte del sujeto. (2000, p.2)

El duelo se trata de la pérdida real de un objeto que produce un agujero que el significante no alcanza a suturar. Se hace necesario entonces un trabajo que es de elaboración simbólica, de reconstitución, ya que la pérdida se produce en lo real y el duelo es la tarea simbólica de desasimiento libidinal de ese objeto perdido para así poder recubrir el

agujero que ha dejado con nuevos trazos significantes, nombrándolo.
(Espinosa, 2010, p.1)

Desde el Psicoanálisis cuando se hace referencia al “duelo” se hace alusión a una pérdida. En esta ocasión abordaremos al duelo, a la pérdida de un miembro del cuerpo que una persona que ha sido amputada necesita elaborar, es decir, al proceso que transcurre en este tiempo de dolor. El trabajo clínico por medio de la palabra, le permite al sujeto que ha sufrido una amputación, elaborar el duelo; esto quiere decir que posibilita la construcción de nuevos significantes, que reemplacen lo que se ha perdido, como si el sujeto entrara a una restauración en el campo de lo simbólico que lo habilita a ponerle un nombre a éste hecho traumático que le ha sucedido. En el artículo "El duelo y la exclusión de la muerte hoy" se menciona que la función del duelo es la de subjetivar la pérdida inscribiendo un trazo nuevo, que recubra ese agujero en lo real producido por la pérdida. (Espinosa, 2010, p.2)

Un sujeto, al enfrentarse a una pérdida presenta una serie de sentimientos y pensamientos no favorables causados por el impacto que se ha manifestado. Carola del Rincón menciona, que la aflicción del amputado no se limita a la pérdida del miembro concreto; más bien, a que la amputación va más allá de la pérdida de uno de sus miembros del cuerpo, se trata de una pérdida de autonomía en muchas actividades que el paciente realizaba y que en cierto grado ya no podrá volver a hacer, pérdidas que afectan también a su propia imagen corporal e identidad personal. (2008, p.3)

Este proceso del duelo es normal y adaptativo, tendente a facilitar que con el tiempo se asuma la pérdida para lo que resulta conveniente poder expresar los sentimientos asociados en cada una de sus etapas. Es muy importante la forma en que se realice el duelo y como se elabore, pues existe riesgo de desarrollo patológico si este duelo no se hace, o se hace

mal, y de ello van a depender las consecuencias psicológicas de la amputación. (Gayoso, 2010)

2.1 Proceso de duelo

Una persona con una pérdida corporal, vive un malestar, sufre. Es necesario que ese dolor se manifieste para tramitarlo y saber hacer con la situación que se presenta. Es un tiempo, un período necesario para poder superar dicha experiencia de dolor. Para una mejor comprensión se propone exponer el concepto de duelo y las diferentes etapas que requiere este proceso.

El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. (...) Cosa muy digna de notarse, además, es que a pesar de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento. Confiamos en que pasado cierto tiempo se lo superará, y juzgamos inoportuno y aun dañino perturbarlo. (Espinosa citando a Freud, 2012, p.1)

Sierra y Manzo, desde la teoría psicoanalítica mencionan que el proceso de duelo es considerado como una reacción que se va constituyendo desde la estructura psíquica de cada sujeto, es decir, que este proceso se irá construyendo de acuerdo a como el sujeto aprenda a sobrellevar la pérdida; es un proceso que se da desde que se produce la pérdida, hasta que ésta se supera. Dicha teoría considera que un sujeto con un impacto de ésta índole, altera sus emociones, manifestándose, así como un estado de desesperación, tristeza e incapacidad; y para poder contener su estado anímico se considera indispensable que se desarrollen un conjunto de períodos conocidos como etapas del duelo. (2012, p.27)

El duelo, tiene lugar tras cualquier clase de pérdida, ello envuelve no solo un sentimiento único, sino más bien una completa sucesión de sentimientos que precisan de cierto tiempo para ser resueltos. El tiempo que cada ser humano requiere para resolver su pérdida será en función de cómo cada sujeto construye y da sentido a lo que sucede, es decir, al desarrollo de su propia estructura psíquica, de manera que el morir no es un hecho dado sino un fenómeno que hay que comprender existencialmente (Sierra y Manzo citando a Heidegger, 2012, p.25)

Siguiendo el mismo enfoque citaremos a Lillo quien en su texto "Duelo y pérdida corporal" apunta que la manera de afrontar las pérdidas y de realizar la labor de duelo, dependerá de tres experiencias vitales:

- Haber tenido y vivenciado buenas experiencias infantiles de ser cuidado, de haber experimentado una buena relación con el mundo exterior, de confianza hacia él, lo que redundará en una mayor confianza de afrontar las pérdidas y de restablecer un equilibrio en su mundo interno.

- Haber experimentado el predominio de los sentimientos amorosos hacia los demás y hacia uno mismo, sobre los sentimientos de frustración, de cólera, odio y rabia que harán perder los sentimientos de confianza y aceptación realista, sustituyéndolos por sentimientos de desconfianza, generándose ansiedades paranoides hacia el mundo externo y de desconfianza de la propia bondad. - Y que haya experimentado la capacidad de reparar el daño efectuado a los demás y el padecido internamente, lo que estimulará sentimientos de confianza y resignación ante las pérdidas y una disposición a trabajar en su aceptación. (Lillo citando a Klein, 2000, p.3)

Además, en el texto "El duelo más allá del dolor" (2011 p.3) se mencionan tres fases desde una perspectiva psicológica y fenomenológica, estas fases son parte del proceso de duelo:

En la primera, llamada fase de evitación, incluiríamos el shock o el impacto que tiene una persona en un primer momento que se manifiesta usualmente con la negación; es decir, no acepta la pérdida. En el caso de los pacientes amputados no habría el reconocimiento inicial de la falta en el cuerpo. Es el instante traumático en la pérdida de objeto, el sujeto se encuentra en estado de conmoción al observar que le falta una parte de su cuerpo, tiene pensamientos

negativos en cuanto a la nueva vida que tendrá, como será visto por los demás, va a depender de alguien y no podrá realizar sus labores cotidianas con normalidad.

En un segundo momento aparecería la fase de confrontación, donde tienen lugar las emociones más intensas; se intenta recuperar aquello perdido, por eso la rabia y la culpa pueden ser desbordantes, aquí se hace presente el llanto y las rabietas. Sus pensamientos están ligados a recuerdos de todo lo vivido, en las posibilidades que tuvieron para impedir aquel momento traumático e incluso ocurre una satisfacción inconsciente al recordar el dolor, se intenta buscar una solución a la pérdida a pesar de estar conscientes de que es imposible que suceda. En ésta etapa o fase de confrontación pueden aparecer síntomas depresivos y se manifiesta la angustia, por medio de llanto o en ciertos casos predomina el silencio, el no querer hablar con nadie, el reservar lo vivido excluyendo el tema.

La tercera fase se la denomina como etapa de restablecimiento en esta etapa el sujeto logra poner en palabras lo que ha sucedido, por lo que hay un punto de vista diferente con respecto a la pérdida. El sujeto vuelve a reconectarse con su vida diaria, a realizar sus labores cotidianas, desaparecen los sentimientos de tristeza, en ésta etapa se da un proceso natural por la que tiene que pasar cada persona y así poder aceptar, superar la pérdida de objeto y renunciar toda esperanza de recuperar el miembro perdido. (Pelegri y Romeu, 2011, p. 2)

Es necesario que el sujeto elabore estas etapas de duelo, que no necesariamente se darán en el orden prescrito, habrá casos en los que el paciente reaccionará de manera diferente y superará la pérdida rápidamente; tampoco existe un tiempo determinado para que el proceso de duelo pueda

llegar a concluir, puede durar días, meses e incluso años. Para concluir, una persona amputada que pierde un miembro de su cuerpo ya sea una mano, un brazo, una pierna o incluso un dedo, pierde toda esa completud que se dio en el estadio del espejo, dónde el infans vio su cuerpo como unificado frente a un espejo; ya no existe, hay una falta, el sujeto se enfrenta con algo real; no tener un miembro de su cuerpo que antes estaba presente y que en un momento inesperado ya no está, genera angustia, y con ella una serie de pensamientos negativos para afrontar el problema. "Ante el sufrimiento por una imperfección corporal el individuo debe hacer frente al duelo de la pérdida de un ideal inalcanzable." (Alizade, 1999, p.5)

2.2 Discapacidad en el Ecuador

Cada sujeto posee su esencia, su particularidad; cada sujeto para desarrollar un vínculo con el otro necesita entablar un lazo social, donde el decir del otro permite que se involucre a una cultura; un otro es el que marca con sus decires, y otorga significantes al sujeto.

Para la sociedad un sujeto adulto es considerado como "normal, útil", si es económicamente productivo. Los pacientes que han pasado por un proceso de amputación, pueden sufrir miradas del otro invasivas, discriminación por el imaginario colectivo de que la amputación es sinónimo de discapacidad total, que el sujeto no puede ser productivo ni desarrollar o formar nuevas habilidades.

Debido a esto consideramos importante abordar el tema de la discapacidad en nuestro proyecto de investigación, pues consideramos a la discapacidad como una de las consecuencias sociales más importantes que puede atravesar la

vida un sujeto que ha pasado por un proceso de amputación, efectos que por la particularidad de cada sujeto, puede ser lo más difícil de sobrellevar.

Retomaremos la propuesta de la Organización Mundial de la Salud y el grupo de Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), la misma que nos lleva a no solo revisar el concepto de discapacidad, sino también el concepto de enfermedad, discapacidades y minusvalías definiéndolas así:

La enfermedad es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. La enfermedad está clasificada por la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE). La deficiencia es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas). La discapacidad es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género,). La minusvalía es la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad y que afecta al desempeño del rol social que le es propio. (Egea, Sarabia, 2011, pág. 16)

Se puede comprender como enfermedad a una situación interna tratándose independientemente del tipo de enfermedad localizada en cualquier parte del cuerpo, tanto en el aparato respiratorio, endocrino, aparatos reproductores y diversos órganos que conforman al cuerpo, diferentes trastornos a nivel psíquico, psicológico, como trastornos mentales orgánicos, del comportamiento, esquizoides, entre otros, que presente el sujeto y están descritos en el CIE 10. La deficiencia es la pérdida tanto a nivel fisiológico, psicológico que se da como consecuencia de la enfermedad o trastorno manifiesto. La discapacidad es producto de la deficiencia, es la ausencia de la capacidad de realizar actividades dentro de lo que se considera normal para el sujeto. La minusvalía

es una situación producto de una discapacidad o deficiencia que afecta al desarrollo del sujeto en la sociedad.

En el Ecuador la institución encargada del seguimiento y evaluación de las políticas en discapacidades en todo el territorio es el CONADIS, organismo autónomo de carácter público creado en año 1992 en el mes de agosto a través de la ley 180 sobre discapacidades, tomaremos de la página web del CONADIS su misión y visión. La Institución tiene como misión:

Formular, transversalizar, observar, realizar el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas en discapacidades, en todo el territorio nacional, en todos los niveles de gobierno y en los ámbitos público y privado; con el fin de asegurar la plena vigencia y el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y sus familias; promoviendo, impulsando, protegiendo y garantizando el respeto al derecho de igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Constitución de la República, los Instrumentos Internacionales vigentes, la Ley Orgánica de Discapacidades y de los Consejos Nacionales para la Igualdad. (Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, s.f.)

La misión de esta institución se centra en el cumplimiento de los derechos humanos hacia las personas que presenta discapacidad y hacia sus familias, resaltando el derecho a la igualdad según la Constitución del Ecuador y otras instituciones. Su visión está dirigida a que como institución pueda liderar las políticas públicas para asegurar el cumplimiento de dichos derechos centrados en la inclusión por medio de la creación y aplicación de la Agenda Nacional para la igualdad de discapacidades. La institución pública como visión tiene:

Ser la Institución que lidera las políticas públicas de discapacidades en el Ecuador, para asegurar la plena vigencia de los derechos humanos de las personas con discapacidad y sus familias; constituyéndose en el referente nacional e internacional, a través de la generación y aplicación de la Agenda Nacional para la Igualdad de Discapacidades, como medio para lograr la ejecución eficiente, eficaz y efectiva de las políticas públicas en el ámbito de las discapacidades. (Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, s.f.)

Por otro lado, en nuestro país se elaboró por el CONADIS y la SOCIEDAD CIVIL la AGENDA NACIONAL PARA LA IGUALDAD DE DISCAPACIDADES la misma que fue aprobada por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) y después entregada al Estado y a los Titulares de Derechos, para su cumplimiento por parte del Estado y de la sociedad civil, de acuerdo a las normativas vigentes, esta información fue retomada de la historia de la Agenda Nacional para la Igualdad de Discapacidades.

La atención a personas que presentan discapacidad ha tenido recorrido histórico según la Agenda Nacional para la Igualdad de Discapacidades. Primero la atención a individuos con discapacidad trabajaron desde la beneficencia, a partir de la iniciativa de madres y padres de sujetos con discapacidad, con el objetivo de encontrar apoyo, estar respaldados por alguna institución, frente a la necesidad de encontrar resguardo por parte de alguien o de alguna institución, formaron organizaciones privadas especializadas que responda la demanda que va en crecimiento en las áreas de salud y educación.

Luego el objetivo era no solo contar con instituciones que apoyen a estos padres y sus familias, sino que también exista la posibilidad de la rehabilitación para que el paciente y sea autónoma, finalmente el objetivo es la inclusión del sujeto con discapacidad ya sea física, psicológica, etc. En las décadas del 40 al 60, por parte de las entidades de gobierno se da la creación de las primeras escuelas de educación especial, priorizadas en Quito, Cuenca y Guayaquil.

En los años 70 el sector público se da la creación de varios servicios, organismos técnicos y de administración; se emiten normativas y reglamentaciones. En el año 1973 se crea el Consejo Nacional de

Rehabilitación Profesional, el cual es el encargado del diagnóstico, evaluación, formación ocupacional e inserción laboral de las personas que presentan alguna o algunas discapacidades. Es una de las Instituciones que busca que el sujeto de esta parte de la población se inserte en el ambiente laboral, en un trabajo digno de cualquier individuo, se establece la creación del beneficio de exoneración de impuestos para la importación de vehículos ortopédicos para personas con discapacidad física.

En 1977 se establece la Ley General de Educación, que estableciendo al Estado como responsable de velar por la educación especial; y en abril del 79 se crea la Unidad de Educación Especial, como organismo técnico y regulador del subsistema. En 1980, se crea la División Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud Pública, que organizó e implementó servicios de medicina física y rehabilitación en las diferentes unidades médicas en diversas partes del país.

En 1982 se expide la Ley de Protección del Minusválido, mediante la cual se crea la DINARIM (Dirección Nacional de Rehabilitación Integral del Minusválido), del Ministerio de Bienestar Social, asignándosele la rectoría y coordinación nacional del trabajo sobre discapacidades, donde su prioridad es la atención directa a las personas con discapacidad en aspectos de: protección, educación especial, capacitación ocupacional e integración laboral.

En la Agenda Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2013-2017) expone como en el área de centros de rehabilitación y escuelas de educación especial dependientes se han formado diversas instituciones y Organizaciones entre ellas se encuentran el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA) y otras ONG y dentro de este campo ASENIR (Asociación de Niños con Retardo),

FASINARM (Fundación de Asistencia Sicipedagógica para Niños, Adolescentes y Adultos con Retardo Mental), SERLI (Sociedad Ecuatoriana Pro-Rehabilitación de los Lisiados), ADINEA (Asociación para el Desarrollo Integral del Niño Excepcional del Azuay), FGE (Fundación General Ecuatoriana), Fundación Hermano Miguel, CEBYCAM (Centro de Erradicación del Bocio Endémico y Capacitación de Minusválidos), FUNAPACE (Fundación Nacional de Parálisis Cerebral) y Fundación Ecuatoriana de Olimpiadas Especiales, entre las más conocidas.

El Estado tiene un papel importante en la formulación de estrategias, implementaciones, leyes, beneficios, etc., ya que es el encargado de escuchar con atención los requerimientos de esta parte de la población, el presidente ha otorgado beneficios en diversos campos, salud, educación, capacitaciones, etc. El objetivo prioritario se enfoca en el derecho de inclusión, en el ámbito educativo y laboral, instituciones que fomenten el desarrollo del sujeto y sus relaciones con otros.

En la AGENDA NACIONAL PARA LA IGUALDAD DE DISCAPACIDADES se expone dos programas que pertenecen a la política “ Ecuador sin Barreras” que buscan la inclusión y el respeto a personas con discapacidades, además de prótesis, silla de ruedas y varios implementos que puedan necesitar. Los programas son Misión Solidaria Manuela Espejo y Sonríe Ecuador. Dentro de la diversidad de proyectos se encuentra Proyectos de las Federaciones Nacionales de y para personas con discapacidad que trabaja en la inserción laboral, el lenguaje incluyente, la inserción de la persona con discapacidad al ámbito político.

En nuestra experiencia en una institución hospitalaria, con pacientes que han sufrido amputaciones nos ha permitido identificar la particularidad de cada sujeto, sujetos dispuestos a aceptar una prótesis y no dejarse capturar por la discapacidad, otros a buscar por ellos mismo medios que le ayuden a sobrellevar la discapacidad, sujetos que no aceptan que un objeto extraño como la prótesis invadan su cuerpo.

El trabajo terapéutico del Psicólogo Clínico no es obligar al paciente a utilizar una prótesis, o no pasar por el duelo, sino más bien permitirle al sujeto generar recursos para sobrellevar la situación tanto personal, laboral y social. Estos pacientes con los cuales se realizó un proceso terapéutico, no sabían si existían instituciones que puedan ofrecerles espacios de rehabilitación, instituciones que se involucren en su inserción al campo laboral y en la adquisición de herramientas necesarias para sobrellevar su discapacidad como sillas de ruedas, autos ortopédicos, prótesis, etc; información que desconocían por sus limitados recursos. Basándonos en las preguntas realizadas por nuestros pacientes sobre cómo podían obtener una ayuda por parte de Instituciones benefactoras; nos planteamos la pregunta ¿Qué tiene como propuesta el Gobierno actual frente a las exigencias y derechos de los pacientes que han pasado por un proceso de amputación?

Como propuesta del Gobierno del Presidente Rafael Correa conjuntamente con otras instituciones se construyeron el Plan Nacional del Buen Vivir en donde, en unos de sus objetivos, se puntualiza la inclusión en diversos aspectos. Se considera relevante exponer cuál es el sentido de la formación de este Plan, lo cual veremos más adelante, desde qué o quién parte la iniciativa de estructurar, concebir un plan estratégico que mejore la calidad de vida de la mayor parte de los ecuatorianos.

El 17 de febrero de 2013, el pueblo ecuatoriano eligió un programa de gobierno para que sea aplicado –siempre ceñido a la Constitución de Montecristi–, en el nuevo periodo de mandato de la Revolución Ciudadana. Ese programa tiene su reflejo inmediato en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, el cual representa una postura política muy definida y constituye la guía de gobierno que el país aspira tener y aplicar en los próximos cuatro años. Este es el sentido que queremos darle a este Plan, que debe convertirse en un documento tan práctico como un mapa, con directrices muy claras para evitar que nos extraviemos en el camino o nos aventuremos en una ruta no trazada que nos lleve a un despeñadero. (Semplades, 2013, pág. 14)

Cuando se habla del Plan Nacional del Buen Vivir se plantean varios objetivos evaluados estrictamente cada uno de ellos para cumplir con cada meta propuesta, la finalidad de este plan estratégico se podría decir que es propiciar la igualdad, equidad, y felicidad tanto a nivel personal como a nivel social y laboral; promueve la diversidad cultural y la relación con el medio ambiente. Al estar estructurado como plan no se puede confundir con algo improvisado y sin ninguna finalidad.

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 es el tercer plan a nivel nacional, contiene la experiencia de los dos planes anteriores; el Plan Nacional de Desarrollo se ejecutó antes del Plan del Buen Vivir 2007-2010 propuesto en las elecciones del 2006, este plan se cumplió hasta el año 2008; por mandato de Montecristi se construye en el mismo año el Plan del Buen Vivir para cumplirlo a cabalidad, motivados por la experiencia anterior y por la aprobación de la mayor parte de la ciudadanía en las urnas.

Se trabajará con el objetivo número dos del Plan del Buen Vivir para conocer como el Estado interviene en la inclusión de los individuos con discapacidad. El objetivo dos del Plan del Buen Vivir es: “Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad” que propicia por medio del reconocimiento de los derechos de cada individuo a políticas de igualdad

plena, sin exclusión, fomentando la convivencia social para una vida digna”.
(Semplades, 2013 - 2017, pág. 112)

El Estado generará, a través de sistemas especializados, “las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieren consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad” (art. 341). (Semplades, 2013 - 2017, pág. 112)

Los individuos con discapacidad son vistos como lo diferente en la sociedad, en el artículo citado anteriormente se habla de la protección integral a lo largo de sus vidas para esta parte de la población, se da la oportunidad para estos individuos de que se considere y cumplan los derechos establecidos en la Constitución que priorizará la inclusión en los diversos campos tanto laboral como social y la prioridad en el área de Salud. Para ello en el 2007 la Vicepresidencia de la República del Ecuador junto al CONADIS apoyan a:

Eliminación de barreras arquitectónicas e implementación de unidades básicas de rehabilitación, durante 2007, 2008 y 2010; el fortalecimiento de las cinco federaciones nacionales de y para personas con discapacidad y de 150 filiales de nivel local; la defensa de los derechos de las personas con discapacidad y la contribución al cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos de las mismas (Conadis, citado por Semplades, 2013, pág. 117)

Por estos medios la inclusión no solo se da en el ámbito laboral o de salud sino, en actividades recreativas que permitan formar vínculos sociales con otros individuos que sobrellevan esta misma situación y han optado por este tipo de

recursos para desarrollar y descubrir nuevas habilidades que le permitan sentirse parte de la sociedad y no se sientan excluidos por tener diferentes capacidades.

CAPÍTULO III

3. Clínica de la Urgencia en pacientes amputados

Dentro de una institución hospitalaria pública, en la cual se prestan servicios de salud, existen varias áreas de atención, como: emergencia, hospitalización, consulta externa, unidad de cuidados intensivos (UCI), clínica de VIH, salud mental, oncología, entre otros. Un psicólogo clínico al insertarse a trabajar en una institución de salud con estas características, deberá conocer información básica con respecto a normas, leyes, disposiciones, protocolos, rutas que se deben seguir en la atención a pacientes, según la demanda instaurada por la institución en primera instancia; y por el propio paciente desde su particularidad, en un segundo momento.

Es decir, la labor de un profesional en psicología clínica dependerá de la demanda institucional que se le impone, en donde el equipo multidisciplinario del que formará parte dentro del hospital, solicitará la intervención psicológica para los casos que ellos consideren sea necesario. Esta petición es realizada con formalidad, pues se genera una interconsulta dirigida al especialista encargado.

El psicólogo clínico responderá la interconsulta y resolverá la demanda del médico atendiendo al paciente en el espacio del hospital donde se encuentra. Cabe destacar que en ~~un~~ el área de hospitalización psicólogo clínico va a operar de manera diferente, pues no va a existir una demanda directa por parte del sujeto aquejado por una enfermedad sino más bien una demanda institucional; por lo tanto, la labor del profesional se presentará distinta, desarrollando un trabajo clínico de acuerdo a las posibilidades y eventualidades que se presenten en la institución hospitalaria, como por ejemplo: el corto tiempo para la atención, pues un tratamiento no puede durar más de ocho

sesiones; la falta de privacidad, ya que por las condiciones de salud del sujeto el tratamiento deberá llevarse a cabo en la habitación, ambiente que generalmente es compartido con otras personas, quienes podrían escuchar todo lo que se habla en las entrevistas.

Otro punto importante a destacar sobre las funciones que le son adjudicadas al psicólogo clínico en una institución hospitalaria, es la de mediador entre el paciente o el familiar. La mayoría de los médicos, y demás profesionales de la salud, ubican al psicólogo clínico como al profesional que va a ayudar a “estabilizar” a un paciente que presenta conductas inapropiadas y que atentan contra su recuperación, para que colabore con su tratamiento; o a “conversar” con los familiares para convencerlos sobre la idoneidad de un procedimiento a realizar; situaciones que a los médicos se les van de las manos y ya no pueden controlar.

Hay que dejar en claro que el psicólogo clínico va a acoger la demanda más allá del conflicto que se manifiesta por medio del “espacio de escucha” que se abre, identificando la problemática que angustia al sujeto según el caso a caso. Es decir, el psicólogo con la experiencia teórica-práctica que ha obtenido durante su formación profesional, emplea una técnica con el sujeto, para realizar las entrevistas, otorgándole los recursos necesarios dependiendo del caso, para que se pueda llevar a cabo un trabajo clínico.

En una institución hospitalaria, los pacientes acuden con un malestar orgánico y desconocen desde un primer momento la posibilidad de un trabajo terapéutico que les pueda ayudar emocionalmente y que les sirva como soporte frente a las contingencias de una hospitalización.

El psicólogo debe intervenir con un paciente en varias razones especialmente en situaciones de urgencia vale aclarar, en este punto vale aclarar que hay dos tipos de urgencia médica y subjetiva y es importante poder distinguir cada una de ellas.

Urgencia médica es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados. Podemos definirla también como toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención no debe retrasarse más de seis horas. (OMS citado por Villalibre, 2013, p. 20)

Urgencia subjetiva es lo que aprieta, lo que apura, lo que da prisa. Evoca claramente la angustia. Esto es el dispositivo puesto en marcha por el yo frente a una situación traumática, es decir sometido a un exceso de excitaciones externas o internas que es incapaz de controlar. (Freud citado por Raskovsky, 2000, p.1)

En otras palabras, una urgencia médica es cuando un paciente o familiar demanda la atención hospitalaria por un problema de salud que debe ser considerado emergente y que requiere de la asistencia de un profesional. La urgencia subjetiva es cuando un sujeto no puede representarse frente a una situación traumática, debido a la ruptura de la cadena significativa, donde existe un vacío que no se puede poner en palabras.

Las urgencias médicas en un hospital se dan a cada momento, ya que llegan a diario pacientes con alguna emergencia, pero el médico encargado se centra en el área afectada del cuerpo de la persona que requiere atención. El profesional realiza una evaluación para definir un diagnóstico, tomando en cuenta signos y síntomas, para luego dirigir a la persona hacia un tratamiento específico, sea dentro del hospital o ambulatoriamente.

En el caso de los pacientes que son candidatos a una amputación, el profesional hace una valoración médica y junto con los especialistas encargados como, por ejemplo: médico general, endocrinólogo, cirujano vascular, nefrólogo, cardiólogo, entre otros miembros del equipo multidisciplinario de un área del hospital; toman la decisión de amputar un miembro del cuerpo que se encuentre gravemente afectado, para evitar que se infecte alguna otra área y en ciertas ocasiones, para salvar la vida del paciente. Para que el paciente pueda someterse a la intervención quirúrgica, se deben realizar varios procedimientos para que se pueda efectuar, uno de ellos es realizar una serie de exámenes que respaldarán la intervención quirúrgica ya sean exámenes de sangre, radiografías, ecografías, electrocardiograma y en ciertos casos una resonancia magnética.

Para el psicólogo clínico, el paciente es más que un cuerpo enfermo, es un sujeto con una necesidad que va ligada a una demanda hacia el otro; un paciente amputado, no solo es una persona que ha sido intervenida quirúrgicamente, es un sujeto que se encuentra con un “real”, con un agujero, al ver que un miembro de su cuerpo ha sido mutilado.

La Urgencia del sujeto es distinta, aquí se nos presenta un ser que sufre pero que no puede representarse, no encuentra la manera de expresar lo que siente, hablar de sí se vuelve imposible, no sabe cómo dar cuenta de lo que está pasando, su “yo” su parte consciente se ve inválido, lo paraliza, lo inhibe, lo inhabilita. (Salinas & Ortega, 1997, p. 43)

Los pacientes que serán amputados y los que ya han sido sometidos a una intervención quirúrgica de este tipo presentan una urgencia subjetiva; por lo tanto, necesitan la intervención psicológica, pues experimentan mucha

angustia, la misma que no logra ser manifiesta en palabras sino en actos como gritos, llantos, rabietas, o también retraimiento y silencios prolongados.

Los pacientes amputados que han sufrido una experiencia de accidente que los ha confrontado con el terror, sueñan repetidamente con la situación traumática. Sus sueños vuelven una y otra vez al accidente, despertando con renovado terror. Soñando repetidamente con lo acaecido buscan recuperar el dominio de algo que desborda su capacidad de asimilación. Buscan canalizarlo, metabolizarlo, dominar esa experiencia inopinada, desarrollando una angustia onírica que le permita tratar lo inesperado y súbito como algo anticipado y así prepararse a recibirlo. En ocasiones el paciente no puede ni soñar con el accidente, manteniéndolo como una experiencia emocionalmente congelada. En estos casos podemos augurar un peor pronóstico en la medida en que se encuentran inermes para canalizar y dar salida psíquicamente a tales impactos emocionales. Su respuesta es la negación. Negar la realidad de lo sucedido, negar las pérdidas corporales ocasionadas y sus consecuencias emocionales de dolor y depresión. (Lillo, 2000, p.5)

El sujeto amputado presenta una serie de complicaciones intrincadas, además del dolor físico sufre una alteración emocional; el sentimiento que se presenta en el paciente es parecido a lo que se vive con la pérdida de un ser querido, ya que se está enfrentando a una situación traumática de pérdida permanente, en la cual se generan sentimientos de culpa; situación por la cual en un primer momento se niegan a hablar sobre lo sucedido, formándose una serie de incertidumbres con respecto a cómo se llevará a cabo su vida luego de este cambio tan drástico e inesperado.

El apoyo psicológico ayudará al paciente amputado y a su familia a afrontar esta nueva situación y prevenir los desajustes emocionales. Hay que tener en cuenta que el proceso de rehabilitación exigirá del paciente un considerable esfuerzo durante un largo periodo de tiempo, y que este esfuerzo requiere motivación, paciencia y persistencia. (Rincón, 2008, p.3)

Al perder un miembro del cuerpo se crea una perspectiva distinta en cuanto a imagen corporal, ya no existe un cuerpo unificado, ahora hace falta algo, el sujeto siente que está incompleto.

El cuerpo también sufre pérdidas de sí mismo: una parte, una función, una propiedad. Esta pérdida es suplantada por otras partes o funciones cuando se trata de un proceso evolutivo, como la pérdida de los dientes de leche o la pérdida del cuerpo púber en la adolescencia. La metamorfosis corporal trae conflictos, pero no necesariamente aflicciones. La curiosidad por el cambio y la sorpresa por el advenimiento de nuevas funciones (menarca, poluciones, crecimiento de vello, etc) ocupan el primer plano. Las enfermedades suelen deparar sorpresas corporales. El extranjero ha atacado provocando sentimientos de persecución y tristeza. El dolor del cuerpo se une al dolor psíquico frente a la desventura de la pérdida de la salud. (Alizade citando a Freud, 1999, p.3)

Al hablar de la pérdida de un miembro físico, no nos referimos a una pérdida natural como, por ejemplo: cuando se caen los dientes en la infancia; más bien nos referimos a una pérdida inesperada, repentina que es irreparable. Una amputación se lleva a cabo a causa de una enfermedad orgánica que en la mayoría de los casos puede ser la diabetes, o también por un accidente de cualquier tipo, que se puede llevar a cabo en cualquier circunstancia como, por ejemplo: un accidente de tránsito, lesión por quemaduras, entre otras.

Cuando la amputación se da por causa orgánica, a pesar de que en ciertos casos hay conocimiento de la enfermedad, esto también se vuelve inesperado, ya que los médicos deciden amputar un miembro del cuerpo de un momento a otro; además, el hecho de pasar por un quirófano y someterse a una serie de exámenes, para muchos, es motivo de angustia. Algunos pacientes se niegan a la operación y son sus familiares los tienen que decidir por el paciente y firmar una hoja de consentimiento informado, que es parte del procedimiento que

garantiza la autorización del paciente y se evidencia de que están al tanto del trabajo que realizarán y así los médicos puedan llevar a cabo la operación. Es en este momento en donde generalmente se manifiestan las defensas que arma el sujeto, como la negación, con frases como: “No quiero que me operen, quiero morir completo/a” que es la más común de escuchar en pacientes candidatos a amputaciones, estado que acarrea consecuencias que podrían repercutir en su estado anímico, además de experimentar sentimientos de culpa por el estilo de vida llevado anteriormente (especialmente cuando se trata de diabetes), por no recurrir a un chequeo médico preventivo o no seguir las indicaciones en cuanto a una dieta adecuada o la ingesta continua de medicamentos; asimismo suelen tener pensamientos negativos relacionados con lo que sucederá después de la operación quirúrgica. Por todos los aspectos anotados se considera necesario que un paciente amputado cuente con la intervención de un psicólogo antes y después de la extracción de un miembro, debido a que el paciente se encuentra en estado de urgencia tanto médica como subjetiva.

¿Pero, a qué se denomina urgencia subjetiva? Este es el interrogante que recorre un desarrollo clínico y teórico acerca de las situaciones que pueden ser tomadas como “desbordantes”. Estas situaciones remiten a las epidemias contemporáneas tales como trastornos de pánico, conductas impulsivas, trastornos adaptativos, etc... La lista es extensa; hay tantas urgencias como sujetos. Estos presentan a su vez, una constelación de fenómenos que los autores permiten reducir a dos fenómenos clínicos precisos. Dos, que no engañan: la certeza y la angustia. Tanto una como otra permiten recortar el fenómeno sobre la estructura. (Belaga, 2006, p.1)

Es decir, que se puede definir como una urgencia subjetiva a todas las situaciones desbordantes de angustia o a aquellas circunstancias que generan

un trauma en un sujeto y que hacen que no se pueda poner en palabras lo que siente, cuando ya no hay un significante que lo represente; es decir, cuando hay una ruptura de la cadena significante, cuando el paciente se encuentra con un real, como en el caso de una amputación, con una vacío en su cuerpo, que no le permite al sujeto dar cuenta de su sufrimiento. A lo largo de este capítulo se tratará de profundizar a través de los casos trabajados, lo que es una urgencia subjetiva.

3.1 Definición de Clínica de la Urgencia

La psicoanalista Inés Sotelo, en su compilado de libros “Tiempos de Urgencia” (2005) menciona que en 1990 la práctica profesional formó parte del plan de estudios de la Universidad de Buenos Aires en la carrera de Psicología, y en 1996 ella hizo la propuesta de dictar “Clínica de Urgencia” como una materia a parte de la práctica que debían hacer los egresados de la UBA donde tenían que ocupar aquellos espacios en los que la urgencia se manifiesta, además comentan que fue necesario inventarse un lugar y pensar en los recursos que iban a utilizar frente a la luz de una política distinta al ámbito médico.

El abandonar el lugar fundamentalmente teórico que nuestra carrera tenía y empezar a pensar nuestro lugar en la guardia, la admisión, la interconsulta, ha provocado interesantes movimientos en nuestros alumnos. Profundos cuestionamientos acerca de la salud, la enfermedad, la locura, el encierro, la inimputabilidad, la responsabilidad, las terapéuticas, los fármacos, el Psicoanálisis, la Psiquiatría, tomaron otra dimensión cuando no solo eran palabras de Foucault, Freud, Lacan sino la desgarradora realidad del sujeto al que el alumno entrevistaba. (Sotelo, 2005, p.21)

En una institución hospitalaria, es donde se puede aplicar lo que es clínica de urgencia, ya que éste es un espacio donde los pacientes llegan a transitar una

urgencia tanto médica como subjetiva. “La urgencia es lo imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte.” (Sotelo citando a Lacan, 2005, p.100). En el caso de una persona que ha sido amputada es necesaria la intervención psicológica ya que nos encontramos con un sujeto que ya no está completo, sino que está desbordado; un sujeto con pérdida de ideales, con un goce que lo imposibilita, que está frente a un real, como lo es una mutilación. Nos encontramos o con un paciente que no puede dar cuenta de lo que le está sucediendo y muchas veces calla, o tal vez con un paciente que no puede contener el llanto.

Pero, ¿a qué llamamos una urgencia, en un paciente amputado? “Es una situación crítica que se presenta con fenómenos de desesperación, angustia, en la cual el sujeto se ve desbordado en su cuerpo, su pensamiento y desestructurado en su posición frente al mundo.” (Guerrero, Herrera, Herrera, Maruri, 2000, p.23). Es decir que el paciente al ver que falta algo en su cuerpo, ya no existe ese cuerpo unificado que se formó a partir de la teoría del estadio del espejo y que aquellos significantes que lo representaban ya no los sostienen, puesto a que ha habido una ruptura en la cadena de significantes; tendrá una serie de pensamientos y dudas sobre como llevará su vida a partir de ese momento, cómo será visto por las personas que lo rodean y por la sociedad.

La Urgencia se manifiesta en una variada presentación sintomática: angustias, miedos, fobias, insomnio, pesadillas, oscilaciones bruscas del estado de ánimo, irritabilidad, ausencias, amnesia, pérdida de conferencias y en casos más graves desencadenamiento o desestabilización psicótica. (Sotelo, 2005, p.100).

Los síntomas que se presentan en cada persona varían según la edad, el sexo, el motivo de la amputación, pero en todos los casos se considera necesaria la

intervención de un profesional en psicología para que el paciente pueda tramitar el dolor psíquico que siente al sufrir una pérdida corporal y para que logre decir lo que le ocurre.

Las intervenciones del psicólogo deben apuntar a la restauración subjetiva. Siempre se trata de que el sujeto hable, que se represente. Cuanto más consistente es el Otro, el sujeto queda en posición de objeto. Se debe reestablecer la función del Otro del deseo, generando escucha, dando un lugar al sujeto. El sujeto, en momento de urgencia esta desalojado, por eso es que se tiende a hospedar al sujeto en una intervención que nada tiene que ver con la medicación, sino que darle la posibilidad al sujeto de crear su lugar, su espacio. (Sotelo, 2012, p.36)

A través de la clínica psicoanalítica se permite al sujeto que ha sufrido una amputación verbalizar frente al encuentro insoportable con lo real; es decir, permite poner en palabras lo que le ha sucedido al sujeto, frente a aquello de lo que no podía hablar. El psicólogo se dirige al paciente desde su singularidad como sujeto, es decir dependiendo de cada caso, ofrece por medio de la escucha, un lugar para que logre la tramitación del duelo por la pérdida de un miembro del cuerpo.

3.2 Pérdida Corporal

El esquema corporal simboliza el desarrollo y el crecimiento de un sujeto, es lo que accede a que exista diferencia entre individuos; es decir, aquello que le permite al sujeto construir una identidad. Cuando existe pérdida corporal podríamos hablar de una muerte parcial en este esquema corporal, una muerte de una parte de sí mismo, donde lo que el sujeto ve y lo que los demás ven es diferente, esa ausencia de, representa la pérdida la falta de.

Cuando la pérdida corporal se ha producido por un accidente grave, se da un efecto traumático debido a que es algo imprevisto. Sigmund Freud en 1920 “consideraba que en los accidentes graves lo que les otorgaba su cualidad traumática era el factor sorpresa” (Villa, 2014, pág. 5) Para nuestros pacientes el recibir la noticia de una amputación que implica una pérdida, un cambio de vida, un cambio en su imagen, en lo que ven ellos y lo que ven los otros, representa un evento traumático, donde las etapas de duelo son vivenciadas de diversas formas.

Existe la posibilidad que predomine en la personalidad del paciente rasgos narcisistas, particularidad que hace que la pérdida corporal pueda resultar intolerable. La pérdida de un miembro implica una falta de lado de lo visual, un agujero, una herida narcisista; y su aceptación podría ser imposible, bloqueando el duelo. Lo que puede experimentar el sujeto que ha sufrido pérdida corporal es humillación y vergüenza ante los demás.

El sujeto que presenta una pérdida prefiere disimular su falta, la ruptura de esa imagen imaginaria completa, el muñón, decidiendo buscar formas, para no ser mirado; no desea salir de la casa, no quiere ser visto por vecinos ni amigos, prefiere aislarse de la posibilidad de que lo vean diferente. Se culpa al muñón del cambio en su imagen y de la transformación de vida que implica la invasión de varios objetos como: muleta, silla de ruedas, etc.

No se culpa a nadie de fuera o a sí mismo, sino al muñón como causante del cambio y la transformación operada en su vida. Este reproche puede dar lugar a conductas autolesivas, castigando a ese muñón considerado responsable, empeorando aún más si cabe el estado físico, obligando a nuevas medidas terapéuticas que conlleva ampliar la zona de amputación, entrando en un círculo vicioso de difícil solución.(Lilo, 2000)

El perder simboliza una ausencia, representa un vacío de lo que hubo y ya no hay, el pasar por un proceso de amputación conlleva a un reconocimiento de esa pérdida, un verse frente al espejo, y ver el reflejo de una figura que no está completa, que se ha fragmentado. Para el sujeto que ha vivenciado un proceso que implica la pérdida física de un miembro o parte del mismo, está ligado a atravesar por la aceptación de esta pérdida y los cambios que involucran la ausencia.

Para el sujeto expuesto a esta ausencia física existe la posibilidad de que durante la aceptación de la falta se produzca la presencia del miembro perdido, como un miembro fantasma; este miembro se manifiesta como la sensación de esa parte faltante. Se podría leer que esto que está perdido para la percepción visual del sujeto, el miembro fantasma le permite existir aún. (Vargas citado por Baz, 2010, pág. 24)

En la presencia de este miembro fantasma que sustituye en un primer momento al miembro ausente se puede presentar en él, el dolor, que representa el dolor registrado en la memoria. El miembro fantasma, resulta como apoyo en el mecanismo de la negación, podría ser entonces como la presencia momentánea de ese faltante anulando así la pérdida. Es como si la parte del cuerpo que falta continua ahí, el duelo que se presenta debido a la pérdida corporal, la presencia del miembro fantasma da a conocer como el sujeto intenta remediar la pérdida de la imagen corporal. (Vargas citado por Baz, 2010)

Entonces podríamos decir que, el esquema corporal es el medio por el cual el sujeto se puede diferenciar de otros seres vivos, cuando esta imagen completa

que ha visto el sujeto por mucho tiempo se ve alterada por la existencia de la pérdida corporal, el aparato psíquico a través del fenómeno del miembro fantasma, intenta desagraviar, negar ésta pérdida, mientras el sujeto entra a elaborar el proceso de duelo.

3.2.1 Urgencia Subjetiva

Para poder abordar el tema de urgencia subjetiva se debe primero definir a qué se refiere éste término. El psicoanalista Ricardo Seldes, miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis, en el texto Urgencia subjetiva, contextualiza a este término en una institución hospitalaria como: “esas situaciones de crisis en donde la angustia es desbordante, momentos donde la acción sustituye al decir”. (Seldes, 2005, pág. 87)

Se debe tener en cuenta que al referirnos a una urgencia se apunta a una situación que ha venido a irrumpir la estabilidad del sujeto, ya bien a nivel orgánico, como un accidente que desequilibra su salud biológica; o al nivel psíquico, con un evento que perturba al sujeto de tal manera, que irrumpe su cadena significativa.

Pero, no solamente hablamos del sujeto que vive ese acontecimiento traumático, sino también del familiar o de la persona con la que han compartido este evento, a quienes la angustia también los moviliza.

Es importante tener presente que en la particularidad de cada sujeto puede existir una resignificación de un hecho traumático anterior que ahora recobra sentido en este segundo tiempo. Es decir el sujeto no puede traducir a palabras

la angustia desbordada que ha producido este evento, esta angustia que ha dado paso que el sujeto se movilice, por tal motivo nos podemos referir que el sujeto en urgencia es aquel que no puede poner en palabras lo que le produce angustia, lo que lo congela, es ahí donde la cadena significativa ha sufrido una fisura.

En nuestra practica hospitalaria vivenciamos en diversas ocasiones como la angustia desbordada paraliza al sujeto, lo inmoviliza de tal forma que no le permite expresar en palabras lo que siente. Nos encontramos con otras formas de representación de ese no decir, traslucidas en episodios largos de llanto, agresividad hacia el personal médico y asistencial por la falta de información, o simplemente manteniéndose en silencio por un largo tiempo tanto los pacientes internados y sus familiares.

El paciente como tal conserva la angustia latente al estar internado, le resulta aún más traumático aceptar las intervenciones o tratamientos drásticos como son las amputaciones, en ciertas situaciones. Los casos que pudimos tratar fueron de pacientes que sufrieron amputaciones por no tener un control preventivo con la Diabetes, a parte de la angustia desbordante por la que pueda atravesar el sujeto al enfrentarse a una amputación, se enfrenta a la expectativa de como la sociedad lo podrá ver, valorar, y como podrá ser un agente económico activo y sobretodo útil luego de aceptar tener una discapacidad.

¿Entonces que se puede realizar desde el psicoanálisis con aquel momento que el sujeto entra en dicha urgencia? Nosotros como practicantes en el área de hospitalización y de emergencia en una institución hospitalaria, hemos tenido la oportunidad de recibir casos donde trabajar en la urgencia subjetiva del paciente es lo principal, focalizando lo que ha irrumpido la estabilidad del sujeto.

En el área de emergencia hemos podido ver con mayor frecuencia situaciones que trastocan al individuo y lo ponen en un borde cerca de lo real, ya que son situaciones inesperadas. En el área de hospitalización hemos podido ver como a pesar de que los familiares conocen el diagnóstico de sus pacientes, el ser espectador de infartos cardiacos, respiratorios, convulsiones, etc, no solo de su paciente sino de cualquier otro que se encuentre en la sala ingresado, puede ser un acontecimiento traumático con el que puede identificar una situación personal o actual.

“Lo que cuenta en el psicoanalista es un estado de vacuidad, un estado Zen de disponibilidad a lo inesperado y un espíritu de oportunidad” (Miler , citado por Gutman, 2002, pág. 2) El psicoanálisis da lugar a este vacío; es decir, en la urgencia el sujeto ingresa en un vacío al no poder dar significado a aquello que irrumpe, es ahí donde el psicoanálisis trabaja. El psicoanálisis utiliza la asociación libre, el hecho irrumpido no es un acto aislado, más bien busca que el sujeto pueda dar palabras a esto y pueda traducirlo; no se refiere volver al estado anterior al hecho que originó la desestabilización del sujeto, sino más bien inventar a partir de él, para que el sujeto pueda significar aquel evento, ya que si se retorna, el sujeto volvería a entrar en urgencia, convirtiéndose ya en una emergencia, y quizás resulte imposible asistir a este sujeto totalmente desbordado.

Nos referimos con el párrafo anterior, que el trabajo del psicólogo clínico con formación psicoanalítica no busca retornar al sufrir de esa situación traumática sino, trabajar a partir de la traducción hecha del mismo; si retornamos al sufrimiento como tal se puede desbordar por completo la angustia del paciente y desestructurarse. Por tal motivo lo que busca el psicoanálisis es la

construcción a partir de aquella ruptura, es decir que el sujeto vuelva a la cadena significativa.

3.3 Análisis de casos clínicos de pacientes con amputaciones que presentaron distorsión de la imagen corporal

La ausencia del objeto suele ser en ocasiones muy trágica, desde el punto de vista de la realidad, lo perdido (el objeto perdido) puede verse como algo que ha desaparecido, sin embargo, esta conclusión conduce a un camino difícil de caminar, difícil de entender y extenso de procesar, pues no es fácil que el yo se enfrente a algo que ya no le pertenece que se encuentra fuera del sí mismo. (Allouch citado por Sierra y Manzo, 2012, p. 35).

Caso # 1

Corina es una mujer de 57 años, que se encontraba ingresada en el área de hospitalización, a causa de quemaduras de tercer grado en su mano izquierda que le ocasionan la pérdida de sus dedos meñique y anular, motivo por el que es derivada por su médico tratante, ya que se observa en la paciente inhibición, evitación de la comunicación verbal, llantos, gritos, rabia, ira.

El médico tratante, quien es el encargado del área, genera una interconsulta para que la paciente reciba atención psicológica debido a la pérdida de sus dedos, pues al verse incompleta entra en angustia y reacciona con un llanto persistente, falta de apetito, insomnio como manifestaciones del dolor que sentía, frente a la ruptura de su imagen corporal. Corina además del fuerte dolor que experimentaba, sufría porque ya no va a ser la misma,

Se considera que la paciente está frente a una situación de urgencia subjetiva por lo que el trabajo clínico apunta sobre la restauración de la cadena significativa, brindando recursos que puedan reconstruir sus ideales y así la sujeto logre poner en palabras la situación por la que se está atravesando, como lo es la amputación de sus dedos.

Cuanto más consistente es el Otro, el sujeto queda en posición de objeto. Se debe reestablecer la función del Otro del deseo, generando escucha, dando un lugar al sujeto. El paciente, en momento de urgencia esta desalojado, por eso es que se tiende a hospedar al sujeto en una intervención que nada tiene que ver con la medicación, sino que darle la posibilidad al sujeto de crear su lugar, su espacio. (Sotelo citado por Bermeo & Peralta, 2014, p. 79)

El llanto se manifiesta como respuesta al vacío que presenta ella, al no tener ya una mano completa, donde esos órganos tenían funciones, le permitían suplir sus acciones. El vacío la enfrenta a preguntarse nuevamente a cómo organizarse con su vida, en sus quehaceres domésticos; ha dejado de tener un cuerpo unificado, aquel cuerpo con el que se había identificado a lo largo de su vida, el que ya tenía una historia y significantes asignados. La amputación abre ahora nuevas marcas y huellas que deberá representar, siendo el espacio de trabajo clínico el lugar que le permita encontrar nuevos significantes que la representen.

En la primera sesión, al ingresar al área de quemaduras la paciente recibe a la psicóloga con una sonrisa. La consulta se inicia indagando un poco sobre su historia familiar y menciona que vive con su esposo y su hijo menor; tiene una hija mayor, adulta, que está casada y ya le ha dado dos nietas a las que quiere mucho; tiene una buena relación con su familia. Habla sobre su relación de pareja y comenta que es muy buena a pesar de los problemas que han surgido

a lo largo de los años, ya que su matrimonio ha tenido altos y bajos por ciertas circunstancias económicas, sin embargo, han logrado salir adelante.

Cuando menciona el tema de su amputación a causa de quemaduras, la paciente se muestra angustiada, llora desconsoladamente y empieza a relatar como sucedió el accidente que tuvo. Manifiesta que siente que no podrá "hacer nada" por la amputación en los dedos anular y meñique, a causa de quemaduras de tercer grado que sufrió en su mano izquierda, accidente que ocurrió tras una crisis epiléptica mientras estaba en la cocina haciendo una colada para su familia que llegaba al hogar, antes de salir a un viaje que Corina junto a su familia tenían planificado.

La paciente, menciona que ella nunca se imaginó que le iban a amputar sus dedos por ese accidente. Antes de la intervención quirúrgica, la paciente se mostraba tranquila, la queja que manifestaba era por el dolor propio de las quemaduras, con este detalle que la paciente señala se logra identificar la fase de evitación, debido a que pensó que todo iba a mejorar y que no podía creer lo que le había sucedido, porque ella no recordaba nada sobre el accidente: "No sé si me caí, metí las manos, se me cayó encima la colada, no me explico cómo paso"; la paciente muestra muchas dudas sobre su recuperación pues por un lado-pensaba que todo iba a mejorar y por otro tenía incertidumbre sobre lo que sucedería con su vida.

Durante las entrevistas que se iban realizando día a día, en un momento se logra ubicar la segunda etapa del duelo que es la fase de confrontación, donde la paciente tiene sentimientos de culpa, piensa que pudo haber cambiado la situación de perder sus dedos: "Fue mi culpa, no debí acercarme a la cocina, ya teníamos todo planeado" "si hubiera escuchado a mi esposo no me habría pasado eso". Al salir del estado de conmoción donde se encuentra con una mano que ya no tiene sus dedos completos se manifiesta el llanto y los gritos.

Este momento se da cuando le hacen su primera curación y ella observa como quedó su mano luego de la operación.

Corina señala, que cuando los médicos le den el alta, pasará a ser cuidada por su hija; ella le ha propuesto, ser quien la atiende, para brindarle los cuidados necesarios para su pronta recuperación, siendo éste punto un nuevo elemento de angustia, puesto que le remarca una imposibilidad de volver a ser la misma. En este punto los significantes se modifican en la familia, puesto que la paciente aportaba con los cuidados de sus nietas, ahora ella será quien necesitará de cuidados; Corina menciona que no quiere comprometer a su hija: "No quiero ser una carga para ella", "Me siento culpable porque mi hija perderá su trabajo por cuidarme".

Se observa en las sesiones que Corina se encuentra desesperada, preocupada por su futuro, además duda mucho de su recuperación, del poder hacer sus quehaceres en el hogar como cocinar, lavar, arreglar la casa, atender a su familia, entre otras actividades cotidianas que acostumbraba a hacer.

Luego de varias entrevistas realizadas a la paciente, ésta se encuentra un poco más estable en cuanto a sus emociones, ya que sus lesiones por quemaduras han ido mejorando, y la intervención psicológica le ha ayudado a restablecerse; las entrevistas hicieron que se recupere poco a poco y pueda aceptar la propuesta de los cuidados a cargo de su hija, para su recuperación.

En todas las entrevistas menciona que piensa mucho en lo que hará luego de su recuperación ya que "no podrá ser la misma de antes, tampoco podrá hacer nada" por la pérdida de sus dedos. Ante este relato se genera una interrogante

sobre ¿Qué podrá ser, si ya no será la misma de antes?, se trabaja el pasar de no poder hacer nada a la posibilidad de generar nuevas habilidades, se detalla lo que podría hacer con los dedos que tenía que eran los principales de su mano para poder escribir, coger objetos, levantar objetos pesados.

En varias sesiones se trabaja en cuanto a su recuperación, en lo que podrá realizar sin sus dos dedos, para que ya no existan limitaciones y empiece a ver sus manos como útiles y así logre trazar nuevas experiencias, metas, objetivos, realice y comparta actividades junto a su familia. Para que ya no piense en reemplazar lo que ya no podía tener sino más bien que piense en algo real, como son objetivos propuestos por ella misma.

La fase de restablecimiento no se pudo trabajar completamente durante su estancia en el hospital, tomando en cuenta que en una institución hospitalaria requieren del personal respuestas rápidas y eficaces por la cantidad de pacientes que hay en un establecimiento público. Corina al momento que le dieron el alta, aún tenía ciertas dudas sobre lo que podía volver a hacer, recuerdos y pensamientos de cómo evitar el accidente, a pesar de que sí podía nombrar los miembros físicos que había perdido, como una forma de resignación.

El proceso terapéutico de Corina fue el trabajo de duelo, donde el mecanismo de negación, fue lo primero que se hizo presente, y poco a poco fue cediendo, dando lugar a diversas emociones como enojo, ansiedad; posteriormente pasó del insomnio que se le presentó al inicio, a un sueño permanente, para luego dar paso a la regulación del sueño – vigilia.

Por medio de las sesiones psicoterapéuticas se procesó el trabajo de duelo cuyo objetivo fue que la señora aceptara su pérdida física, para que logre

readaptarse a la nueva realidad ante el miembro que había sido mutilado como lo fueron sus dedos, ya que el proceso de duelo interno consiste en aceptar la realidad de la pérdida y reconstruir su vida.

En la sexta sesión la paciente se encuentra un poco reestablecida emocionalmente, luego de varios injertos y curaciones que realizaron en su mano, la paciente ya no lloraba al ver su mano incompleta y con marcas, sin embargo, el recuerdo aún estaba latente. Finalmente, la paciente ya podía poner en palabras sobre como ocurrió el accidente que le provocó la amputación de sus dedos, aceptó la ayuda de su hija hasta que su situación médica se estabilizara un poco y ella vuelva a incorporarse en sus quehaceres domésticos y pueda preparar sus dulces de guayaba y guineo que acostumbraba a vender.

Caso # 2

Nelson, es un sujeto de 65 años con diagnóstico de Diabetes, ingresado en el área de hospitalización porque a través de una serie de exámenes se determina que su pierna se encuentra gangrenada, motivo por el que es derivado por su médico tratante ya que debía ser intervenido quirúrgicamente para amputarle la pierna derecha, procedimiento al que el paciente se oponía. Es importante señalar como antecedente que hace cinco años aproximadamente le fue amputada la pierna izquierda y hace un año y medio el primer dedo del pie (dedo grueso) derecho, y la pierna derecha que fue amputada recientemente.

Al visitar a Nelson en su habitación, éste se encuentra muy enojado, se resiste totalmente a que lo intervengan otra vez quirúrgicamente. El paciente en un primer momento se queja porque sus hijos siempre deciden por él; además,

señala que los médicos no le explican los procedimientos que le van a realizar. Lo verbalizado por el paciente permite la intervención del psicólogo para establecer un pedido al médico de que se le explique al paciente, con menos tecnicismos, los procedimientos que le realizarán, y las consecuencias que tendría una negativa a la cirugía, para lograr una concientización de su enfermedad; sin embargo a pesar de la mediación del psicólogo, el paciente persiste en su negativa, por lo que los médicos deciden solicitar la autorización de los hijos para realizar la intervención quirúrgica, debido a que de acuerdo con las políticas institucionales, se debe firmar una hoja de consentimiento, en la que se informa sobre el delicado procedimiento a efectuarse, para poder proceder a realizar la amputación. Como en este caso se trata de un adulto mayor que se niega a ser intervenido quirúrgicamente a que se le practique una nueva amputación, los médicos piden a sus familiares que firmen la autorización, para poder llevar a cabo su labor, anulando la opinión del paciente al no considerar su decir frente a la operación que se consideraba emergente.

Aquí se puede evidenciar la primera etapa de la elaboración de duelo, que es la fase de evitación, donde Nelson manifiesta llantos, protestas, negación a la pérdida, acciones que están dirigidas al objeto perdido. En este caso, Nelson no quiere ceder a la operación de otra pierna porque eso le significa que ya no va a encontrar apoyo en una muleta, objeto con el que había logrado mantener su autonomía, pues con una sola pierna aún se lo sostenía en su lugar frente al otro. El tener que someterse a una nueva amputación le implica ahora sí depender, no solo de un objeto sino de un otro; al no tener ninguna de las dos extremidades inferiores, el otro sería quien tiene el poder de decidir y no él.

En una de las entrevistas se puede indagar sobre su historia familiar y ubicar que Nelson es un hombre que vive solo por voluntad propia y es independiente. Hace 7 años se divorció de su esposa por situaciones familiares ya que el

paciente siempre ha sido una persona con un carácter fuerte, tiene 5 hijos y 7 nietos. No se lleva bien con ninguno de sus hijos y "prefiere vivir solo a que sus hijos se hagan cargo de él", es decir que el paciente no desea ser considerado una carga con la pérdida de sus dos piernas. Su hijo Carlos, quien es el más cercano, manifiesta que su padre siempre tuvo un carácter complicado y por ello ninguno de sus hijos se atrevieron a impedir que viva solo, "nadie lo aguanta".

El paciente considera que es ahora pasará a ser una carga para sus hijos porque no cuenta con ninguna de sus dos extremidades inferiores. En todo este tiempo ha preferido no aceptar ningún tipo de ayuda, para que después no se lo saquen en cara.

Luego de una discusión con uno de sus hijos por firmar el consentimiento para realizar la amputación sin su autorización, el paciente sufre un infarto cerebral, situación que no les permite a los médicos en un primer momento, dar un buen pronóstico, considerándose necesario el traslado a la sala de cuidados intensivos para que reciba un mejor tratamiento.

Con estos elementos, se puede identificar la segunda fase del duelo que es la de confrontación, donde se presentan las emociones más intensas del sujeto y trata de recuperar de alguna forma lo perdido, por ejemplo: luego de la intervención quirúrgica que le realizaron a Nelson sin su autorización, cuando despierta de los efectos de la anestesia, se encuentra con un cuerpo mutilado al no sentir su pierna; el paciente se enfrenta a una pérdida irreparable que llega a darle a su vida un cambio radical. Todo este vacío que siente y que no lo puede poner en palabras se manifiesta a través del llanto, rabietas, coraje, gritos. Esto

provoca que, a Nelson por su avanzada edad, le dé un infarto cerebral. Su cuerpo sufrió un colapso frente al vacío, no quedó ya pierna que lo sostenga.

El dolor es un afecto de límite, la amputación también lo es y el dolor por la amputación se convierte en un limitante para el paciente, porque lo paraliza, evita que él continúe con su vida de acuerdo a las metas, deseos y necesidades que tenía previo al accidente o la enfermedad. (Vázquez, 2013, p. 36)

Se puede identificar la fase de restablecimiento en la quinta entrevista, al observar al paciente con un mejor semblante, y con un mejor pronóstico del médico tratante, quien manifiesta que ya no era necesario que el paciente ingrese a Unidad de Cuidados Intensivos, pues su evolución era satisfactoria. Al intervenir de nuevo con el paciente, cuando se le pregunta sobre cómo se siente luego de su inesperada recuperación, éste menciona una frase por repetidas ocasiones: " Luchando por la vida".

Se intenta hacer hincapié sobre la frase dicha para que el paciente pueda elaborar algo más en su discurso; pero por sus problemas cognitivos, secuela del infarto cerebral, no-pudo ser posible. El infarto cerebral afectó en el área del lenguaje, originando dificultades en la elaboración de frases largas o para entablar una conversación.

A petición del médico tratante se trabaja con la aplicación de ejercicios de estimulación cognitiva, donde se puede observar que el paciente pone todo de su parte para su recuperación, los cuales dan un resultado positivo. Finalmente, el paciente acepta la ayuda de sus hijos, es decir que cuando le concedieron el alta, Nelson dio su consentimiento para ir a la casa de su hijo mayor y permitir

ser cuidado y atendido por otros, otros con los que aún mantenía un lazo de amor, su familia.

Caso # 3

Narciso, es un sujeto de 52 años de edad, con diagnóstico médico de diabetes mellitus, con partes necróticas en extremidades inferiores e injertos de piel en las mismas. Se recibe la interconsulta cuando el paciente llevaba dos meses hospitalizado. La interconsulta fue dirigida al área de psicología porque no desea colaborar con la terapeuta física, y presentar negativismo a la hora de realizar las terapias de rehabilitación.

De su historia, Narciso señala que es el tercero de siete hermanos; en su infancia vivió con todos sus hermanos, con su papá y su mamá. Describe esta etapa de su vida, manifestando que “fue bellissimo vivir con ellos, **nunca me faltó nada**” refiriéndose al amor y a la alimentación recibida dentro de su familia. Resalta de su infancia la unión que mantuvieron siempre sus padres; añade a su relato “cuando murió mi mamá, mi papá nunca estuvo con nadie, hasta que murió”. Narciso describe a su familia como única, que a pesar de no tener grandes recursos económicos, eran felices y se amaban, menciona que quisiera tener a alguien con quien formar una familia para toda la vida.

Narciso comenta que hace 5 años murió uno de sus hermanos más queridos y que hasta ahora llora por su partida, era su hermano más cercano. Describe a su hermano como el que le enseñó el oficio, refiriéndose al negocio a la venta de carne.

Narciso, a los veintisiete años tiene su primer compromiso con una joven de quince años, relación de la cual tuvo una hija. Menciona que no le importó que sea menor a él, no tenía gran importancia en su vida, convivió muy poco tiempo en casa de ella; un día descubrió que ella lo engañaba cuando al llegar a la casa y vio a un señor sin camiseta; frente a esta situación solo preguntó ¿Por qué está el señor sin camiseta?, como su pareja no respondió cogió sus cosas y se fue. Nunca más volvió a esa casa ni a verla a ella.

El paciente menciona después en las entrevistas, que a los treinta y dos años tuvo una pareja de veintidós años. La describe mencionando “Ella si fue mi esposa, nos casamos, tuve cuatro hijos con ella” idealizándola como “la esposa perfecta”. Su esposa viajó a España para mejorar su situación económica y quiso llevarlo a vivir con ella, pero a él no le pareció la idea ya que tenía su propio negocio en el país. Refiere que su esposa -así la menciona aún formó una nueva relación en el país donde se quedó viviendo; él comenta que la llamó por varias ocasiones y que ella no le contestaba el teléfono, hasta que tiempo después se enteró que su esposa tenía una nueva pareja. Al tiempo, Narciso tuvo otra pareja aquí en el país.

Su pareja actual, la conoció en un casino a las dos de la mañana. Comenta Narciso que no está con ella por cariño, por amor, sino que está con ella solo por agradecimiento; ya que según menciona, es la única que lo cuida, aunque suele burlarse de él diciéndole viejo inservible, inútil, que nadie le quiere y que se quedará solo. Añade además que le ha dicho en varias ocasiones que se vaya y no sabe por qué continúa ahí con él; Narciso prefiere quedarse sólo y no recibir insultos por parte de ella.

Narciso es un paciente diabético no controlado, ingresa al hospital con sus extremidades inferiores necróticas, por ello el tratamiento médico consistió primeramente en realizar raspaduras en la piel necrótica para posteriormente realizar injertos. En las primeras entrevistas que se le realizaron al paciente ya había recibido dos injertos.

El paciente constantemente mencionaba en su discurso, como era su vida antes de estar hospitalizado, comentaba que siempre le gustó trabajar, tener su propio dinero, ser independiente. Señala que cada vez que le realizaban los injertos no quería moverse ni hacer la terapia porque sentía que lo presionaban; acota el paciente, que no sabe qué va a hacer cuando salga del hospital, porque no se sentía útil y solo se veía como un estorbo y una carga, que no podría trabajar en nada, preguntándose ¿Quién contrataría a alguien así?

Al realizar la evaluación del caso y en el intento de responder a la pregunta del paciente, retomamos que al presentarse el cambio de imagen corporal, existen diversos efectos tanto a nivel psicológico, laboral, social; los cuales implican una pérdida en todos estos aspectos, tan dolorosos como la pérdida de piel, cuando le realizaban las raspaduras en la parte necrótica o cuando le extraían la piel para realizarle los injertos. De alguna manera se repite el significativo, “nunca me faltó nada” ha “ me falta independencia, no puedo trabajar”, pero de manera invertida.

Atravesar por una pérdida corporal, implica un cambio en la imagen, un cambio en lo que él ve y en lo que se deja ver de él; el cambio no solo ocurre en el paciente sino también en el entorno donde él se desenvuelve. El cambio involucra también, aunque sea momentáneamente, una discapacidad, un

necesitar de otro que lo ayude en la rehabilitación, en la recuperación de la movilización y la reintegración a sus actividades diarias.

Por medio de las últimas entrevistas el paciente dio a conocer que había decidido separarse de su pareja por la serie de insultos que le realizaba. Se observó un cambio de la posición en la que se encontraba el paciente al inicio al “no expresar su disconformidad a la pareja” a “decirle lo que le tengo que decir”, estaba ya haciendo algo frente al malestar que sentía cuando su pareja lo trataba despectivamente.

El discurso del paciente denota que existe una ilación en las expresión de sus ideas, su discurso presenta conexión entre sus relatos; por medio de su discurso se puede reconocer que está en una permanente queja, en la espera de que el Otro le proporcione una respuesta, busca ser respaldado en el que hacer frente a diversas situaciones que se le presentan.

Por medio de su discurso se puede conocer que Narciso ha atravesado por diversas pérdidas significativas para él, su hermano, su esposa y con la pérdida que se trabaja en esta investigación que es la perdida de piel en sus extremidades inferiores debido a que le realizaron raspaduras y la pérdida de piel de las partes del cuerpo donde tomaron para hacer los injertos; pero es a partir de esta última pérdida, que implica también la pérdida de independencia, donde se plantea pérdida corporal, cambio en la imagen que ve de sí mismo y que ven los demás, la urgencia subjetiva que encierra el no saber cómo responder a la perdida de dependencia.

En el texto "El duelo más allá del dolor" (2002 p.3) citado en el capítulo dos de esta investigación, se mencionan tres fases desde una perspectiva psicológica y fenomenológica, estas fases son parte del proceso de duelo:

La primera fase del duelo llamada de evitación, que es cuando una persona manifiesta negación a la pérdida. Podemos identificar cuando Narciso se niega a colaborar en la terapia física que le permite rehabilitarse, fortaleciendo los músculos de las extremidades inferiores y conservar movilidad en el resto de su cuerpo.

Retomando lo explicado como un segundo tiempo de las fases de duelo se encuentra la confrontación, se intenta recuperar aquello perdido, por eso la rabia y la culpa pueden ser desbordantes, Narciso atraviesa esta fase en cuanto a la angustia que presenta cuando se encuentra frente a esa falta, de una parte de su cuerpo, es a partir del cambio de su imagen corporal y de su imposibilidad momentánea que Narciso se ve como una carga y un ser inútil, decide estar con su pareja actual solo por agradecimiento.

Conservando el silencio, lamentándose no poder salir de su estado actual, negándose a colaborar con las terapias que le ayudan a conservar la movilidad de sus extremidades afectadas y el resto de su cuerpo, el paciente siente que por parte del personal médico, de enfermería y su pareja, que no se lo valora, mencionando que tiene miedo que el esfuerzo físico afecte a sus injertos.

La tercera fase se la denomina como etapa de restablecimiento en donde el sujeto vuelve a reconectarse con su vida diaria, a realizar sus labores cotidianas, desaparecen los sentimientos de tristeza; en ésta etapa se da un

proceso natural por la que tiene que pasar cada persona y así poder aceptar, superar la pérdida de objeto y renunciar toda esperanza de recuperar el miembro perdido. (Pelegri y Romeu, 2011, p. 2).

El trabajo que se realizó con Narciso f a partir de las intervenciones realizadas fue reconstruir a partir de los significantes que le habían otorgado, al nombrarlo y nombrarse como inútil, viejo, discapacitado, inservible; generar nuevos recursos simbólicos. Frente al futuro, puede expresar que planea realizará un préstamo al banco o a sus hermanos para volver a poner su negocio de carne, que después de que salga del hospital se irá a vivir donde uno de sus hermanos hasta que pueda caminar por sí sólo.

Caso # 4

José, es un sujeto de 56 años que fue ingresado a la institución hospitalaria porque la sutura que le hicieron cuando le amputaron su pierna hasta la rodilla, estaba abriéndose. El paciente presenta diabetes mellitus no controlada, vive actualmente solo; ha tenido cinco compromisos, dos hijos en el primer compromiso, ninguno en el segundo, un hijo en el tercer compromiso donde la madre del niño falleció, en el cuarto compromiso una hija y en su último compromiso un hijo, con el que mantiene un vínculo afectivo más cercano.

El paciente comenta en sus entrevistas que fue muy difícil y duro al principio asimilar que le corten parte de su pierna, comenta que él no se dio cuenta como avanzó tan rápido la gangrena, solo vio una mancha en la planta del pie y la gangrena avanzó muy rápido, atacó parte de la pierna; al principio creía que no era algo grave y que se curaría fácilmente. “Todo pasó muy rápido”.

José menciona que sabía que tendría esa enfermedad porque varios miembros de su familia la tienen, reconoce que no se cuidó como debía, ni antes de tener la enfermedad ni después de contraerla; le preocupa no haber visto a su hijo menor, le da miedo como el reaccione al verle amputado, las palabras del paciente fueron “sin una parte de mí”.

José es taxista y ha creado sus propios medios para poder continuar trabajando, habla de un experimento de él, donde ha conseguido que un tubo calce de tal manera que puede reemplazar su pierna, este tubo lo utiliza para aplastar al embrague y continuar trabajando, Comenta con una sonrisa “No me iba a quedar sin hacer nada, postrado en una cama”.

Su discurso da cuenta de una estructura neurótica en la coherencia de sus decires, el paciente menciona que la preocupación principal que tiene es que a su hijo le han diagnosticado diabetes a su corta edad; José se siente culpable de que su hijo de ocho años tenga esta enfermedad y le aterroriza saber que puede pasar por lo que él está pasando. Siente que tiene la culpa porque él no se alimenta adecuadamente y es lo que le ha enseñado a su hijo, ambos tienen sobre peso y “va a heredar de mí la enfermedad” menciona José.

En este caso podemos ver como José desde su particularidad una amputación le resulta no tan catastrófica ya que encuentra un recurso de como sustituir esa falta física. Lo que angustia de José es no saber qué hacer para que su hijo no pase por lo mismo, porque describe a su hijo igual a él y que siempre ha seguido su ejemplo; aquí es donde se le realiza un señalamiento ¿usted es el ejemplo de su hijo? A lo que responde sí, **un mal ejemplo** para mi hijo recalca.

A José, se le propone a partir de sus dichos cambiar el ser un mal ejemplo con el ser un mejor ejemplo, ligado al significante ser un mejor ejemplo se le plantea utilizar su amputación como un recurso que le permita que su hijo vea las consecuencias que pueden presentarse si continua una mala alimentación como lo ha hecho su padre y él también.

José ha podido generar a partir de sí mismo nuevas formas y recursos que le permiten involucrarse en su propio negocio y no ver a su discapacidad como un impedimento, sino como el mismo mencionó en su discurso, una búsqueda de un qué hacer con esa falta. Se trabajó con José el significante "herencia", se le pregunta al paciente ¿Qué le da a su hijo? ¿Una enfermedad o saber sobreponerse a las adversidades? A lo que el paciente reconoce que puede darle algo más que una enfermedad.

Para José esta pérdida física no representa un obstáculo para continuar con su trabajo, ha podido reemplazar esta ausencia con un objeto físico externo a él pero que lo hace suyo, y le permite involucrarse en el ámbito laboral, José tiene temor presentarse frente a su hijo de ocho años y que vea su nueva imagen, debido a que es dado de alta el paciente, no se puede continuar con el trabajo terapéutico, sin embargo se logra trabajar con el significante ser un mal ejemplo y el paciente logra movilizarse a ser un mejor ejemplo para su hijo, cuando lo vea y hable con él, que será según José apenas salga del hospital para que lo vea.

CONCLUSIONES

La construcción del cuerpo es un momento secundario. Ningún sujeto nace con un cuerpo; por ello es fundamental establecer una diferencia entre cuerpo y organismo, el cuerpo es el resultado del ingreso al lenguaje por medio de los significantes que el Otro le proporciona al infans, dentro de estos significantes otorgados se resalta un significante primordial que va a representar a este sujeto; y el organismo es aquello que está antes de encontrarse con el lenguaje, donde las partes del infans aparecen como desarticuladas, separadas y el niño no tiene una imagen propia.

El armado de la imagen especular se da por medio del Estadio del Espejo, instancia psíquica en donde se da una especie de alienación imaginaria con el Otro, quien le proporcionará el modelo de una imagen completa. El infans al nacer es un organismo, un montón de piezas sueltas sin unificación; pero el niño al reconocerse en esa imagen proyectada por el Otro, la hace suya y se siente jubiloso de ver una figura completa.

Existen dos mecanismos primordiales en la construcción del cuerpo. La alienación, momento que representa la dualidad existente entre la madre y el hijo, donde la madre en cuanto función simboliza el gran Otro que permitirá a este infans ingresar el lenguaje, dándole sentido a ese llanto que en un principio no significaba nada, y que luego pasa a ser un llamado, una demanda.

En un segundo momento se da el mecanismo de separación como formador del Yo, donde interviene un tercer elemento regulador, el significante NP, que recaerá sobre el deseo de la madre, estableciendo un límite de no todo le es posible tanto al niño como a la madre, causando una pérdida de goce y la caída del objeto a para la construcción del deseo en este nuevo sujeto.

En la “Clínica de urgencias”, una amputación genera una serie de consecuencias a nivel biológico, psicológico y social; a nivel orgánico como secuela de la amputación, sea por un accidente o por enfermedades crónicas como la diabetes queda la pérdida de funciones, a nivel psicológico, la irrupción de esa imagen completa que provoca la pérdida y la aceptación de esta nueva figura corporal. A nivel social encontramos la segregación por parte del Otro llamado sociedad, a partir de paradigmas erróneos, estereotipos, que marcan al sujeto que ha perdido un miembro de su cuerpo, una condición de discapacidad.

Una pérdida corporal produce efectos significativos de menor a mayor grado a nivel psíquico, según el caso, por el cambio súbito que se suscita en la imagen que figuraba como completa a partir del Estadio del Espejo, la pérdida de significantes que marcan el cuerpo a través de la historia particular de cada sujeto y que le permiten posicionarse de una u otra forma frente al otro; dejando al sujeto sin palabras frente a la angustia, sintiéndose totalmente diferente frente a los demás y con incertidumbre frente al futuro que le deviene.

El psicólogo clínico interviene por medio de la escucha y de la asociación libre frente a la negación a esta pérdida suscitada en el cuerpo, que simboliza la falta; trabaja el psicólogo con el sentimiento de culpa que encarna la ausencia de esa imagen completa puede recaer en su relación con los otros aislándose a sí mismo, o también podría generarse una posición de victimización, que sus familiares realicen todo lo que ellos pidan, la función del psicólogo clínico no es suprimir el sentimiento de culpa, es permitir al sujeto escuchar sus decires y reelaborar los significantes que lo atraviesan; el psicólogo clínico será quien pueda direccionar al sujeto para que se produzca la aceptación de esta pérdida es la apertura que tendría el sujeto para un saber hacer con su nueva imagen.

Los pacientes amputados de una institución hospitalaria pública se ven sometidos a una serie de procedimientos que pueden llegar a desestabilizarlos

emocionalmente, siendo necesaria la intervención Psicológica para atender las urgencias médicas como lo son las intervenciones quirúrgicas, y más aún las urgencias subjetivas, que pueden ser expresadas de diferentes formas como: llanto, gritos, momentos de silencio; reacciones con las que se pone en acto un no poder decir nada frente a ese evento traumático.

La pérdida de un miembro físico es una realidad irreparable. Ante esta situación, es necesario el trabajo de duelo, pues permitirá una restauración afectiva, una reorganización del Yo, y un replanteamiento de la vida a partir del desarrollo de recursos psíquicos que posibiliten sobrellevar la sensación de vacío, y emprender un nuevo camino con lo que se tiene.

Bibliografía

- Castellanos, S. (08 de Diciembre de 2008). *psicoanalysisymedicina*. Obtenido de <http://psicoanalysisymedicina.blogspot.com/2008/12/apuntes-para-una-clnica-del-cuerpo.html>
- Conadis, citado por Semplades. (2013). Obtenido de <https://nrsuwq-bn1306.files.1drv.com/y3mK9NldX9FKG7SbNFR8v8ONYWzEuLbjmTWCrfibp9OIGG0szOkmsZnmLpRBpxqkkL2KbiAfXuN59KjjQi4jgzz3tB9I4AuwSrAJsARla8WARJdVqvLwJMMzK6ZyQmuHGgTz7Brf8h7E7ncdrUiUtRMgeG2tvZ7iWsnkgLHpnMh80/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017>.
- Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades*. (s.f.). Obtenido de <http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/valores-mision-vision/>
- Córdova, E. (2012). *nelbogota*. Obtenido de <http://nelbogota.blogspot.com/2012/09/dialectica-del-deseo-y-demanda-en-lacan.html>
- Damiano. (2013). *“La eficacia real de imagen sobre el cuerpo”*. La Plata: Cita.
- Damiano. (2013). *El Modelo Óptico: Hacerse un cuerpo imaginario*. Cita.
- Domb, B. (1996). *efba.org*. Obtenido de <http://www.efba.org/efbaonline/domb-14.htm>
- Egea, Sarabia. (2011). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad*. Obtenido de http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf
- Eidelsztein. (2009). *Los conceptos de alienación y separación de Jacques Lacan*. Obtenido de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/viewFile/12223/12854>
- Goya, A. (2001). *“El cuerpo en la psicosis”*. Saor.
- Guerrero, Herrera, Herrera, & Manri. (2000). Compilado de libros. En *tesis de grado* (pág. 10). Guayaquil.
- Guerrero, M. Herrera, Ma. Herrera, Manri, J. (2000). *La Psicoterapia com Orientación Analítica en Instituciones Hospitalarias*. Guayaquil.

- Jaramillo, D. (2011). <http://repositorio.ucsg.edu.ec/>. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/159/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPC-7.pdf>
- Köhler, citado por Duero. (2013). *“La Gestalt como teoría de la percepción y como epistemología”*. Obtenido de [http://psicologiamonserrat.zonalibre.org/Monserrat%20\(Gestalt\).pdf](http://psicologiamonserrat.zonalibre.org/Monserrat%20(Gestalt).pdf)
- Lacan, citado por Damiano. (2013). *“La eficacia real de imagen sobre el cuerpo”*. La Plata: Cita.
- Lilo. (2000). *Duelo y pérdida corporal*. Obtenido de http://www.revistahospitalarias.org/info_2001/01_163_04.htm
- M.E, R. (2003). Del grito a la demanda. En *Psicoanálisis con niños y dificultades en el Aprendizaje*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Martínez, citado por Tarrío. (2008). *La subjetividad, como expresión del lenguaje, se centra en el carácter intersubjetivo de la comunicación, donde los elementos del discurso participan como huellas de la subjetividad del hablante y se manifiesta como producto cultural que acompaña al sujeto*. Obtenido de <http://borromeo.kennedy.edu.ar/Articulos/LaviolenciadesuinterpTarrío.pdf>
- Miler , citado por Gutman. (2002). *EOL*. Obtenido de http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=el_cartel&SubSec=cuaderno&File=cuaderno/016/gutman.html
- Miller, citado por Tendlarz. (2009). *Metáfora Pterna*. Grama.
- Morales, Heli. (2015). Seminario Presencial. *Sexualidades de las mujeres: síntomas, historias y enigmas*. Guayaquil, Guayas, Ecuador: UCSG.
- Nassio, J. (2008). El concepto de imagen inconsciente del Cuerpo, de Dolto. En *Mi cuerpo y sus imágenes* (pág. 20). Buenos aires : Paidós.
- Nostas, C., & Lora, M. (2002). *El estatuto del cuerpo en psicoanálisis*. Obtenido de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v1n1/v1n1a09.pdf>
- Sanz, C. (03 de julio de 2013). los tres ordenes: Real, Simbolico, Imaginario .
- Seldes. (2005). *La urgencia subjetiva*. JCE.
- Semplades. (2013).

- Semplades. (2013 - 2017). *Buen Vivir Plan Nacional*. Obtenido de <https://nrsuwq-bn1306.files.1drv.com/y3mK9NldX9FKG7SbNFR8v8ONYWzEuLbjmTWCrfibp9OIGG0szOkmsZnmLpRBpxqkkL2KbiAfXuN59KjjQi4jgzz3tB9I4AuwSrAJsARla8WARJdVqvLwJMMzk6ZyQmuHGgTz7Brtf8h7E7ncdrUiUtRMgeG2tvZ7iWsnkgLHpnMh80/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017>.
- Tendlarz. (2009). *Alienación y separación la experiencia enigmática*. Grama.
- Tendlarz. (2009). *La Metáfora Paterna*. Grama.
- Tendlarz, S. (2009). *silviaelenatendlarz*. Obtenido de <http://www.silviaelenatendlarz.com/index.php?file=Articulos/Otras-tematicas/Salvar-al-padre-html>
- Vargas citado por Baz. (2010).
- Vásquez, J. R. (2008). *scribd*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/4099659/EL-CUERPO-HUMANO#scribd>
- Villa. (2014). *e-Portafolio*. Obtenido de http://www.villaneuropsicologia.com/uploads/1/4/4/5/14457670/wq-2_eq6.pdf
- Viscasillas. (2001). *“Comentario acerca del Estadio del Espejo y Modelo Óptico”*. Saor.
- Viscasillas. (2001). *Comentario Acerca del Estadio del Espejo y del Modelo Óptico*. Saor.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, Maji Anguieta Erica Cristina, con C.C: # 0930981394; Vera Balseca María Fernanda, con C.C: # 0950545533, autoras del trabajo de titulación modalidad Proyecto de Investigación: Algunas consecuencias subjetivas en la imagen corporal desde el psicoanálisis lacaniano, en pacientes con amputaciones Internados en una Institución de Salud Pública previo a la obtención del título de **Licenciadas 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, modalidad Proyecto de Investigación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, Febrero del 2016

f. _____

Nombre: Maji Anguieta Erica Cristina

C.C: 0930981394

f. _____

Nombre: Vera Balseca Maria Fernanda

C.C:0950545533



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Algunas consecuencias subjetivas en la imagen corporal desde el Psicoanálisis lacaniano, en pacientes con amputaciones Internados en una Institución de Salud Pública.		
AUTOR(ES)	Maji Anguieta Erica Cristina & Vera Balseca Maria Fernanda		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psc. Cl. Cárdenas Paulina		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Escuela de Psicología Clínica		
TITULO OBTENIDO:	Licenciadas en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:		No. DE PÁGINAS:	70
ÁREAS TEMÁTICAS:			
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Palabras claves: Amputación, cuerpo, discapacidad, duelo, urgencias, psicoanálisis.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras)	<p>La pérdida de un miembro del cuerpo nunca ha sido fácil de asimilar para las personas que atraviesan esta situación, debido a que es la pérdida de una parte de su propio cuerpo, un cuerpo formado y que tiene una historia y es mucho más complicado cuando la pérdida se da en condiciones abruptas.</p> <p>Es por esto que en el presente trabajo se pretendió analizar los efectos ya sean biológicos psicológicos o sociales que se presentan en una persona que ha sido amputada y que se encuentra hospitalizada. La imagen inconsciente tan distorsionada que se genera en el sujeto en relación con su cuerpo es uno de los principales motivos por los que se debe considerar la importancia de la atención psicológica en una institución hospitalaria pública. Se escogió la teoría psicoanalítica para la presente disertación y poder analizar los conceptos.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 0996158517/ 0959211934	E-mail: e_cris_29@hotmail.com / mafer_vb_296@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Gómez Aguayo, Rosa Irene		
	Teléfono: +593-4-2200511 (extensión 1419)		
	E-mail: rosa.gomez01@cu.ucsq.edu.ec		

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	

