

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA

FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



“La posición subjetiva frente a la amputación traumática en sujetos entre 20 y 40 años de edad que atravesaron por esta experiencia”

Alumno: Miraval Gimena Renée

Director: Licenciada en Psicología María Cecilia Mintzer Vera

Metodólogo: Licenciado en Psicología César Guillermo Montellano

AÑO 2022

Autoridades Académicas

Rector:

- Ing. Rodolfo Gallo Cornejo

Vicerrector Académico:

- Mg. Constanza Diedrich

Secretaria General:

- Mg. Lic. Silvia Álvarez

Decano de la Facultad de Artes y Ciencias:

- Lic. María Dolores Medina Bouquet

Secretaria Académica de la Facultad de Artes y Ciencias:

- Abog. Adriana Ibarguren

Jefa del Departamento de Psicología:

- Lic. Sonia Edith Guijarro Cárdenas

Dedicatoria

A mi abuelo Juan Carlos, quien es mi ángel y guía desde el cielo. Siempre estarás en mi corazón y en mis recuerdos.

A mi sobrino Felipe, quien me enseñó la pureza del amor.

Agradecimientos

A mi familia, por su amor y apoyo incondicional, por su perseverancia y paciencia durante estos años de carrera, por estar presentes a mi lado alentándome a no bajar los brazos, acompañándome cumplir mis sueños.

A mi novio, por su gran amor y apoyo durante este último trayecto de la carrera, por estar presente a mi lado acompañándome.

A mis amigas y compañeras por su principal colaboración durante este paso por la facultad.

A Cecilia, por ser mi directora e impulsora en esta aventura llamada psicoanálisis y a César por su principal colaboración en este trayecto.

A los docentes que conforman este tribunal, a quienes respeto y agradezco por sus recomendaciones.

Resumen

Este trabajo de investigación enmarcado desde un enfoque cualitativo y regido desde un encuadre psicoanalítico tuvo como objetivo conocer cuál es la posición subjetiva que asumen frente a la amputación traumática los sujetos de entre 20 y 40 años de edad que atravesaron por esta experiencia.

La investigación se valió de la lectura de 3 relatos de casos que fueron contruidos por profesionales del Programa Funcional de Salud Mental de un Hospital General de la provincia de Salta como material de análisis, donde dichos relatos fueron elaborados en un periodo que va desde el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2021.

Además también se usó como instrumentos de recolección guías observacionales y entrevistas semi estructuradas para la realización de dicha investigación.

Por último se puede inferir como resultado de dicha investigación que la posición subjetiva que asumen los sujetos frente a una amputación traumática está determinada por la propia subjetividad y los tiempos lógicos; los sujetos ante un mismo hecho contingente subjetivan de manera totalmente singular y particular, donde la historia, la cultura y la época influyen en su posición y localización subjetiva. Es decir, que no es el hecho lo que determina una posición en sí, sino que esta remite a la relación estructural con la falta.

De esta manera se es imposible generalizar los datos.

Palabras claves: amputación traumática, localización subjetiva, posición subjetiva.

Abstract

This research work framed from a qualitative approach and governed from a psychoanalytic framework aimed to know what is the subjective position assumed in the face of traumatic amputation by subjects between 20 and 40 years of age who went through this experience.

The research used the reading of 3 case reports that were constructed by professionals from the Functional Mental Health Program of a General Hospital in the province of Salta as analysis material, where these reports were prepared in a period that goes from 1 from January 2010 to December 31, 2021.

In addition, observational guides and semi-structured interviews were also used as collection instruments to carry out said research.

Finally, as a result of this research, it can be inferred that the subjective position assumed by the subjects in the face of a traumatic amputation is determined by their own subjectivity and logical times; the subjects before the same contingent fact subjectivate in a totally unique and particular way, where history, culture and time influence their position and subjective location. In other words, it is not the fact that determines a position in itself, but rather that it refers to the structural relationship with the lack.

This makes it impossible to generalize the data.

Keywords: traumatic amputation, subjective location, subjective position.

Índice

Introducción	9
Planteamiento del Problema.....	11
Pregunta de investigación.....	12
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
Justificación.....	12
Consecuencias de la investigación.....	14
Deficiencias del conocimiento.....	15
Marco Teórico.....	20
Capítulo I: Sujeto y Subjetivación.....	21
Sujeto para el psicoanálisis.....	21
Subjetivación.....	24
Capítulo II: Cuerpo y Amputación Traumática	27
Una referencia al Cuerpo.....	27
Amputación.....	29
Amputación traumática.....	29
Proceso de la amputación.....	30
Consecuencias de la amputación.....	31
Miembro fantasma.....	33
Capítulo III: Lo traumático para el Psicoanálisis	35
Trauma	35
Metodología.....	41
Nivel y tipo de investigación.....	42
Diseño de investigación.....	42
Definición de conceptos centrales.....	43
Posición subjetiva	43
Amputación traumática.....	43
Fuentes de información.....	44
Contexto y periodo.....	45
Técnicas de recolección de información.....	46
Procedimiento de recolección de información	46

Coreografía de análisis.....	47
Resultados de la investigación.....	49
Relato de caso S.....	50
Relato de caso M.....	57
Relato de caso F.....	63
Análisis de la información.....	69
Experiencias subjetivas en torno a la amputación traumática.....	70
La posición del sujeto frente a lo que dice de la amputación traumática vivida.....	79
La Identificación de las modificaciones en la posición subjetiva de los sujetos	87
El trabajo con los Otros.....	92
Relato de casos como instrumento de formación y práctica.....	94
Conclusiones.....	96
Referencias.....	101
Apéndice.....	109
Apéndice A: Nota de autorización	110
Apéndice B: Modelo Consentimiento informado	111
Apéndice C: Guía de observación documental.....	112
Apéndice D: Guía de entrevistas a profesionales psicólogos.....	114
Apéndice E: Entrevistas a profesionales psicólogos autores de los relatos de casos	116
Apéndice: Guías de observación documental (de relatos de casos).....	135
Apéndice G: Cuadro de análisis de categorías.....	145
Hoja de evaluación.....	163

Introducción

Miller (2008) en su texto “Introducción al método psicoanalítico” nos describe la importancia que tiene la localización subjetiva en un análisis, donde lo esencial es lo que el paciente nos dice, es poder lograr “cuestionar la posición que toma aquel que habla con relación a sus propios dichos” (p.39), es decir lo esencial es localizar el decir del sujeto, la posición que aquel que enuncia toma con relación a su enunciado.

La posición subjetiva también puede ser entendida por el valor del dicho que expresa ese sujeto, donde puede utilizar diferentes modalizaciones en relación a lo que dice, donde el tono de voz que usa para expresarse es también una modalización (Miller, 2008).

Todo aquello que le sucede al sujeto en su experiencia en el entorno, tanto interno como externo es sometido a ese proceso de subjetivación, es un sujeto al que le ocurren cosas o situaciones; así de esta manera el sujeto va subjetivar o no todas las contingencias que le ocurren en su vida, todo lo que le ha pasado. De esta forma si no accedemos a eso, ósea a esas situaciones, ni se logra poder evidenciar aquella posición subjetiva en lo que el paciente comunica con respecto a su problemática, el analizante dependerá únicamente de las concepciones de los factores externos que interfieren en su situación actual, y no en la influencia de sus propios actos en la contribución de su propio padecimiento

El encuentro con un analista puede estar signado por un hecho de importancia en la vida del sujeto, hecho que puede tener maso menos dimensiones trágicas para su vida, en donde se hará necesario que el paciente asuma la responsabilidad sobre su propio malestar.

Uno de los hechos más preponderante que pueden acudir a la consulta está relacionado con la amputación traumática, entendiendo por ella a la separación total o parcial de un segmento del miembro del resto del cuerpo producto de accidentes de tránsito, accidentes laborales en fábricas o en el ámbito agrícola, como así también aquellas producidas por ataques terroristas, guerras o desastres naturales, que tienen como resultado el corte, la avulsión o el aplastamiento de alguno de los miembros del cuerpo (Echavarren et.al., s.f.). Esta amputación genera cambios significativos en el sujeto que la atraviesa, viéndose principalmente alteradas las dimensiones de su cuerpo.

Ahora bien ¿una amputación traumática lo es para todo sujeto?, ¿en qué sentido lo es?

La noción de traumático al que se refiere este tipo de amputaciones es tomada desde el psicoanálisis de tal manera que un hecho no es traumático para todos por igual;

siendo definido por Freud en su conferencia 18 (2005a) lo traumático es entendido en un sentido económico, en el que ciertos sucesos aportan a la vida psíquica, en brevísimos instantes, un enorme incremento de energía, los cuales hacen imposible la supresión o asimilación por medios normales, provocando de este modo duraderas perturbaciones del aprovechamiento de la energía.

De esta manera nos preguntamos ¿Cuál es la posición subjetiva que asumen frente a la amputación traumática los sujetos de entre 20 y 40 años de edad que atravesaron por esta experiencia? esta pregunta compleja a su vez incluye a otras; ¿Cómo son las experiencias subjetivas de los pacientes en relación al hecho de la amputación traumática?, ¿Qué evaluación subjetiva hacen frente a la amputación? , ¿Pueden darse cambios en el contexto de entrevistas preliminares en esa posición subjetiva?

Así siendo fundamental en la transmisión del psicoanálisis el relato de los casos y dado que se tratará de una investigación para el logro de título de grado es imprescindible el poder acceder al recorrido de los relatos trabajados que los practicantes del psicoanálisis de un Hospital General realizaron.

Por consiguiente con este trabajo se busca enriquecer los conocimientos acerca de cuál es la posición subjetiva que asumen frente a la amputación traumática los sujetos de entre 20 y 40 años de edad que atravesaron por esta experiencia, siendo mi motivación personal el poder adquirir estos conocimientos para satisfacer el deseo de poder comprender la entrecruzamiento entre aquellas experiencias de dolor en el cuerpo y el sujeto del inconsciente.

Planteamiento del Problema

Pregunta de investigación

¿Cuál es la posición subjetiva que asumen frente a la amputación traumática los sujetos de entre 20 y 40 años de edad que atravesaron por esta experiencia?

Objetivos de investigación

Objetivo general

Conocer cuál es la posición subjetiva frente a la amputación traumática de aquellos sujetos entre 20 y 40 años de edad que atravesaron por esta experiencia.

Objetivos específicos

- Describir las experiencias subjetivas, a través de relatos de casos, frente al hecho de la amputación traumática.
- Localizar en el relato de los casos, la posición del sujeto frente a lo que dice de la amputación traumática vivida.
- Identificar en el relato de los casos, las posibles modificaciones en la posición subjetiva que los sujetos toman con respecto a su padecimiento.

Justificación

Las amputaciones traumáticas definidas como aquellas situaciones que generan una separación total o parcial del miembro del resto del cuerpo y que son producidas por accidentes ya sea de tránsito, laborales o por ataques terroristas (Echavarren et al., s.f.), generan en los sujetos numerosos cambios a los que debe enfrentarse en su vida diaria.

Estos hechos contingentes son una ocasión frecuente para que dentro de los servicios de salud los practicantes del psicoanálisis sean convocados a dar respuestas, lo cual le da relevancia al tema de investigación, sobre todo en el ámbito del psicoanálisis aplicado a la terapéutica en las instituciones. El aporte teórico de este trabajo consiste en la aplicación de los conceptos psicoanalíticos referidos al sujeto entendido como sujeto del lenguaje en un contexto en el que las intervenciones pretenden ser netamente médicas y aplicadas sobre el organismo. De este modo la articulación entre teoría y práctica cobran importancia.

Desde un punto de vista práctico las conclusiones de esta investigación podrían identificar tanto alcance como limitaciones a la hora de atender a estos pacientes en el contexto de los servicios de salud, sobre todo cuando se producen intersecciones entre el discurso psicoanalítico y el discurso de la medicina.

Esta investigación también puede ser un aporte para todos los profesionales que en el ámbito institucional o privado son convocados por la demanda de sujetos que han sufrido amputaciones o accidentes.

Por último la relevancia social de esta investigación consiste en aportes a la comunidad de profesionales, además de que dicha investigación va a contribuir a la comunidad de médicos y psicólogos ya que en la provincia no se cuentan con aportes referidos al tema, como así también va ser una contribución a familiares de pacientes que sufrieron amputaciones traumáticas y demás personas interesadas en esta problemática.

Consecuencias de la investigación

Teniendo en cuenta el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013) la Ley de Salud Mental N° 26.657 (2013) decreto reglamentado 603/2013 y la Ley del ejercicio del psicólogo de Salta N° 6063 (1983), este trabajo es considerado éticamente válido ya que:

Según las normas deontológicas de la investigación (Fe.P.R.A, 2013), la investigación psicológica perseguirá el avance del conocimiento científico y/o el mejoramiento de las aplicaciones profesionales.

La investigación psicológica se efectuará en acuerdo con las normas éticas establecidas para la investigación y con las leyes nacionales y provinciales pertinentes, obteniendo el consentimiento informado de los sujetos o de sus representantes legales (Fe.P.R.A, 2013).

Si bien en esta investigación no se trabajará con pacientes de manera directa se tendrá de igual manera en cuenta el artículo 15 de la ley N° 6063 (Ley del Psicólogo de Salta, 1983) que hace referencia a la protección de los examinados, al cuidado y bienestar de las personas como así también guardar el más riguroso secreto sobre cualquier prescripción o acto profesional, salvo las excepciones de la ley.

Así mismo no se llevarán adelante prácticas en la investigación que impliquen consecuencias desagradables o riesgo de ellas para los sujetos participantes (Fe.P.R.A, 2013).

Tomando en cuenta el artículo 3 de la Ley N° 26.657 (Ley de Salud Mental, 2013) no se realizará ninguna apreciación sobre la base exclusiva de status político, socio económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso, elección o identidad sexual, la mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización de las personas presentes en la investigación.

A los efectos de respetar los derechos de autor se tendrán en cuenta los lineamientos de las normas APA (Centro de Escritura Javeriano, 2020).

Así mismo teniendo en cuenta que esta investigación se realizó en un contexto de Hospital General de la Provincia de Salta, se adjunta la nota de autorización en el Apéndice A.

Finalmente teniendo en cuenta que en esta investigación se utilizó casuística cuyo relato pertenece a los profesionales que lo elaboraron, estos accedieron a facilitar la misma, así como a brindar información en entrevistas, mediante la firma de un consentimiento informado, el cual se encuentra en el Apéndice B.

Deficiencias del conocimiento

Al momento de evaluar investigaciones y teorías sobre el tema elegido, se puede visualizar que la búsqueda de antecedentes sobre el mismo es dificultosa, ya que no se ha podido encontrar investigaciones realizadas en la provincia de Salta y en nuestro país de dicho tema como tal, aunque se ha encontrado una investigación que puede servir como aporte a temas relacionados con la subjetividad en la provincia de Salta.

No obstante se destacan algunos estudios e investigaciones realizadas en otros países del mundo, los cuales van a servir como antecedentes y los cuales aportan conceptos claves para este trabajo, los mismos han sido recolectados de diversas fuentes entre ellas bibliotecas virtuales y publicaciones en internet.

El trabajo de grado para la obtención del título del en psicología “Reconstrucción del esquema corporal en seis personas con historia de miembro fantasma pertenecientes a las Fuerzas Armadas de Colombia” realizado por Diana María Arango-Durán et.al., (2010) en la Pontificia Universidad Javeriana en el país de Colombia, es un trabajo que tiene por objetivo caracterizar el cambio en la percepción de la imagen corporal y la influencia de este suceso en su auto concepto en aquellos soldados que fueron amputados de sus extremidades inferiores.

Esta investigación cualitativa se llevó a cabo por medio de entrevistas a seis soldados pertenecientes al Ejército Nacional de edades entre 18 y 40 años, con antecedentes de amputaciones de miembros inferiores y con padecimiento del síndrome del “miembro fantasma”, de esta manera y a partir de los resultados obtenidos se realizaron categorías para el análisis de datos donde se obtuvieron evidencias que permitían visualizar como en la reconstrucción del nuevo esquema corporal prevalecía la sensación del miembro fantasma, siendo esta una experiencia dolorosa con percepciones incómodas, punzantes con picazón y con una total significación negativa para el sujeto.

Así como conclusión del trabajo se llegó a que estos sujetos amputados si tuvieron cambios en la percepción de su esquema corporal, donde prevalece el síndrome del miembro fantasma, generando molestias y dificultades para la realización de sus actividades diarias y laborales, además de las molestias físicas y los cambios psicológicos, cognitivos, afectivos y comportamentales que esta pérdida genera.

La tesina “Duelo por la pérdida de un miembro” realizada por la psicóloga Hilda Calderón- Santiago en el año 2014 para la obtención del título en profesional de tanatología en la Asociación de Tanatología de México, tiene por objetivo proporcionar ayuda a personas que han sufrido alguna amputación, concientizar a los familiares de

estos pacientes acerca del trabajo difícil y desconocido que implica una amputación, como así también tiene el objetivo de concientizar acerca de cuáles son los problemas psicológicos que acarrea una amputación.

Esta tesina además proporciona información acerca del proceso de duelo que transita aquella persona que ha sido amputada, cuáles son las etapas que debe atravesar a partir de la pérdida de un miembro y cómo puede lograr la aceptación.

También destaca la importancia de la ayuda de la familia para la rehabilitación y recuperación del paciente, además de los cuidados primarios y paliativos que se disponen.

El trabajo de tesis para la obtención del título de licenciatura en psicología clínica “Algunas consecuencias subjetivas en la imagen corporal desde el psicoanálisis lacaniano, en pacientes con amputaciones internados en una Institución de Salud Pública” realizado por Erica Cristina Maji-Anguieta y María Fernanda Vera-Balseca, en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador en el año 2016. Es un trabajo que tiene como objetivo identificar algunas consecuencias subjetivas que presentan algunos pacientes con amputaciones y que fueron hospitalizados en instituciones públicas, además de tener como propósito conocer la importancia del rol del psicólogo como parte del equipo multidisciplinario en áreas de atención como ser; emergencias, hospitalización, unidad de cuidados intensivos (UCI) y salas de espera áreas donde se requiere la asistencia de profesionales que atiendan 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 (Maji-Anguieta y Vera-Balseca, 2016).

Como idea final de este trabajo de caso, se llegó a la conclusión de que en una clínica de urgencias la amputación de un miembro del cuerpo genera consecuencias a nivel biológico, psicológico y social, y que a nivel orgánico la secuela que deja una amputación ya sea por accidente traumático o por una enfermedad, es la irrupción de esa imagen completa que provoca la pérdida y la aceptación de una nueva imagen corporal.

Donde la labor del psicólogo en la atención del paciente será primordial ya que es necesario trabajar sobre el duelo ya que esto le permitirá trabajar sobre la 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 producida por la pérdida.

El trabajo de pregrado para la obtención del título de profesional en terapia ocupacional “Reconstrucción de la imagen corporal y desempeño ocupacional en las

actividades de la vida diaria en personas que han experimentado una amputación de un segmento corporal” realizado por Nicolás Núñez-Calderón et al. en la Universidad Andrés Bello en Santiago de Chile en el año 2016, tiene por objetivo analizar el proceso de reconstrucción de la imagen corporal y el desempeño ocupacional en las actividades diarias en personas que han experimentado amputación de un segmento corporal.

De esta manera este trabajo de enfoque cualitativo de diseño fenomenológico busca caracterizar cómo se reconstruye la imagen corporal después de una amputación de un segmento corporal, poder identificar y describir cómo el desempeño ocupacional se ve afectado tras una amputación de un segmento corporal y como es la reintegración en las actividades de la vida diaria tras una amputación de un segmento corporal.

Así por medio de entrevistas semi estructuradas se pudo obtener la información necesaria para el análisis de datos y por medio de la saturación de datos llegar a la conclusión del mismo.

Siendo la conclusión del trabajo que una amputación puede ser experimentada en cualquier momento de la vida, siendo muy individual y subjetivo este proceso, afectando diversos procesos psicosociales y donde la imagen corporal y la reconstrucción de su vida es un camino largo. Así mismo se notó que el índice de aspectos afectivos negativos era bajo al igual que la presencia del miembro fantasma.

Por último se pudo comprobar que las personas amputadas fueron aceptando su pérdida y construyendo una nueva imagen a partir de su contexto social, actividades significativas, reintegración de sus actividades de la vida diaria y las diversas redes de apoyo que ellos mantenían.

La tesis “La posición subjetiva frente al tratamiento terapéutico en el dispositivo Centro de Día en jóvenes pacientes de la Asociación Civil Betania de Salta Capital” realizada por María Virginia Bustamante en la Universidad Católica de Salta en el año 2018, es un trabajo de investigación que tiene por objetivo conocer cuál es la posición subjetiva frente al tratamiento terapéutico recibido en el dispositivo Centro de Día en los jóvenes entre 20 y 30 años, que asisten como pacientes a la Asociación Civil Betania de Salta Capital.

Este trabajo cualitativo se realizó bajo el enfoque psicoanalítico lacaniano, con el propósito de encontrar los enunciados acerca de los elementos que componen el dispositivo terapéutico con el que se trabaja en dicha institución, como así también se buscó conocer como infiere la relación entre los enunciados de los sujetos y su ubicación frente a los objetivos que plantea el tratamiento terapéutico recibido en la institución.

Como conclusión de dicha tesis se llegó a la respuesta de que la posición de los jóvenes frente al tratamiento está todavía marcada por un sufrimiento que aún no toma la forma de implicación subjetiva, así mismo no se pudo afirmar un cambio de posición subjetiva, aunque se pudo visualizar elementos para que este cambio se empiece efectuar.

La investigación “Herramientas de afrontamiento en duelo por amputación de extremidades” realizada por Julieth Mayerly Patiño-Martínez et al. en la Universidad Cooperativa de Colombia en el año 2020 es un trabajo que tiene por objetivo contextualizar las herramientas psicológicas para el afrontamiento en duelo por la pérdida de alguna extremidad, el cual es un proceso que puede afectar a niños, jóvenes y adultos.

De esta manera esta investigación busca hacer hincapié en las herramientas para afrontar esta pérdida y conocer la capacidad de resiliencia de quienes atraviesan este proceso, además de poder describir el autoconcepto de estos sujetos que han sufrido una amputación.

Esta investigación además desarrolla el concepto de duelo tomado por Freud y Melanie Klein y cuáles son las etapas que atraviesa el sujeto que sufre una pérdida, en este caso la pérdida de una parte de su cuerpo. Además de nombrar las estrategias emocionales centradas en el problema, y la importancia de poder contar con el apoyo de la familia.

Por último como resultado del trabajo basado en el análisis de datos recolectados en base de datos académicos se llegó a la conclusión de que las amputaciones generan un gran impacto social, emocional, físico y familiar, el cual se asemeja al dolor producido por la muerte de un familiar. Además de los sentimientos de enojo, desesperanza, tristeza y rabia.

Los presentes trabajos que se citaron sirven como antecedentes del tema a investigar ya que trabajaron los temas relacionados con la reconstrucción del esquema corporal en personas que han sufrido amputaciones, cuáles son los efectos subjetivos en la imagen corporal que provoca una amputación y que herramientas de afrontamiento se pueden utilizar para el duelo por el miembro perdido, como así también se trabajó el tema de la posición subjetiva, sin embargo estos trabajos sólo constituyen antecedentes del tema a investigar, ya que solo algunas investigaciones trabajan con el marco psicoanalítico lacaniano, además de referirse a poblaciones de muestra diferentes a las que apunta esta investigación y conceptos variados.

Es por eso que la investigación a realizar enriquecerá de manera amplia los conocimientos sobre la posición subjetiva que asumen frente a la amputación traumática los sujetos de entre 20 y 40 años de edad que atravesaron por esta experiencia en un Hospital General siendo un trabajo enriquecedor para la provincia de Salta y el país, utilizando un marco teórico psicoanalítico lacaniano, el cual servirá para futuras investigaciones.

Marco Teórico

Capítulo I: sujeto y subjetivación

Sujeto para el psicoanálisis

Para comenzar a desarrollar el concepto de sujeto desde el psicoanálisis me parece importante remarcar que para esta noción se va a utilizar la primera enseñanza de Lacan, la cual va a abarcar los primeros Seminarios y Escritos de él, a excepción del Seminario 11.

Así mismo para describir el concepto de sujeto es importante partir desde la concepción de la función del lenguaje, es así que tomando a Lacan (2002a) en “la instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud” de 1957 se comienza a “darle sentido a la letra como un soporte material que el discurso concreto toma del lenguaje” (p.475), es decir que esta definición va a suponer que el lenguaje no se va a confundir con las diversas funciones somáticas y psíquicas que le estorban al sujeto hablante. El lenguaje con su estructura preexiste a la entrada que hace en cada sujeto a un momento determinado de su desarrollo mental.

Es en tanto así que el sujeto puede parecer un siervo del lenguaje, siendo a un más de un discurso universal del cual ya su lugar está inscripto incluso antes de su nacimiento, aunque solo fuese bajo la forma de un nombre propio.

Lacan en el mismo texto va a desarrollar el algoritmo de la lingüística dándole mayor importancia al significante por sobre el significado, presentando así la inversión del algoritmo de Saussure, asignándole de esta manera la primacía al significante; “la estructura del significante es, como se dice corrientemente del lenguaje, que sea articulado” (p.481).

Todo significante puede operar en cuanto esté presente el sujeto, esta cadena significativa permite significar una muy otra cosa de lo que se dice, “la función más digna de subrayarse en la palabra que la de disfrazar el pensamiento (casi siempre indefinible) del sujeto: a saber la de indicar el lugar de ese sujeto en la búsqueda de lo verdadero” (p.485).

Así Lacan va a describir dos funciones de la palabra la metáfora y la metonimia, donde la primera hace alusión a la sustitución de una palabra por otra, “la metáfora funciona a través de la sustitución, sobre todo la sustitución de posición” (Rabinovich, 1986, p.28) y la metonimia permitiría la conexión entre una palabra con otra palabra, “se inscribe en el orden de las relaciones de contigüidad, de alineamiento, de coordinación sintáctica, caracterizándose por ser el fundamento del realismo literario” (Rabinovich,

1986, p.28). Estas dos funciones imposibilitan que un significante quede aislado, siempre van a remitir a la cadena significativa.

La autora Rabinovich (1986) en su libro “Sexualidad y significante” expresa que el sujeto se desliza de un significante que siempre lo va a enviar a otro, es una remisión aparentemente infinita.

Así mismo Lacan (2009a) en el Seminario 9, en el texto “La identificación” expresa que “es del efecto del significante que surge como tal el sujeto” (p.6), es el significante lo que representa precisamente al sujeto para otro significante.

Continuando con este desarrollo y tomando a Lacan (1987) en su seminario 11 nos va a hacer una distinción en cuanto al proceder freudiano en lo que respecta al sujeto, en tanto que el campo inconsciente atañe a esta dimensión del sujeto, así “la función del sujeto de la certeza con respecto a la búsqueda de la verdad” (p.46). En el texto “Presencia del analista” nos va a decir que el inconsciente es la suma de todos los efectos de la palabra sobre el sujeto, en un nivel en el que el sujeto se constituye por efecto de los significantes.

De esta manera Lacan (1987) resalta el concepto de sujeto, el cual no designa el sustrato viviente necesario para el fenómeno subjetivo, ni ninguna especie de sustancia, solamente el inconsciente. Este autor también en otro texto del mismo seminario llamado “análisis y verdad o el cierre del inconsciente” expresa que en nuestro vocabulario simbolizamos con una S tachada (\$) al sujeto en tanto constituido como segundo respecto del significante, es así que “el primer significante es la muesca con que se marca” (p.147). Siendo así que el propio sujeto se ubica con el rasgo unario, nos dice Lacan en el mismo texto que:

Este, de entrada se señala como tatuaje, el primero de los significantes. Cuando este significante, este uno, queda instituido, la cuenta es *un* uno. El sujeto tiene que situarse como tal, no a nivel del uno, sino de *un* uno, a nivel de la cuenta (p.147).

Por último tomando a Lacan (1987) en el mismo seminario, en su texto “el sujeto y el otro: la alienación” nos dice que el inconsciente está estructurado como el lenguaje, deduciendo de esto una topología cuyo fin es dar cuenta de la constitución del sujeto.

De esta manera con estos textos se puede decir que el inconsciente está estructurado como un lenguaje y que a su vez por medio de la experiencia psicoanalítica conjunto al lenguaje se descubre el inconsciente, entonces se puede decir que el sujeto está en sujeción con esta estructura del lenguaje, es hablado por el lenguaje y dividido

por los significantes. “El sujeto depende pues de su constitución de sujeto de la mediación de la palabra, encarnada en Otro sujeto, garante de fe” (Rabinovich, 1986, p.14).

La misma autora Rabinovich (1986) expresa que en la palabra verdadera el sujeto es reconocido por el Otro, y para lograr ese reconocimiento debe primeramente reconocer al Otro como capaz de reconocerlo.

Miller (2015) en su texto “Seminarios en Caracas y Bogotá” describe que el sujeto lacaniano no es el individuo, para poder definir un individuo hay que tener en cuenta al cuerpo mismo, la unidad que forma ese cuerpo, es la vieja noción aristotélica en la que el individuo se divide a partir del cuerpo, esta definición es válida para los animales, el mundo vegetal y para el mundo viviente. Así la individualidad está constituida a partir del viviente.

Es importante diferenciar que el individuo animal no tiene sujeto, si pensamos que la definición sujeto se produce en el individuo en cuanto ser hablante, esta definición desde la perspectiva lacaniana:

Reserva el sujeto a lo que se produce de déficit- en cierto modo- en el individuo, en la medida en que ese cuerpo está habitado por el lenguaje; de déficit, en cuanto tiene, por ejemplo, una mutabilidad muy especial, que tiene una sensibilidad a la palabra que indica la existencia de un vacío al que se llena de tal o cual sentido (p.335).

Así por último Miller (2015) va a definir el concepto de sujeto, como aquel que por medio del significante y los efectos del sentido, se transforma no al individuo sino al sujeto que hay en el individuo, es decir el sujeto es cierta suerte de efecto de sentido. El sujeto en el sentido lacaniano es susceptible de tomar varios valores y de modificarse, el sujeto es totalmente permeable a la interpretación, es totalmente permeable a la palabra.

De esta manera se puede decir que la concepción de sujeto que se tiene de esta primera enseñanza en Lacan es la de sujeto como sujeto del inconsciente, el cual emerge en la sujeción al significante.

Lacan (2006a) en su libro “Mi Enseñanza” en el texto “Lugar, Origen y Fin de mi Enseñanza” nos dice esta frase:

El fin de mi enseñanza, pues bien, sería hacer psicoanalistas a la altura de esta función que se llama sujeto, porque se verifica que solo a partir de este punto de vista se comprende de qué se trata en el psicoanálisis (p.61).

Finalmente tomando a Gutiérrez (2010) en “Lingüística y Teoría del Significante en Psicoanálisis” nos va a describir el concepto de subjetividad, donde expresa que el

sujeto será el efecto subjetivo de significación que la articulación de los significantes produce, permitiendo a partir de este concepto introducirnos en la subjetividad.

Subjetivación

Lacan (2006b) en el texto “Mi Enseñanza, su Naturaleza y sus Fines” expresa que:

El sujeto del que se trata no tiene nada que ver con lo que se llama lo subjetivo en sentido vago, en el sentido de lo que mezcla todo, ni tampoco con lo individual. El sujeto es lo que defino en sentido estricto como efecto del significante. Esto es un sujeto, antes de poder situarse por ejemplo en tal o cual de las personas que están aquí en estado individual (p.103).

De esta manera Miller (2008) en su texto “Introducción al método psicoanalítico” nos va a describir tres niveles fundamentales en el análisis en relación con el sujeto, el primero de ellos es la evaluación clínica que tiene por objetivo lograr que el analista a partir de las entrevistas preliminares sea capaz de concluir algo con respecto a la estructura clínica de la persona que viene a consultarlo, el segundo nivel es el de la localización subjetiva donde lo esencial es lo que el paciente nos dice, es poder lograr “cuestionar la posición que toma aquel que habla con relación a sus propios dichos” (p.39), es decir lo esencial es localizar el decir del sujeto, la posición que aquel que enuncia toma con relación a su enunciado. Estos dos niveles constituyen a la subjetivación.

Por último el tercer nivel es el referido a la introducción del inconsciente que conjunto al nivel dos, forman la rectificación. De esta manera “el acto analítico consiste en implicar al sujeto en aquello de lo que se queja, implicarlo en las cosas de las cuales se queja” (p.70), siendo un gran error el pensar que el inconsciente sea el responsable de las cosas por las cuales alguien sufre. Así la rectificación subjetiva es cuando en el análisis el sujeto aprende de su responsabilidad en lo que ocurre.

Tomando al mismo autor se podría hacer un recorrido desde que el paciente llega a su primera consulta, “el que viene a vernos como analistas no es un sujeto; es alguien a quien le gustaría ser un paciente, cosa muy extraña” (p.16), refiriéndose a la diferenciación entre un paciente designado por los otros y el paciente del psicoanálisis, donde esta demanda tiene una precedencia sobre las demás. En la primera consulta el que llega al analista lo hace basándose en su propia evaluación, es decir, que hace una demanda a partir de su auto-evaluación de sus síntomas y pide un aval del analista de esa evaluación.

De esta forma se puede decir que “el acto analítico ya está presente en esa demanda de avalar, en el acto de autorizar la auto-evaluación de alguien que quiera ser un paciente” (p.17).

Continuando con esta descripción desde que el paciente llega a la consulta, el analista realiza las llamadas entrevistas preliminares, las cuales son un rasgo diferencial en la práctica psicoanalítica, estas entrevistas pueden durar una semana, un mes o un año, e incluso el paciente puede quedar en esta situación preliminar hasta que el analista considere que el análisis como tal puede continuar.

Así se llega al punto de la evaluación clínica la cual ya fue descrita brevemente con anterioridad y se sabe que este nivel tiene por objetivo lograr que el analista “sea capaz de concluir de una manera previa, algo respecto a la estructura clínica de la persona que viene a consultarlo” (Miller, 2008, p.20). Es decir que con esta evaluación se busca conocer el tipo de estructura del paciente que llega a la consulta.

La localización subjetiva descrita por Miller (2008) nos dice que lo esencial es localizar el decir del sujeto, es localizar la posición que aquel que enuncia toma con relación a su enunciado. Así mismo Bernal (2015) expresa que “la localización subjetiva no es sólo una evaluación de la posición del sujeto, sino también un acto ético del analista, en el que hay una reformulación de la demanda del paciente, un cuestionamiento de su deseo y una rectificación subjetiva” (párr.4).

Para ampliar la noción de posición subjetiva, la misma puede ser entendida por el valor del dicho que expresa ese sujeto, donde puede utilizar diferentes modalizaciones en relación a lo que dice, donde el tono de voz que usa para expresarse es también una modalización.

Miller (2008) también expone que la posición subjetiva que el sujeto tiene frente a sus dichos van introduciendo al sujeto en su inconsciente. “Una cosa es el dicho, el dicho como hecho, y otra lo que el sujeto hace con lo que dice” (p.44). El sujeto utiliza la palabra para engañarse, por medio de engañar a otro pero, finalmente termina engañándose a sí mismo.

Así se puede decir que la localización subjetiva es lograr aparecer una caja vacía en el sujeto, donde se puedan inscribir variaciones de esa posición, es lograr que el sujeto con lo que dice pueda percibir las diferentes posiciones y modalizaciones con relación a su dicho (Miller, 2008).

Por último en todo análisis se busca lograr la introducción al inconsciente del sujeto esto quiere decir que se busca introducir al paciente en una posición con respecto

a su dicho. Lograr que el paciente tome posición en relación a lo que dice puede tener modificaciones en su posición subjetiva en relación al dicho, es decir un “retroceso en la enunciación” (p.61).

Además Miller (2008) expresa que Lacan llamaba rectificación subjetiva el pasar del hecho de quejarse de los otros para quejarse de uno mismo, la rectificación subjetiva se logra cuando un paciente en el análisis aprende también su responsabilidad en lo que ocurre, “la paradoja es que el lugar de la responsabilidad del sujeto es el mismo del inconsciente” (p.70).

Así terminando con la localización subjetiva y demás niveles se puede decir que, el simple hecho de introducir a la persona en un estatuto de sujeto produce una disociación, un retroceso, que se da tanto delante del sufrimiento como delante del dicho, así, el sujeto sufre por el solo hecho de hablar; por eso la labor del analista es colocarse un poco aparte tomando distancia del sufrimiento del paciente y esto efectivamente lograra alivio.

“La realización subjetiva del sujeto pasa por el acceso pleno a la palabra plena, que lo conduce hacia el reconocimiento de su deseo, donde su objeto es, no el contenido del mismo deseo, sino el reconocimiento como tal” (Rabinovich 1986, p. 20).

Capítulo II: cuerpo y amputación traumática

Una referencia al cuerpo

Para comenzar a desarrollar la noción de amputación traumática resulta pertinente hablar de cuerpo, ya que es en el cuerpo donde se produce una amputación traumática, para esto, se van a tomar conceptualizaciones de Freud y Lacan en su primer periodo de enseñanza.

Como sabemos una amputación se produce en el cuerpo de un sujeto ¿pero que es cuerpo para el psicoanálisis?, el concepto de cuerpo es tomado por Freud (2005b) en su texto “Psicoterapia (tratamiento por el espíritu)” donde planteaba ya, la relación existente entre lo anímico y lo corporal, diciendo que “la relación entre lo anímico y lo corporal es, en el animal como en el hombre, una interacción recíproca” (p.1015), esta relación entre la acción de lo anímico sobre el cuerpo resultó ser poco grata para los médicos de la época, ya que pensar esto los hacia alejarse del campo de lo científico.

De esta manera pensar estos conceptos en esa época presentan la diferenciación existente entre lo animal y lo humano de modo que, lo anímico correspondería al cuerpo humano ya que lo psíquico repercute en el cuerpo, resaltando de tal manera la diferenciación entre el organismo viviente y el cuerpo humano (Castrillo, s.f.).

Es así que esta introducción sobre el cuerpo humano nos lleva a Freud (2005c) ya que en su texto “El yo y el ello” del año 1923 define el concepto de cuerpo explicitando que “el propio cuerpo y sobre todo su superficie es un sitio del que pueden partir simultáneamente percepciones internas y externas” (p.2079) y es un objeto que puede ser visto como cualquier otro cuerpo, pero que proporciona al tacto dos clases de sensaciones, la primera se equipara a una percepción interna.

La psicofisiología ha aclarado de manera suficiente la forma en la que el cuerpo propio cobra perfil y se destaca del mundo de la percepción. También el dolor parece desempeñar un papel en esto y la forma en la que adquirimos un nuevo conocimiento de nuestros órganos, sobre todo cuando padecemos una enfermedad dolorosa, constituyendo quizás el arquetipo de nuestro propio cuerpo (Freud, 2005c).

Tomando a Lacan (2005) como referente para hablar del cuerpo se va a hablar de tres dimensiones; lo simbólico como aquello que es desplazado y adquiere un significado social, los cuales siempre se tratan de símbolos organizados en el lenguaje que luego van a funcionar a partir de la articulación del significante y significado, lo cual es equivalente a la estructura del lenguaje, la dimensión imaginaria es entendida como, aquello que

adquiere orientación hacia imágenes y su propio valor de imagen para otro sujeto y por último la dimensión de lo real es la totalidad o el instante que se desvanece, es una dimensión que necesita de los otros dos registros, lo real no es sinónimo de realidad, lo real es todo aquello que tiene existencia propia.

Estos tres registros son esenciales de toda realidad humana ya que permiten el funcionamiento psíquico.

Así de esta manera pensar el cuerpo en esta primera enseñanza de Lacan es pensarlo desde la dimensión imaginaria, de esta manera es importante tomar el texto de Lacan (2009a) “El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se revela en la experiencia psicoanalítica” para así poder, “comprender el estadio del espejo como una identificación en el sentido pleno de que, es la transformación que se produce en el sujeto cuando asume una imagen” (p.100). El hecho de que el niño pueda asumir jubilosamente su imagen especular no indica la independencia motriz y la de lactancia, este hombrécito en ese estadio infans se encuentra en la situación ejemplar donde la matriz simbólica en la que el yo se precipita, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes que el lenguaje aparezca en el sujeto.

Sánchez (2015) re-leyendo a Miller introduce en su texto “El cuerpo y los tres registros” la noción de cuerpo como una imagen unificada en el espejo, la cual le da al yo un estatuto que es diferente al estatuto del yo de la segunda tópica. Esta autora menciona también la importancia de que “concebir al cuerpo condiciona todo aquello que el registro de lo imaginario aloja de representaciones, significado, sentido, significación y la propia imagen del mundo” (p.1), así las palabras de *lalengua* que nos constituyen se conjugan con el cuerpo como imaginario, construyendo en esa conjugación un mundo ilusorio sobre la base de la unidad del cuerpo (Sánchez, 2015).

Por último Soler (2010) explicita que en el primer periodo de enseñanza de Lacan se consideraba que para hacer un cuerpo se precisa de un organismo vivo más una imagen, es decir se atribuye a la unidad de la imagen el sentimiento de unidad del cuerpo, es una unidad dada por la Gestalt visual y aprehendida por el sujeto a partir de la unidad que se forma en el espejo.

Entonces se puede decir que, cuerpo para Freud es una superficie del que pueden partir diferentes percepciones tanto internas como externas y para Lacan el cuerpo se atribuye al sentimiento de unidad dada por la imagen asumida por el propio sujeto.

Amputación

La palabra amputación proviene del latín amputatio y significa la acción y efecto de amputar, por otro lado, amputar de amputare significa cortar y separar enteramente del cuerpo un miembro por lo tanto, la amputación es la eliminación de una extremidad del cuerpo a causa de un trauma o cirugía, la amputación, que es consecuencia de un acto quirúrgico, ocasiona un cambio irreversible en la persona a quien se le practica, el trauma se entiende una lesión catastrófica provocada por accidentes producidos por lo general como consecuencia de accidentes, enfermedades, entre los tipos de amputaciones están las siguientes: amputaciones de miembro superior e inferior (Paredes como se citó en Patiño-Martínez et al., 2020).

Osorio-Quimbaya (2007) define a la amputación como “una condición adquirida cuyo resultado es la pérdida de una extremidad y cuya causa suele ser una lesión, una enfermedad o una operación quirúrgica” (párr.9). Además esta autora explicita que la amputación es una entidad médica de naturaleza especial porque la incapacidad es resultado, no de una forma patológica, sino como es una forma de tratamiento que ha eliminado la patología.

Las causas etiológicas de las amputaciones se dividen en; traumáticas y no traumáticas, dentro de las traumáticas se encuentran aquellas causadas por accidentes o conflictos bélicos y las no traumáticas son aquellas causadas por enfermedades disvasculares (diabetes mellitus, enfermedad vascular periférica), infecciosas (gangrena gaseosa u osteomielitis crónica), neoplásicas (tumores óseos o partes blandas) o por causas congénitas (Arce- González, 2005).

Toda amputación cualquiera que sea su etiología genera cambios significativos en la vida del sujeto ya que se produce una reducción de la capacidad física, malestar e incomodidad causada por el dolor físico, una percepción corporal distinta y limitaciones funcionales, las consecuencias psicológicas dependen de cada paciente en particular (Maji-Anguieta y Vera-Balseca, 2016).

Amputación traumática

Una amputación traumática es definida como la separación total de un segmento del miembro del resto del cuerpo, existe la amputación incompleta o parcial donde queda algo de tejido blando de conexión y hay sección completa de los vasos principales y al menos, el 75% de las partes blandas, así el segmento cercenado algunas veces se puede reconectar, siempre que ambas partes de la extremidad hayan sido correctamente tratadas.

Así las amputaciones traumáticas se diferencian del resto de amputaciones ya que suelen ser producto de accidentes de tránsito, accidentes laborales o de maquinaria pesada, como así también son aquellas que se producen por ataques terroristas, guerras o desastres naturales (Echavarren, et al., s.f.).

También se puede decir que en este tipo de amputaciones traumáticas las consecuencias psicológicas tienen mayores complicaciones dependiendo de las características de cada persona, de su edad, su sexo, su estado de desarrollo, su actividad laboral o profesional. De esta forma la persona amputada sufre y experimenta la exclusión social, el dolor físico y la alteración de su imagen corporal.

Desde el punto de vista psicoanalítico una amputación genera en el sujeto la sensación de pérdida, la pérdida de un cuerpo unificado, la cual puede ser vivida como si fuese una pequeña muerte parcial anticipada. Donde sí a esta pérdida se le añade que ha sido de un modo repentino e imprevisto en un contexto accidental con un verdadero peligro mortal, el peligro de la propia integridad (Lillo-Espinosa, 2000).

Así Lillo-Espinosa (2000) describe:

La pérdida simboliza la muerte parcial de la muerte total que hubiera podido suceder y que en muchos casos ha alcanzado a otros compañeros de trabajo o de viaje en el mismo accidente. El accidente traumático ha significado una pérdida de una parte del cuerpo, una muerte parcial de una parte de sí mismo (p. 2).

Proceso de amputación

Serra-Gabriel (2001), en su libro “El paciente amputado: labor de equipo” describe cómo es el proceso de realización de una amputación, considerándolo como un trabajo pluridisciplinar entre diferentes profesionales entre ellos se encuentran: cirujanos vasculares, cirujanos ortopédicos, fisioterapeutas, psicólogos, psiquiatras, técnicos ortopédicos, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales en caso de ser requeridos, es así que este equipo lleva a cabo un protocolo el cual es desarrollado en casos médicos que requieren amputación.

La autora describe cómo se compone este protocolo, el cual además está dividido por fases; el preoperatorio (primera fase), el postoperatorio inmediato, el postoperatorio (segunda fase), el paciente ambulatorio y protetización definitiva.

La primera fase (preoperatorio) se considera como tal cuando es una amputación programada, no en los casos donde el paciente es amputado en urgencias debido a un accidente o una isquemia aguda irreversible. El objetivo de esta fase es mantener al

paciente informado de su estado de salud y de la decisión médica que se vaya a tomar, es así que el equipo médico toma la decisión en conjunto del nivel de amputación que se llevará a cabo y se le informa tanto al paciente como a la familia. En este momento se le ofrece tanto al paciente como a la familia la asistencia de psicólogos y asistentes sociales tanto antes del procedimiento como a posteriori.

El postoperatorio inmediato es la fase inmediata a la cirugía donde el paciente recibe los cuidados quirúrgicos y si es necesario se requerirá la atención psicológica.

En la segunda fase del postoperatorio el paciente ingresado tiene mayor movilidad, sigue internado y el equipo pluridisciplinario le brinda los cuidados necesarios, donde se evalúa al paciente y se proyecta su funcionalidad como así también sus valores físicos y psíquicos conservados. En esta fase es común que el paciente se encuentre inquieto por su futuro y se queje del llamado dolor del miembro fantasma, el apoyo de la familia es fundamental para la recuperación.

El paciente ambulatorio constituye la tercera fase, esta puede durar hasta tres meses, tiempo que se precisa para que el paciente se habitúe a la prótesis, luego se harán seguimientos con el equipo médico hasta que el sujeto logre su autonomía con esa prótesis provisional y pase a usar una prótesis definitiva.

La última fase es la protetización definitiva donde el paciente es sometido a controles médicos periódicos para verificar su evolución, es así que de este modo el técnico ortopédico construirá la prótesis adaptándola a la fisioterapia requerida por el paciente. El alta del paciente es dada cuando su funcionalidad es buena y está llegando al límite de su independencia personal.

El tiempo total estimado del tratamiento es aproximadamente de entre nueve meses y un año.

Consecuencias de la amputación

Ocampo et al. (2010) expuso:

Las amputaciones generan múltiples modificaciones a nivel de diferentes sistemas, no sólo de orden anatómico sino también fisiológico, funcional, psicológico, e implicaciones en el movimiento y el desempeño corporal. En esta medida, requiere que la persona que ha sufrido la amputación realice una serie de adaptaciones para conservar su funcionalidad y para continuar con el desempeño de sus actividades rutinarias (p.8).

Así mismo las consecuencias psicológicas que genera una amputación en el sujeto están relacionadas con alteraciones emocionales, familiares y sociales las cuales implican un cambio radical en el estilo y calidad de vida del paciente. Los sujetos amputados se encuentran en una situación de dependencia de los demás lo cual les genera sentimientos de ira y miedo (Ocampo et al., 2010).

Serra-Gabriel como se citó en Ocampo et al. (2010), describe que “las alteraciones de la motivación y las reacciones emocionales que se ubican en primer lugar de las manifestaciones o síntomas del desajuste del individuo, causando dificultades consecutivas que pueden perturbar el proceso de rehabilitación” (p.12).

Esta autora plantea que las cinco fases para poder afrontar la pérdida del miembro son; primeramente el shock durante el cual el paciente se siente como si fuera un enorme problema y no logra pensar en otros aspectos, la segunda fase es de negación en la cual, él paciente se niega a creer a nivel emocional que su extremidad no está y prefiere no recordar el suceso traumático, la tercera es la ira, fase en la cual el sujeto busca encontrar a alguien o algo a quien culpar, o simplemente está furiosa con todos y con todo; la cuarta fase es la depresión, durante la cual no se puede concentrar o interesarse en actividades diferentes y finalmente la última fase es la de aceptación en el cual el paciente encuentra que su ira y depresión desaparecen y está listo para hacer planes y tomar decisiones acerca de su propia vida (Serra-Gabriel como se citó en Ocampo et al., 2010).

Es así que finalmente las consecuencias de una amputación traumática o no traumática generan en el sujeto cambios significativos en su sistema social, familiar y laboral, además de las alteraciones en su imagen corporal.

Pero es importante destacar que las amputaciones traumáticas inciden en la subjetividad del paciente entendiendo que por incidencia se refiere a la repercusión, incidente o influencia en un asunto (Real academia española [RAE], 2022), y por subjetividad se entiende a el arreglo singular de la pulsión, de la fantasía, de la relación de objeto y del discurso, la subjetividad es el estado de la realidad psíquica para un sujeto, apuntalada sobre la experiencia corporal, sobre el deseo del otro, sobre el tejido de los vínculos de las emociones y de las representaciones compartidas a través de las cuales se forma la singularidad del sujeto (Kaës como se citó en Bernard, 1997).

Entonces esta amputación traumática incide en la subjetividad de ese paciente, incide en su realidad psíquica en un momento dado, en su propio espacio interno.

Miembro fantasma

Primeramente se debe definir qué es un síndrome, según Tixi-Herrera (2018) se entiende por síndrome al conjunto de signos y síntomas característicos que suponen la presencia de una enfermedad o de un cuadro patológico.

De esta manera se puede definir al síndrome del miembro fantasma como la sensación dolorosa que experimenta un paciente que ha sufrido una pérdida de extremidad, de esta forma percibe el dolor con un intenso grado de realidad, lo cual crea confusiones y vivencias que parecen alucinaciones motrices, en el que el sujeto siente y percibe dolores en el miembro que ha sido amputado. Así este síndrome a diferencia de una alucinación de cuerpo desmembrado, es un síndrome que presenta sensaciones como si aún estuviera ese miembro.

Sakamoto (1995) opina que el fenómeno del dolor fantasma es un fenómeno en el cual el paciente experimenta una sensación desagradable en la extremidad o parte de ella que ha sido extirpada quirúrgicamente.¹

La reacción a partir de la amputación que se presenta para dar paso al síndrome del miembro fantasma, surge a nivel de reacciones neurofisiológicas que se desatan en el muñón comúnmente como sensación indolora, la manifestación de la pérdida de la zona corporal envuelve reacciones variadas que suelen ser negación como método de protección a nivel yoico, funcionando como mecanismos de defensa, o reacciones a pérdidas de índole patógena (Tixi-Herrera, 2018).

Schilder (1983) en su libro “imagen y apariencia del cuerpo humano” de 1977 se refiere a los fantasmas de personas que han perdido sus miembros en forma más o menos repentina, así las personas que son afectadas por una pérdida procuran recrear nuevamente la integridad de su cuerpo. Esta recreación del cuerpo va a tener éxito sobre todo cuando existen parestesias de tipo periférico que contribuyen al proceso constructivo, es decir cuando existen sensaciones anormales sin previo aviso indoloras, como el hormigueo, esta sensación suele darse en los brazos, manos, dedos, piernas y pies, aunque puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo (Blázquez, 2021).

La estructura fisiológica del fantasma es muy semejante a las estructuras psicológicas relacionadas con el cuerpo como un ente total integrado, los factores

¹ “Dor Fantasma Trata-se de um fenômeno muito estudado, mas, ainda pouco conhecido, onde o paciente tem a experiência de uma sensação desagradável no membro ou parte deste, cirurgicamente removido” [Dolor fantasma este es un fenómeno bien estudiado, pero aún poco conocido, donde el paciente experimenta una sensación desagradable en la extremidad o parte de ella, extirpado quirúrgicamente] (Sakamoto, 1995, pp.7-8).

psicológicos determinan la forma final del fantasma y también la forma de la no percepción del cuerpo.

Freud no habla del concepto miembro fantasma como tal, sino que en sus escritos “Más allá del principio del placer” (Freud, 2009d) nos dice que;

Después de graves conmociones mecánicas, tales como choques de trenes y otros accidentes en los que existe el peligro de muerte, suele aparecer una perturbación, ha largo tiempo conocida y descrita, a la que se ha dado el nombre de “neurosis traumática”. La espantosa guerra que acaba de llegar a su fin ha hecho surgir una gran cantidad de estos casos y ha puesto término a los intentos de atribuir a dicha enfermedad a una lesión del sistema nervioso producida por una violencia mecánica (p.2510).

Esta mención que hace Freud la hace en torno a las consecuencias de la guerra y puede relacionar con miembro fantasma en el sentido que un accidente mecánico, como en este caso un accidente contingente el cual genera una amputación en el sujeto, va a generar perturbaciones en el mismo, donde puede desarrollarse un síndrome del miembro fantasma donde la integridad del cuerpo se ve afectada.

Así mismo este texto se va a utilizar para referirse a lo traumático, noción que se va a desarrollar en el próximo capítulo.

Capítulo III: lo traumático para el psicoanálisis

Trauma

Freud (2005e) en el año 1893 presenta por primera vez el concepto de trauma, afirmando que por trauma psíquico o más bien el recuerdo del mismo actúa a modo de cuerpo extraño, de tal manera que continúa ejerciendo sobre el organismo una acción eficaz y presente, por mucho más tiempo desde su penetración en el mismo.

Este término fue utilizado al presentar las neurosis histéricas, en las cuales con lo que respecta a los resultados obtenidos de la práctica y la teoría revelan que el factor accidental posee en la patología de la histeria un valor determinante. Es así que en el tipo de histerias traumáticas es el accidente lo que ha provocado el síndrome, de tal forma que los síntomas que presentan los pacientes poseen una conexión estrecha con el trauma, es decir una conexión entre la motivación y el fenómeno patológico.

En otras palabras se puede pensar a las neurosis traumáticas como aquellas que su etiología no es una lesión corporal si no que es el trauma psíquico el que las provoca, es decir cualquier efecto que provoque los afectos penosos del miedo, de la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico que puede actuar como tal trauma. De tal manera entonces se puede entender según la American Psychological Association (APA s.f.) al trauma como cualquier experiencia perturbadora que resulte en miedo significativo, impotencia, confusión o sentimientos disruptivos tan intensos que pueden provocar efectos negativos en el funcionamiento del sujeto.²

En estas neurosis Freud (2005e) expresa que:

Podemos muy bien deducir de estas observaciones que el proceso causal actúa aún de algún modo después de largos años y no indirectamente, por mediación de una cadena de elementos causales intermedios, si no inmediatamente como causa inicial, del mismo modo que un antiguo dolor psíquico, recordado en ese estado de vigilia, provoca todavía las lágrimas. Así pues, el histérico padecería principalmente de reminiscencias (p.44).

² “Any disturbing experience that results in significant fear, helplessness, dissociation, confusion, or other disruptive feelings intense enough to have a long-lasting negative effect on a person’s attitudes, behavior, and other aspects of functioning” [Cualquier experiencia perturbadora que resulte en miedo significativo, impotencia, disociación, confusión u otros sentimientos disruptivos lo suficientemente intensos como para tener un efecto negativo duradero en las actitudes, el comportamiento y otros aspectos del funcionamiento de una persona] (American Psychological Association (APA), 2022, párr.1).

Es así que pensar que estos sucesos tan pretéritos puedan actuar con tal intensidad resulta extraño, esto es que el recuerdo no sucumba al desgaste, al que vemos sucumbir es a los demás recuerdos.

En 1895 en el texto “Psicoterapia de la histeria” Freud (2005f) vuelve a describir sobre la etiología de las histerias traumáticas en las que dice que el material psíquico de estas se presentan como una triple estratificación, en la cuales el primer nódulo está compuesto por recuerdos (sucesos de procesos mentales) en los que ha culminado el factor traumático, alrededor de este nódulo se encuentra el material mnémico. La segunda ordenación está compuesta por temas que se hallan concéntricamente estratificados en derredor del nódulo patógeno y la tercera ordenación es la esencial y la que resulta más difícil de hablar ya que está conforme al contenido ideológico.

Freud (2005a) en la conferencia número 18 define el concepto de lo traumático es entendido en un sentido económico, en el que ciertos sucesos aportan a la vida psíquica, en brevísimos instantes, un enorme incremento de energía, los cuales hacen imposible la supresión o asimilación por medios normales, provocando de este modo duraderas perturbaciones del aprovechamiento de la energía.

En el año 1920 Freud (2005b) va a describir a las neurosis histéricas, las cuales tienen dos puntos de partida, la primera es el hecho de que el factor capital de motivación parece ser la sorpresa, es decir el sobresalto o susto experimentado y en el segundo lugar una contusión o herida recibida la cual actúa en contra de la formación de neurosis. De esta manera la neurosis traumática lo que hace es reintegrar de continuo al enfermo a la situación de accidente sufrido, haciéndole despertar con un nuevo sobresalto.

De tal manera el mismo autor explica la concepción económica del trauma para eso usa el ejemplo de una vesícula viva la cual se halla provista de un dispositivo protector contra el mundo exterior, teniendo así una protección que hace que las excitaciones exteriores que llegan sean disminuidas, pero para las excitaciones provenientes del interior no existe defensa alguna, de tal manera que las excitaciones de las capas más profundas se propagan directamente al sistema sin sufrir disminuciones y con determinados caracteres que crean en él una serie de sensaciones de placer y displacer.

Las excitaciones provenientes del exterior poseen suficiente energía para atravesar la protección y son las denominadas traumáticas, siendo así que un suceso de trauma exterior producirá una gran perturbación en el intercambio de energía del organismo y pondrá en movimiento todos los medios de defensa, el principio de placer queda fuera de juego en esta instancia. No siendo posible la inundación del aparato anímico por grandes

masas de excitación, habrá que emprender la labor de dominarlas, esto es a partir de ligar psíquicamente las cantidades de excitación invasora y procurar su descarga. El displacer del dolor físico es el resultado de haber roto la protección, siendo así que afluyen en el aparato anímico central excitaciones continuas que solo podían llegar partiendo del interior del aparato, de esta manera solo se puede esperar como reacción de la vida anímica que se cree una contracarga en favor de la cual se empobrecen todos los demás sistemas psíquicos. Deduciendo que un sistema altamente cargado se halla en estado de acoger nueva energía que a él afluya y transformarla en carga de reposo, tanto más intensa sea la fuerza ligadora y a la inversa sería cuanto menor es dicha carga tanto menos está capacitado el sistema para la recepción de nuevas energías y tanto más violentas serían las consecuencias de ruptura de la protección contra las excitaciones.

De tal manera se puede entender entonces que la definición de trauma para Freud es aquella en la que el factor accidental actual provoca reminiscencias en la vida del sujeto, es decir por mediación de una cadena de causales que no actuaron de manera inmediata si no que a partir de este nuevo suceso se activa ese antiguo dolor psíquico. Es así que se puede considerar al trauma en dos tiempos. García (2005) expresa que el trauma freudiano se constituye en dos momentos, el primer suceso traumático es en la infancia, el segundo momento se ubica en la pubertad, siendo el segundo momento el que actúa sobre el primero constituyendo el efecto traumático.

Soler (2011) expresa que el origen del trauma desde la teoría de Freud es precisamente la excitación sexual o mejor dicho lo corporal, es decir el peligro real, esta generalización se le impuso a Lacan y piensa si la angustia es lo desconocido como experimentado, es difícil pensar lo desconocido del Otro barrado, pero lo real, fuera de lo simbólico que no habla, es sin Otro, facticidad fuera de sentido del viviente, entonces la angustia va a responder a cada advenimiento real, se va a reducir al cuerpo a una destitución subjetiva.

La misma autora piensa que no se conoce ningún afecto que no tenga respuesta corporal, y para ello al afecto hay que hacerlo pasar por ese cuerpo, pero ese pasaje por el cuerpo viviente el cual queda bajo el efecto del lenguaje es el efecto que va a repercutir en todas las satisfacciones e insatisfacciones del sujeto.

Es así que Lacan introduce un nuevo concepto el de la lalengua en su seminario 20, para eso continuó sosteniendo que el inconsciente está estructurado por el lenguaje pero va a reformular su teoría de forma que expresó “Si dije que el inconsciente es aquello como lo cual el inconsciente está estructurado, es de seguro porque el lenguaje, en primer

lugar, no existe. El lenguaje es lo que se procura saber respecto a la función de la lengua” (Lacan, 2008, p.167).

De esta manera el lenguaje está hecho de la lengua y lo que rebasa en la lengua es mucho más que aquello que se puede hacer con el lenguaje, la lengua nos afecta primero por todos los efectos que encierra y son afectos, entonces es así que se puede sostener que el inconsciente está estructurado como lenguaje por el mismo hecho de los efectos de la lengua y de allí saber que va mucho más allá de lo que el sujeto puede hablar y enunciar (Lacan, 2001). Entonces como efectos de la lengua se recorta los afectos pero también su tratamiento a nivel del inconsciente como un saber.

Es así entonces que la afectación irremediable del viviente, punto traumático al que nadie escapa y con cuyos efectos habrá que hacer algo, es ese encuentro con un real traumático, el cual deja trazas y esas trazas tienen que ser leídas/borradas para que se produzca el sujeto del inconsciente (Iuale, 2017).

Lo traumático es, según esta autora haber sufrido una lengua entre otras, teniendo en cuenta que esa es la primera afectación del ser humano, donde los modos diferentes de respuestas implican una nueva afectación, en la que el ser hablante ya opera como una respuesta (Iuale, 2015).

Miller como se citó en Iuale (2017) trabaja esta articulación entre la lengua y el trauma expresando que el verdadero núcleo del trauma es la relación con la lengua, donde para el animal humano tener que establecer una relación con la lengua es solo para volverse loco.

Es así entonces que se puede entender que el encuentro con la lengua es lo que provoca el trauma en el sujeto, es decir hay trauma cuando hay un encuentro con el cuerpo, un encuentro con lo real.

García (2005) expresa que el trauma desde el punto de vista lacaniano es aquel que está en relación con lo real, lo real en cuanto al lugar de lo energético propuesto por Freud, mediante un forzamiento simbólico que puede ser incluido en lo imaginario. Es así que el trauma es la lengua con la que cada sujeto se aferra, “el trauma no es un hecho físico doloroso como puede ser quebrarse un dedo, sino un hecho real articulado con el lenguaje” (pp. 36-37).

Es importante resaltar que no toda amputación traumática genera un trauma en el sujeto en términos del psicoanálisis, cada paciente es singular.

Así es pertinente al momento de hablar de lo traumático, el rol que cumplen los profesionales ante un accidente dentro de un Hospital General, de esta manera me parece

importante poder distinguir dos conceptos, la urgencia médica y la urgencia subjetiva, tomando a la amputación traumática como una urgencia subjetiva ya que según la definición de Seldes esta es entendida como “situaciones de crisis en donde la angustia es desbordante, momentos donde la acción sustituye al decir” (como se citó en Sotelo, 2005, p. 87). Se manifiestan en una variada presentación sintomática como, angustias, miedos, fobias, insomnio, pesadillas, oscilaciones del estado de ánimo, irritabilidad, ausencias, amnesia, pérdida de conferencias y en casos más graves desencadenamiento o desestabilización psicótica (Sotelo, 2005). Este concepto hace referencia a la atención inmediata que requiere el sujeto debido a una situación, ya sea imprevista o inesperada, que genera un riesgo en la salud o en la vida del sujeto.

Así se diferencia de una urgencia médica la cual es entendida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia” (como se citó en Villalibre-Calderón, 2013, p.20).

La urgencia subjetiva pone en crisis toda relación del sujeto con el adentro y afuera, donde lo puede llevar por diferentes caminos. Siendo así que la misma autora Sotelo (2007) años más tarde define a la urgencia subjetiva como algo que se presenta como dolor, como un sufrimiento, “la urgencia da cuenta siempre de algo del orden la ruptura” (p.26). Es importante localizar el punto de quebramiento de esa homeostasis, es tratar de ubicar el punto de basta como un punto de ruptura en cuestión el lazo con los otros, con quienes lo rodean, pareja, amigos, con el trabajo, pero también con su propio cuerpo, con la capacidad de resolver situaciones.

Así Silvia Baudini (como se citó en Sotelo, 2007) afirma que “la urgencia subjetiva es uno de los lugares privilegiados para verificar la eficacia de los efectos terapéuticos del psicoanálisis” (p.27).

Expresa Lacan (2009b) en su texto “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”, “nada creado que no aparezca en la urgencia, nada en la urgencia que no engendre su rebasamiento en la palabra” (p.235). Haciendo referencia a la importancia del discurso del paciente que llega a las instituciones y es tomado por los profesionales.

Así mismo la autora Sotelo (2007) continúa diciendo que ante la urgencia el paciente no quiere saber nada del por qué le pasa lo que le pasa, lo único que pide es que el terapeuta lo vuelva a su estado anterior, entonces es así que en las guardias y admisiones los profesionales evitan responder ante esa demanda desesperada del sujeto por volver a

ser como el de antes y en su lugar se le propone recorrer el camino de los vericuetos de su decir, para que él se invente una nueva versión de su historia causada por ese traumatismo.

La dimensión del tiempo en la urgencia es un tema crucial, donde a los profesionales se les exige la rapidez sin errores, pero es también el propio paciente el que expresa que no hay tiempo, entonces es ahí cuando el analista le propone “hay todo el tiempo, cuénteme qué le pasa, tiene todo el tiempo” (p.33). Se propone un instante para ver, para localizar algo de esta urgencia, para que el sujeto pueda hablar, pueda expresar a través de su discurso.

Es así entonces que la clínica de la urgencia posibilita ese encuentro entre el sujeto y aquello que le pasa, es poder localizarlo dentro de sus palabras logrando una nueva historia de él a partir de esa ruptura, de ese traumatismo. Siendo así las intervenciones del psicólogo fundamentales ya que deben apuntar a la restauración subjetiva, tratando de que el sujeto hable, que se represente.

Metodología

Nivel y tipo de investigación

En cuanto al nivel de la investigación es descriptivo ya que buscó especificar características y propiedades de un determinado fenómeno, en este caso acceder, a través de la lectura de los casos de los profesionales psicólogos como subjetivaron la amputación traumática los sujetos que atravesaron por esta experiencia, sin introducir hipótesis causales de ningún tipo.

El enfoque de la investigación es enfoque cualitativo porque se analizó la escritura de los casos, buscando describir, comprender e interpretar las experiencias y los significados producidos por los pacientes en las entrevistas, tomadas por los psicólogos.

Por otro lado, el enfoque cualitativo se explica por un proceso de investigación inductivo y contextualizado.

En la presente investigación y de acuerdo a su enfoque cualitativo se buscó avanzar desde las particularidades encontradas en cada relato de caso hacia el encuentro de regularidades en la totalidad de los casos leídos, estudiados y analizados mediante un proceso de comparación constante. En la consideración tanto de cada uno de los relatos como de la totalidad de los mismos, el contexto del cual han surgido fue tenido en cuenta e incluido en el trabajo de investigación.

Diseño de investigación

El diseño de investigación desde una perspectiva cualitativa es el diseño narrativo, donde el investigador recolectó datos, mediante la lectura de los casos, sobre las historias de vida y experiencias de los pacientes que accedieron a entrevistas preliminares con los psicólogos del Programa Funcional de Salud Mental desde su propio marco epistémico de referencia.

La elección de este diseño se basó en que un caso es una narración escrita de aquellos fenómenos subjetivos que surgieron en el marco de la experiencia analítica en el marco de las entrevistas preliminares narradas por quien dirigió esas entrevistas.

Tratándose de una investigación que no toma fuentes primarias sino que abordaba al fenómeno desde la perspectiva de quienes construyeron los casos, el relato de los casos fue el material de análisis.

Definición de conceptos centrales

Posición subjetiva

Para hablar de posición subjetiva se va a definir primero qué es la localización subjetiva, así Miller (2008) va a decir que lo esencial es localizar el decir del sujeto, es localizar lo que el paciente nos dice, es poder lograr “cuestionar la posición que toma aquel que habla con relación a sus propios dichos” (p.39). Es poder localizar el decir del sujeto, es conocer la posición que aquel que enuncia toma con relación a su enunciado, de esta forma tanto la evaluación como la localización subjetiva constituyen a la subjetivación. También dicho autor expresa que la posición subjetiva que el sujeto tiene frente a sus dichos van introduciendo al sujeto en su inconsciente. “Una cosa es el dicho, el dicho como hecho, y otra lo que el sujeto hace con lo que dice” (p.44).

Así se puede decir que la localización subjetiva es lograr aparecer una caja vacía en el sujeto, donde se puedan inscribir variaciones de esa posición, es lograr que el sujeto con lo que dice pueda percibir las diferentes posiciones y modalizaciones con relación a su dicho (Miller, 2008).

Amputación traumática

Se define como la separación total o parcial de un segmento del miembro del resto del cuerpo producto de accidentes de tránsito, laborales de maquinaria pesada o producto de ataques terroristas, guerras o desastres naturales (Echavarren et al., s.f.).

Acá lo traumático no es entendido de igual manera que en el psicoanálisis, ya que basa en la idea de que cualquier efecto que provoque los afectos penosos del miedo, de la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico es entendido como traumático (Freud, 2005e).

En la presente investigación se busca conocer cuál es la posición subjetiva que asumen frente a la amputación traumática los sujetos de entre 20 y 40 años de edad que atravesaron por esta experiencia en un Hospital General, de esta manera se intentará localizar algunas categorías de este fenómeno a fin de concretizarlo en la realidad.

A propósito de esto en el desarrollo de los casos se buscó temas tales como;

Experiencias subjetivas en torno a la amputación traumática. Se refirió a las experiencias del sujeto plasmadas en el caso escrito en relación a sus funciones corporales, los significados atribuidos al miembro amputado, la intervención médica, etc.

La posición del sujeto frente a lo que dice de la amputación traumática vivida. Se refirió al lugar desde el cual sujeto se posicionó en relación a los dichos,

plasmados en el caso escrito, sobre la situación vivida, su vida anterior a la amputación traumática y los sentidos a los que ésta remite.

La Identificación de las modificaciones en la posición subjetiva de los sujetos.

Se refirió a los cambios en el lugar desde el cual el sujeto se ubicó a partir de la amputación traumática, captada por el profesional que relató el caso, así como el establecimiento de la transferencia y su implicación subjetiva.

Estos tópicos eran posibles categorías, los que se mencionaron a título de ejemplo. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que durante la investigación surgieron dos tópicos que no habían sido contemplados inicialmente

Fuentes de información

Tratándose de una investigación que no tomó fuentes primarias sino que abordó al fenómeno desde la perspectiva de quienes construyeron el relato de los casos, las fuentes con las que se trabajó fueron de tipo secundario y seleccionado tanto por ser posible su acceso así como por su posibilidad de responder a la pregunta de investigación.

Esto determinó la elección de un muestreo por conveniencia.

Los casos que fueron creados por profesionales psicólogos cumplieron con los siguientes criterios:

Haber sido elaborados por los profesionales practicantes del psicoanálisis que tomaron las entrevistas a los pacientes amputados, en el contexto hospitalario (sala, servicio de emergencia o consultorio externo).

Encontrarse desarrollados por escrito, disponibles de manera física o virtual y autorizados por sus autores para su uso como material de investigación, lectura y análisis. Resultado del trabajo de entrevistas preliminares con pacientes que sufrieron una amputación traumática, razón por la cual fueron derivados al Programa Funcional de Salud Mental.

Relatos de casos elaborados por profesionales de un Hospital General de la provincia de Salta en los años en el periodo que va desde el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2021.

Es necesario aclarar que los profesionales psicólogos fueron entrevistados a fin de obtener mayor información sobre el contexto del caso motivo por el cual deberán dar su consentimiento informado.

Contexto y periodo

El contexto de esta investigación fue la ciudad de Salta, sin embargo aunque no se trabajó con pacientes de manera directa es necesario mencionar que los relatos de casos que fueron analizados habían sido elaborados y escritos en su totalidad por los profesionales psicólogos a partir del trabajo con sujetos que sufrieron amputaciones traumáticas y fueron asistidos en el Servicio de Salud Mental del Hospital Público de Autogestión San Bernardo, dentro del Programa Funcional de Salud Mental dependiente del Programa de Clínica Médica del nosocomio, el cual está ubicado en Avenida José Tobías 69 Ciudad de Salta (HSB, 2021).

A los fines de aclarar el contexto de los casos cuyos relatos se tomaron en esta investigación se describió el mismo.

El proceso de amputación se lleva a cabo de la siguiente manera, el paciente accidentado ingresa por el servicio de emergencia, el mismo es evaluado por médicos en el sector de triage y dependiendo de la situación el paciente es derivado al sector de shock room sin importar el sexo del mismo, sector en el cual será evaluado por los especialistas como ser, médicos vasculares, traumatólogos, cirujanos, entre otros.

Luego de esta evaluación se determina el procedimiento quirúrgico, donde la amputación se realiza en el quirófano central debido a la gravedad de la situación, una vez realizado dicho procedimiento el paciente queda internado en el sector de terapia intensiva u otros servicios, principalmente el servicio de Ortopedia y Traumatología.

Una vez estabilizado el paciente interviene el Programa Funcional de Salud Mental, el cual es solicitado mediante una interconsulta por el médico tratante, por lo general médicos traumatológicos o vasculares. Es importante aclarar que en determinadas ocasiones los médicos especialistas que llevarán a cabo el procedimiento quirúrgico pueden pedir una interconsulta al Servicio Funcional de Salud Mental antes de la amputación.

Por último dependiendo de la situación clínica del paciente, este será dado de alta con un turno asignado por el profesional tratante para así, continuar su abordaje en consultorio externo.

El periodo de la presente investigación comprende un tiempo de tres meses dentro del año 2022, dichos casos tomados fueron atendidos en este Programa Funcional de Salud Mental en el periodo que va desde el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2021.

Técnicas de recolección de información

Las técnicas que se utilizaron en esta investigación fueron; la observación documental y la entrevista semi estructurada.

La observación de documentos se efectuó a partir de la lectura y análisis de contenido de los registros de los casos aportados por los profesionales del Programa y de todo otro documento en formato escrito o digital que pudo servir para la descripción de los casos, observándose en ellos aquellos enunciados o comportamientos que son manifestaciones clínicas de las categorías que se pretendieron analizar.

La guía de observación de registros se presenta en el apéndice C.

Con respecto a la entrevista se realizó de manera presencial en el Programa Funcional de Salud Mental del Hospital de Autogestión San Bernardo, a dos profesionales que desempeñan su labor en dicho servicio. La entrevista semi estructurada permitió recolectar información sobre el fenómeno investigado en cada caso estudiado. También se les permitió a los profesionales psicólogos entrevistados incluir temas que consideraron de interés.

La guía de entrevista se presenta en el Apéndice D.

Procedimiento de recolección de información

Primeramente una vez que el proyecto fue aprobado se inició con las gestiones administrativas pertinentes en el Hospital Público de Autogestión San Bernardo de la Provincia de Salta para acceder a los casos abordados en el Programa Funcional de Salud Mental.

Una vez aprobada dicha gestión se coordinó la disponibilidad del acceso a los relatos de casos de acuerdo a su formato disponible papel o virtual como aquellos.

La lectura del material de entrevistas se realizó en un lugar destinado para tal fin dentro de la institución, hasta obtener toda la información sobre el caso escrito.

Con respecto a las entrevistas con los profesionales autores de los casos, las mismas se efectuaron de manera individual y presencial con cada uno, realizándose al menos una entrevista por cada caso estudiado.

Estas entrevistas tomadas de manera presencial, fueron grabadas, además se pudo contar con el soporte físico de papel para la realización de la bitácora de análisis y anotar aquellos datos pertinentes que surgieron en el encuentro.

Una vez tomadas las entrevistas, se llevó a cabo la transcripción de dichos audios correspondientes a las entrevistas, integrándose esta información al relato de cada caso que fue descrito de manera exhaustiva en el informe final de investigación.

Coreografía de análisis

En el presente trabajo, al tratarse de una investigación cualitativa, el análisis de la información se desarrolló de manera simultánea a la obtención de la misma.

En un primer momento se procedió a la reducción de los datos es decir que, se efectuó una transcripción de los casos leídos facilitados por los profesionales psicólogos, así como también se organizó la información que se obtuvo de las entrevistas.

En segundo lugar se procedió a identificar unidades de significado construyendo categorías por comparación constante. Se tuvieron en cuenta las tres categorías mencionadas inicialmente, pero surgieron otras quedando constituidas de la siguiente manera:

- **Experiencias subjetivas en torno a la amputación traumática.**
- **La posición del sujeto frente a lo que dice de la amputación traumática vivida.**
- **La Identificación de las modificaciones en la posición subjetiva de los sujetos.**
- **El trabajo con los Otros.**
- **Relato de casos como instrumento de formación y práctica.**

Las palabras o párrafos utilizados por el autor de cada caso podían ser asignadas a una u otra categoría por ejemplo, aquellas unidades que se refieran a “las experiencias subjetivas en torno a la amputación traumática” recibirán el código “EAT”, las unidades que se refieran a “la posición del sujeto frente a lo que dice de la amputación traumática vivida” recibirán el código “PAT”, las unidades que se refieran a “la Identificación de las modificaciones en la posición subjetiva de los sujetos” remite recibirán el código “IMP”.

Finalmente se efectuó la descripción de las categorías que surgieron, los significados de cada una y las relaciones que existen entre ellas en base a la lectura de los casos y las entrevistas a sus autores.

A partir de la saturación de datos se detuvo el análisis y se procedió a la redacción del reporte de la investigación.

Para asegurar **la credibilidad** de la investigación se optó por llevar medidas tales como;

- Se tomaron todos los relatos de los casos que fueron proporcionados por las profesionales hayan sido estos homogéneos o heterogéneos.
- La triangulación de datos estuvo asegurada por la utilización de dos técnicas.
- Se efectuó una comparación constante con la teoría que sirvió de enfoque.
- Se usaron descripciones detalladas y profundas de cada caso utilizado en base a al relato y la información proporcionada por su autora.

La **transferencia** se aseguró en la medida en que los resultados de la investigación no excedían a los casos estudiados aunque fueran relacionados con los conocimientos aportados por la clínica psicoanalítica.

La **confirmabilidad** estuvo relacionada con la descripción detallada de los casos analizados, incluyendo todos aquellos datos que pudieron resultar inclusive contradictorios. Además se tuvo en cuenta las reflexiones y limitaciones del investigador.

Por último, para asegurar la **dependencia**, la investigación evitó el uso de preconceptos u apreciaciones sesgadas a la hora de analizar la información. Se trabajó bajo la dirección y supervisión de la directora de tesis y se tomó todo el material de manera detallada sin omisiones.

Resultados de la investigación

A continuación se presentarán los relatos de los casos los cuales se basan en el material proporcionado por los profesionales psicólogos, los cuales figuran en el Apéndice E.

Relato de caso “S”

El relato del caso que se presentará a continuación fue elaborado por uno de los profesionales residentes de la Residencia interdisciplinaria de Salud Mental (RISAM) en período de rotación programada por el Programa Funcional del servicio de Salud Mental del Hospital Público de Autogestión San Bernardo, tanto las viñetas clínicas como las intervenciones fueron realizados por el profesional psicólogo.

Dicho relato de caso se trata de un sujeto de género masculino, de 32 años de edad residente de la provincia de Salta, el cual ingresa al servicio de emergencias del Hospital Público de Autogestión San Bernardo por un accidente de motocicleta. Dicho sujeto se encontraba circulando con sus dos hijos al momento del accidente.

Al momento del ingreso al nosocomio el sujeto presentaba fractura expuesta de miembro inferior derecho, de tal manera que queda a cargo del Servicio de Traumatología y Ortopedia. El paciente quedó internado en dichas instalaciones, siendo así, el primer contacto con el Programa Funcional de Salud Mental por una derivación de interconsulta del Servicio de Traumatología y Ortopedia.

Se puede observar en dicho relato del caso que la primera consulta a los profesionales psicólogos, mediante una interconsulta plasmada en el sistema informático Salta Salud, expresa:

“paciente de sexo masculino, 32 años de edad presenta insomnio desde sus primeros días de internación”.

Frente a esto el practicante expresa:

“la imposibilidad de sostener el sueño, el que se ve interrumpido por una inundación de imágenes que de por sí rompen la escena produciendo el despertar”.

Tomando un recorte de la entrevista con el practicante él expresa qué:

P:- *“el paciente manifiesta al Servicio de Traumatología y Ortopedia que él no puede dormir ya que presentaba múltiples interrupciones (aproximadamente entre 3 o 4 durante la noche.*

Se le vienen a la mente numerosas imágenes relacionadas con el “accidente” que produjo su internación. A esto se le suma que dichas imágenes producen un efecto en la esfera motriz generando movimientos involuntarios lo

que acarrea gran dolor debido a que el paciente debe permanecer inmóvil, para favorecer la cicatrización ósea, y ya que posee un tutor externo”

Continuando con un recorte de la entrevista con el profesional él expresa que;

P:- “en este espacio no se interpretó ni realizó grandes intervenciones, el simple hecho de haber brindado un espacio de escucha atenta permitió al sujeto poner palabras a esto que lo afectaba, lo que produjo efectos en sus síntomas.

Las sesiones fueron dos veces por semana en el Servicio de Traumatología y Ortopedia como así también en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva, él expresaba su dolor y su tristeza por el hecho de estar internado, se sentía abandonado y que nadie lo escuchaba.”

El profesional además expresó durante la entrevista que;

P:- “las intervenciones con el paciente se realizaron en el servicio de internación, donde yo estaba al pie de la cama con el paciente, siendo un arduo trabajo de escucha, él manifestaba dichos relacionados con “el agotamiento e insistencia de poder retirarse de la internación. Este pedido por el paciente fue impedido por la realidad de su cuerpo, por su familia y por los médicos.

Este paciente tenía la urgencia de poder retirarse del servicio de internación ya que no podía ver a sus hijos, ya que estos eran menores y no los dejaban ingresar a la institución. La urgencia de poder retirarse del Hospital pasaba también por el cambio de vida que esto significaba, él trabajaba como despachante de aduana en el aeropuerto y cuando inició la pandemia dejó de asistir de forma presencial a su ámbito laboral pero continuó percibiendo su salario mensual. Al año siguiente, la empresa decidió desvincularlo de su actividad laboral, con el dinero que percibió de la empresa decidió comprarse “una moto” y trabajar de manera independiente como delivery, él ayudaba con el sustento de la casa y ahora verse imposibilitado para trabajar lo angustiaba y preocupaba”.

Además se observa que;

“el accidente y hospitalización de S es una circunstancia que aparece como un acontecimiento inesperado que irrumpe en su cotidianidad y que tiene efectos en diferentes dimensiones de S, significó una reorganización de la cotidianeidad familiar en torno a su actividad laboral, cuidado de sus hijos y el acompañamiento”

Tomando del relato del caso una expresión del paciente se observa que este dice;

“yo me quiero ir de acá, me siento abandonado, solo, triste, yo tengo psoriasis y esta situación me empeora, me hacen poner nervioso y comienzo a descamar.

Me siento abandonado en este lugar”.

Tomando del relato del caso una intervención del profesional este expresa; *“la internación y el cuadro clínico de S fue desmejorando, en su miembro inferior derecho presentó una infección en partes blandas (músculo gemelo - pantorrilla), se le formó una úlcera, ante esto el equipo médico que lo asistía inició con tratamientos por medio de curaciones y administración de antibióticos. Como la misma no cedió, en segunda instancia se comenzó a realizar toilette en quirófano, para hacerle una escarectomía, le han colocado en la pierna derecha un aspirador”.*

Ante esto se observa que el paciente expresa en el relato del caso; *“Pasan todos los médicos en las reuniones esas que hacen cama por cama y ahí dicen una cosa, pero después no se hace nada de lo que dicen. No cumplen su palabra, no quiero seguir acá, quiero irme, me está haciendo mal esto, yo entre por una quebradura en la pierna, la infección que tengo ahora es por el abandono”.*

Continuando con la entrevista al profesional y tomando un recorte de esta se puede ver;

P:- *“S. ante toda esta situación de internación empezó presentar insomnio nuevamente, se muestra ansioso e irritable.*

Recuerdo que S. manifestaba;

“Si me van a tener que amputar que lo hagan cuanto antes, no quiero seguir estando aquí, necesito irme”. Entonces ahí empezamos a trabajar sobre dicha urgencia permitiéndole que el vehicule por medio de la palabra sus malestares sin juzgar su postura.

Después uno de los médicos de planta del Servicio de Traumatología luego de una revista de sala, quedó conmovido por la situación del paciente y le promete “yo te voy a salvar la pierna”. Donde S. le hace saber que este no es su deseo”.

A:- *“¿Qué pasó con S. a partir de esta situación con el médico?”*

P:- *“el equipo de RISAM se reunió con el médico tratante y con la familia del paciente, con el fin de evaluar la situación de salud física y mental de este.*

Es así, que a partir de dicha reunión tanto el traumatólogo como los familiares coinciden en realizar una última intervención en quirófano, de no funcionar dicha intervención se procederá con la amputación debido a que seguir insistiendo podría derivar en complicaciones que pongan en riesgo la vida del paciente”.

Se desprende del relato del caso que;

“Cada vez que se le hacía un toilette, S pierde escasa cantidad de sangre con lo cual, el paciente fue trasladado a terapia intermedia debido a cuadro de anemia, se le indicó una transfusión de sangre”.

Se puede observar en una de las intervenciones del practicante en el relato del caso que él expresa;

“al paciente se lo ve bastante deteriorado físicamente y agotado mentalmente”.

En el relato se observa que el paciente expresa ante esta situación;

“Si no me amputan ya me voy a mandar una macana grande, necesito irme, no puede ser que haya ingresado por algo en mi pie derecho, y ahora tengo cables por todos lados”. “Tengo mangueras en todos lados, es muy triste ver mi cuerpo así”.

Otro de los recortes de la entrevista con el profesional expresa que;

P:-*“el paciente empezó a no aguantar más la situación de internación, las curaciones, el toilette y las condiciones de abandono que supone esto, el mismo solicito la amputación y firmó el consentimiento.*

La idea del médico de querer salvarle la pierna abusa de su deseo de sanar, ya que no se escucha al sujeto quien insiste fervorosamente en no querer someterse a todas las cirugías y el tiempo que implicaría “salvar la pierna”.

El altruismo en el cual se basa la idea del médico “Salvar la pierna” vela el hecho de ubicar al otro en el lugar de objeto.

Finalmente, cuando los criterios médicos indicaron que debía ser, se amputó la pierna”

A:- *“¿Entonces que paso a partir de esta situación?”*

P:-*“en este momento, desde nuestro servicio se decidió brindar un espacio en el cual el paciente pueda expresar algo de su urgencia, buscando dar entidad a algo*

de la posición del sujeto quien fue silenciado. Por otra parte, en conjunto con el equipo, se intentó trabajar con el traumatólogo tratante y la familia a fin de que puedan diferenciarse las realidades del paciente de las del equipo.

S. por momentos está inapetente e irritable en ciertas ocasiones refiere “no quiero hablar con nadie, no estoy para nadie”, nosotros desde el equipo decidimos alojar su malestar y escucharlo. El insomnio comenzó nuevamente a acentuarse, S. refiere no dormir durante las noches debido a sentirse muy acelerado y con mucho malestar, es así que se le sugiere la posibilidad de realizar una consulta con el médico psiquiatra, lo cual él aceptó.

Así el equipo de RISAM solicitó una interconsulta con el médico psiquiatra del hospital, el cual él valoró a S. y le prescribió Quetiapina 50 mg, un comprimido por día, en la cena”.

En el desarrollo de dicho relato de caso se observa que algunas de las intervenciones que realizó el practicante a partir de la amputación de la pierna hacen referencia a:

“es posible observar que la angustia del paciente no pasa por ahí, sino que se localiza en el encontrarse conectado a diferentes dispositivos (“Tengo mangueras por todos lados, con qué más me van a atar acá”). El paciente posee drenajes en ambos lados de su tórax, sondas y sueros, esto no hace otra cosa que inmovilizar y sostener en este lugar que tanto lo angustia”.

Otra de las intervenciones es referida a; *“un cuerpo cortado y un cuerpo atado”.*

Al final del desarrollo del relato del caso el practicante se cuestiona, *“¿qué sucede con su amputación?, observándose qué:*

En un primer momento luego de la amputación el paciente refiere “me siento mucho más aliviado, me puedo mover de un lado para otro, me puedo sentar, me siento más tranquilo porque ya sé que me tengo que recuperar rápido y estoy más cerca de poder irme de este horrible lugar”.

S. hasta este momento no manifiesta angustia en relación a esto, lo habla con naturalidad y no problematiza. Cabe aclarar que el mismo de diferentes modos fue trabajando la posibilidad de amputación durante la internación, esta es una pérdida que seguramente deberá abordarse, más insistir en trabajar estas cuestiones en este momento, no es otra cosa que sostener el lugar de imponer al otro un trabajo terapéutico, es seguir sosteniendo lo que debería ser y no respetar los tiempos a de la subjetividad”

Por último tomando uno de los recortes de la entrevista con el practicante del psicoanálisis él expresa;

A:- *“¿Podría precisar la posición subjetiva del sujeto?”*

P:- *“para este paciente la amputación era una solución, una salida a esa angustia, una salida a no sentirse abandonado, atado, él prefirió perder una pierna a volver a tener que transcurrir la angustia que producía esta escena, en la que se puede pensar que se jugaba su lugar en el deseo del Otro, ya que esto se relacionaba con su vida infantil y su historia, él expresó en una de las sesiones, yo me fui de mi casa a los 16 años por que no soportaba más, ellos nunca entendieron mis decisiones, nunca me escucharon, siempre estuvieron muy ocupados en sus cosas y no me prestaban atención cuando lo necesitaba”.*

A:- *“¿Cree que el paciente en cuestión manifestó cambios en su posición subjetiva a partir de la amputación traumática? ¿Cuáles serían esos cambios de posición subjetiva?”*

P:- *“para mí el paciente no manifestó cambios en su posición subjetiva a partir de la amputación traumática, más bien ese procedimiento quirúrgico le permitía poder retirarse del establecimiento hospitalario que le causaba tanto malestar y angustia, claramente esa angustia se conectaba con su historia, con su vivencia de ser abandonado.*

Se puede ver con este paciente que el tema de la amputación de su miembro inferior pasa a un segundo plano, pasa a ser la “solución” para que él se sienta nuevamente libre y deje de estar en posición de objeto del deseo del Otro.

Es importante mencionar que en este paciente en un primer momento no se habla de amputación, sino más bien él ingresó por una fractura y el hecho quirúrgico se presentó después cuando su cuerpo ya no resistió a las curaciones, eso también influyó en la posición que tomo S frente al hecho”.

Finalmente cabe aclarar que en dicho relato del caso el paciente que;

“En cuanto a sus cuidados posteriores a la amputación, se han abordado diversas temáticas en torno a su cuerpo, un cuerpo que no aguanta más la estancia de internación, que está deteriorado, y que el manejo de la información de la clínica le es indiferente. Con 80 días de internación, es dado de alta y se le ha propuesto que pueda asistir al Consultorio Ambulatorio de Salud mental la semana siguiente”.

Por último se observa en el relato del caso que;

“Si bien S estableció una alianza terapéutica con el equipo RISAM, la mala transferencia hacia el hospital y personal médico dificultó que se pueda realizar un seguimiento. No obstante, el equipo RISAM realizó articulaciones interinstitucionales, principalmente con primer nivel y Centro de rehabilitación física en pos de garantizar el acceso a la atención y cuidado de su salud así como mejorar su calidad de vida”.

Relato Caso “M”

El relato del caso M que se presentará a continuación fue elaborado por una de las profesionales del Servicio de Salud Mental del de Salud Mental del Hospital Público de Autogestión San Bernardo, tanto las viñetas clínicas como las intervenciones fueron realizadas por la profesional psicóloga.

Para respetar la estructura formal del relato del caso, que posteriormente será sometido a análisis, se mencionaran los subtítulos que el mismo contiene.

De la interconsulta y la demanda

Dicho relato se trata de un sujeto de género masculino de 30 años de edad, oriundo del norte de la provincia de Salta, el cual ingresa al servicio de emergencias del Hospital Público de Autogestión San Bernardo por presentar quemaduras de gravedad significativa en sus piernas, producto de un accidente que se originó por una fogata realizada por el sujeto, quien después de ingerir bebidas alcohólicas se cayó sobre el fuego y fue rescatado por un amigo del mismo.

Al momento del ingreso del paciente al hospital este fue atendido en el servicio de emergencias y fue asistido por los diferentes profesionales. El servicio de Traumatología y Ortopedia fue el que realizó la amputación de ambos miembros inferiores debido a la gravedad de las quemaduras.

De la interconsulta y la demanda

En el relato del caso se puede observar que el primer contacto con el paciente fue; *“mediante una interconsulta proveniente del Servicio de Ortopedia y Traumatología del nosocomio hacia el Servicio de Salud Mental donde la practicante entra en contacto con M”*.

Esta primer interconsulta expresa;

“Hombre joven de 30 años de edad con amputación de miembros inferiores en plan de alta hospitalaria después de 9 meses de internación. Se solicita valoración y conducta”.

En el relato del caso se puede ver qué;

“M, desconoce qué es un psicólogo, ya que su vida transcurrió en el interior de la provincia, entre un pequeño pueblo y largos períodos en el monte. Es en éste último lugar donde dirá que: “está su vida”. Manifiesta ser trabajador de “donde

hay algo para hacer” y que durante largos períodos subsiste viviendo de lo que caza o encuentra en el monte. “El machete es mi vida” Nada verbaliza acerca de la amputación de ambas piernas, permanece acostado desde hace nueve meses, sin familiares ni visitas. No solicitó tampoco asistencia ni esperó que su familia fuera a visitarlo. Subsistió”.

La practicante expresa que, habilitada la palabra, M. irá desplegando su relación con el Otro y con los otros, durante el tiempo transcurrido de internación, *“tengo cama y comida, estoy bien”*. Se vale de la asistencia de enfermería en los momentos disponibles y de algún familiar de otros internados en la misma sala quienes le ofrecen espontáneamente comida, agua o le alcanzan objetos. *“yo no pido niaca, ellos me dan” aclara*. Marca una distancia afectiva y expresa que no quiere quedarse con cosas ajenas, no puede pagarlas.

La practicante interviene diciendo que no todo debe ser pagado, ante lo cual M la mira con extrañeza.

De la Infancia

En el devenir de las sesiones, realizadas en el Servicio de Traumatología y Ortopedia, en tanto el paciente no podía ser movilizado, la practicante recorta los dichos y el relato de su infancia:

“M. es el noveno de 11 hermanos varones, su vida transcurrió en un puesto rural alejado con poco contacto con personas ajenas a la familia. Asistió “cuando se pudo” a la escuela. No tiene esposa ni hijos. Presenta a su madre como una mujer “duuuuura y que no se anda con vueltas” y a su padre como un hombre que trabajaba duro y bebía.

La violencia del padre hacia la madre, era frecuente. Refiere durante esos episodios: “Yo me piraba al monte con el machete” “Algunos hermanos también” Nadie lo buscaba, regresaba a los días.” Ahí aprendí a cazar, lo que había, lo que podía y a joder con el fuego”.

En cuanto a los relatos de su infancia se observa que;

“Las ausencias por horas o días no eran sancionadas, simplemente regresaba a su casa, especialmente cuando el padre no estaba”.

Y en cuanto a sus padres el paciente expresa;

“Mi viejito se murió tomando”. “A mi viejita le va mejor y maneja el puesto con un hermano que se ha hecho de mujer. “Se vive mejor” “yo vuelvo más”.

De la internación. Una solución posible

En el relato del caso el paciente manifiesta que ha comenzado a soñar más y relata un sueño en donde se levanta y expresa, *“me caigo pa’ la mierda. Las piernas parecen trapos. Me arrastro pal’ monte... no puedo alcanzar mi machete... me despierto y quiero llorar...”*

Al finalizar el relato estalla en llanto y agrega:

“Ud. ¿sabe doña? Yo no me he mirado, ni me he tocado ahí... cuando me vienen a curar cierro los ojos, cuando me da por verme cierro los ojos fuertes”...

“Aprieto fuerte las manos para no tocarme y me quedo bien quieto”.

Se recorta la intervención de la practicante, *“no te has tocado ni mirado en mucho tiempo”*, él expresa, *“Tengo miedo... yo siento que están, hasta duelen fiero... si me toco... si me miro...”*

La practicante retoma sus dichos puntualizando: *“Si me toco, si me miro...”*

M, responde, *“Dicen que las cortaron... pa mí es como que están... ¡las siento!”*

Tras diez meses de internación, M comienza a bordear la amputación. El registro del cuerpo emerge. Las piernas parecen trapos que no alcanzan a sostenerlo pero están. La vivencia del miembro fantasma sostenida por largo tiempo vela parcialmente, no obstante algo ha comenzado a perturbarse en la consistencia corporal a pesar del tiempo transcurrido del corte operado en el organismo, dirá la practicante en el relato.

Se destaca la siguiente escena- efecto:

En la sesión siguiente M se encuentra cubierto completamente, las enfermeras refieren que no quiso comer, *“parece que llora, nunca lo vimos así”*.

Con angustia refiere a la practicante,

“Doña... me toque las piernas... y no están... Ni rodillas tengo... pero si yo las sentía... y no están. Me toco y me toco y no quiero creer.”

El relato de la escena en la cual toca el cuerpo y recorre la amputación con el consecuente surgimiento de angustia, se repite en varias sesiones.

Simultáneamente el Servicio de Kinesiología y Fisiología comienza a trabajar de manera más intensiva con M., y la realidad del cuerpo a través del movimiento se hace presente, él expresa,

“quieren que me siente y yo ni puedo... menos en la silla con ruedas, no me sostengo y me voy pa cualquier lado, yo no sabía Doña... yo no sabía... ¡me atan pa’ que no me caiga! – Exclama con sorpresa-.

Se observa en el relato del caso como algo del cuerpo irrumpe y se hace presente para M, ya no mantiene los ojos cerrados y se evade a un lugar seguro a modo de solución, sino que algo insiste y no puede dejar de mirar.

Expresa la practicante;

“El traslado en silla de ruedas por el hospital lo confronta con su reflejo en vidrios, puertas; se angustia, pide verse bien en el espejo del baño. Frente a la imagen en el espejo enmudece y permanece en silencio un par de días.

Se aloja el silencio en las sesiones, las cuales ya no se realizan en la sala de Traumatología sino en un consultorio del Servicio de Psicología. Asiste, pero no habla”.

Finalmente, dice la practicante que él paciente manifiesta:

“ya no soy yo- dirá finalmente- me machetearon las piernas” “ya no puedo machetear yo”.

La practicante interviene: *“hay otras formas de seguir macheteando M”.*

Se constata a modo de efecto, el cese de la angustia y de las noches de insomnio.

Del joder y joderse con el fuego

Durante la entrevista a la practicante, refiere que el paciente por primera vez en las sesiones cuenta cómo fue su accidente, casi 10 meses después de estar internado. Al respecto dice que en una sesión el paciente interroga:

“ Ud. ¿sabe por qué me paso esto? y agrega: por joder con el fuego... me jodí.”

Se inaugura un tiempo de comprender, destaca la practicante, en el cual comienza a desplegar las coordenadas del encuentro con un real traumático.

M expresa; *“Fue en el monte, chupamos, prendimos fuego, dicen que me caí en el fuego. Parece que estaba borracho, mis piernas quedaron en el fuego, se prendieron. No me acuerdo. Dicen que alguien se recordó y me saco del fuego. Yo ya me acuerdo de la ambulancia y de acá... dicen que me han salvado... ¿Me salvaron Doña?” –Sonríe-.*

La practicante interviene: *“joder... joderse. Salvar... salvarse”*

El responde, *“¿Ud. dice que yo me tengo que salvar? -Silencio prolongado-... No tengo piernas”.*

Nueva intervención de la practicante: *“Ud. tiene un cuerpo”.*

Macheteando. La construcción de una solución

En este tiempo, se destaca del relato el siguiente recorte de la practicante y el paciente:

“¿Sabe Doña? El médico me dijo que con las prótesis iba a poder hacer mi vida. Yo pensaba que me las iban a poner e iba a pararme y caminar, a volver al monte y a cazar”.

(Tras un año, de internación las prótesis llegaron al hospital).

“Pero ¿sabe? Ya sé que no me sirven para caminar. Son como las piernas de los muñecos no sirven para caminar”

Intervención de la practicante: *“¿Te sirven a vos?”*

Tras un silencio prolongado responde; *“para parecer entero, para ver que no me cuelga el pantalón”*

El alta médica se concreta, en las últimas sesiones M alude a su vida en la silla de ruedas, intenta construir un panorama acerca de su vida en el puesto rural en la silla. Alude a que ya no se podrá ir al monte, sobreviene un tiempo de insomnio.

Se destaca el siguiente fragmento del relato del caso;

“¿Ud. sabe que ya no voy a poder machetear?”

Intervención de la practicante: *“venís macheteando”.*

Es en una de estas últimas sesiones que menciona: *“¿Ud. sabe que yo también se tallar? Capaz puedo usar el machete para hacer animalitos del monte”.*

Por último tomando un recorte de la entrevista con la profesional se observa,

A: *“¿Para usted qué sentidos cree que el paciente le dio al hecho de la amputación?”*

P: *“en un primer momento, y de manera clara se evidencia la posición subjetiva frente a la amputación como una respuesta a la castración en lo real del organismo. El sujeto no encuentra recursos para velar, no se toca, no se mira, no se mueve, no demanda, la imagen del cuerpo no alcanza, el registro simbólico tampoco. Si pensamos la posición subjetiva como una respuesta frente a la castración estructural, podríamos decir que en éste primer momento prevalece un estado de negación.*

A: *“¿Cómo un machetazo?”*

P: *“Si bien el paciente no la significa en sus dichos de ese modo, creo que es válida la analogía en relación a sus dichos respecto a la función y el uso simbólico que él hace del machete. Algo de la impotencia se deja ver.”*

A:- *“¿Cree que el paciente en cuestión manifestó cambios en su posición subjetiva a partir de la amputación traumática? ¿Cuáles serían esos cambios de posición subjetiva?”*

P:- *“Los cambios en la posición subjetiva se constatan y se producen en el marco del dispositivo, bajo transferencia. No ocurre que inmediatamente después de la amputación el paciente se implica, subjetiva la falta en lo real del organismo y continúa. No existe una programación instantánea si quieres pensarla en esos términos, aún en esos términos, se estima que el proceso llevaría alrededor de un año.*

M va emergiendo, va realizando arreglos con la imagen corporal, va libidinizando nuevamente el cuerpo, calculando posibles arreglos con los otros, algo comienza a bordear de su propio deseo y es ahí donde se constata en efectos el cambio de posición subjetiva. No sin bordear algo de lo traumático.”

M se negaba a la cuestión de la amputación, para él, si no se tocaba o miraba no había pasado nada, entonces ahí, justo ahí, pero desde el sesgo, se interviene y hay efectos en la subjetividad.

Se puede observar como M, pasa desde cierto lugar de objeto caído a posicionarse frente a sus dichos y machetar una solución posible”.

Por último se observa en el relato del caso que después de un trabajo de intervenciones durante tres meses, el paciente regresa a su lugar habitual de residencia, sin poder continuar el tratamiento dado que no se cuenta con profesional psicólogo en las cercanías para efectuar la derivación pertinente.

Relato caso “F”

El relato de caso que se presentará a continuación fue elaborado por una de las profesionales del Programa Funcional del Servicio de Salud Mental del de Salud Mental del Hospital Público de Autogestión San Bernardo, tanto las viñetas clínicas como las intervenciones fueron realizadas por la profesional psicóloga.

Para respetar la estructura formal del relato del caso, que posteriormente será sometido a análisis, se mencionaran los subtítulos que el mismo contiene.

El contexto. Entrecruzamiento de Urgencias

Dicho relato se trata de un sujeto de género femenino de 20 años de edad, oriunda de la provincia de Salta, la cual ingresa al Servicio de emergencias del Hospital Público de Autogestión San Bernardo por un accidente vial. Fue atropellada por un ómnibus al intentar cruzar una calle.

Al momento del ingreso de la paciente al hospital esta fue atendida en el Servicio de emergencias y asistida por los diferentes profesionales. El Servicio de Traumatología y Ortopedia fue el que realizó la amputación de su brazo izquierdo a la altura del hombro.

En el relato del caso se puede observar que la primera demanda del tratamiento con el Servicio de Salud Mental es por una interconsulta del Servicio de Traumatología y Ortopedia, el cual expresa con mayúsculas;

“PACIENTE DE VEINTE AÑOS A LA QUE SE EFECTUÓ AMPUTACION DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO POR POLITRAUMATISMO. NEGATIVA AL TRATAMIENTO. SOLICITO VALORACION Y SEGUIMIENTO POR PEDIDO DE FAMILIARES ACOMPAÑANTES. PADRES DEMANDANTES!!! CONFLICTOS CON TRATANTES EN INTERNACION “.

Se destaca en el relato que si bien la practicante responde a la interconsulta, la posición de alojar está dirigida hacia la paciente en pos de la producción de un sujeto, F expresa, *“¿Para qué viene? No quiero hablar con nadie”.*

Escena que con algunas variaciones se repite en dos ocasiones y que la practicante aloja.

En el “entrecruzamiento de urgencias” a la cual la practicante alude, se recorta el discurso de los padres, de una entrevista familiar.

“sus padres, profesionales destacados, solicitan informes a los médicos tratantes, y a la policía, realizan trámites para ver las cámaras de seguridad de la calle donde ocurrió el accidente, con la finalidad de entablar una demanda por

el daño ocasionado a su hija. Consideran que F. se encuentra en condiciones desfavorables por el resto de su vida y que ellos deben garantizar algún beneficio económico por el tiempo que le llevará recuperarse.”

Expresan que;

“su vida ya no tiene el mismo valor” dirá la madre, rematando “este mundo es así”.

Tomando un recorte de entrevista con la profesional ella expresa;

P:- “F era una joven que se encontraba en tercer año de su carrera universitaria (“al día”), es profesora de danzas, toca un instrumento musical y es la hija única de un matrimonio que se presenta por sus profesiones”.

Además expresa que en una entrevista familiar el padre le comenta;

“queríamos un solo hijo para poder darle todo, que sea perfecta su vida y llegue lejos”, “invertimos mucho en ella”. “No habíamos pensado en lo psicológico, necesitaríamos también su informe, seguramente algún daño hay”.

A:-“¿cuál fue su respuesta ante estos dichos del padre?”

P:- le respondí que “en estos momentos se trata de algo distinto. Voy a escuchar a F. Los padres quedaron sorprendidos y en silencio”.

F. “Un intento de parar...”

Se puede observar en el relato del caso que, en un cuarto intento de establecer una entrevista con la profesional F habla por primera vez. Las sesiones con esta paciente se realizaron en el Servicio de Traumatología y Ortopedia y en el consultorio ambulatorio de Salud Mental, de esta manera se toma el siguiente recorte de entrevista;

F:- “Vos también querés que te diga ¿cómo fue el accidente?”

P:- “¿Es lo que vos querés?”

F: ¿no?” (A modo de pregunta/afirmación).

En el relato del caso s la profesional expresa que F dice no sentirse “clara”, que interroga acerca de la confidencialidad de las entrevistas y el registro de la información.

Expresa además qué:

“Tiene pocos amigos y su familia sólo quiere hablar del accidente y conocer detalles”.

F. se queja y expresa;

¿Parece que nadie se da cuenta de que me podría haber muerto? “Tampoco sé por qué sigo acá...- para rápidamente agregar: Tenemos buena obra social”.

P:- *“decís que no sabes por qué seguís acá”*.

Silencio.

En sucesivas sesiones F alude a sí misma como: *“el tesoro de mis papas”*, *“no sé quién soy... sólo sé lo que tengo que hacer y lo que ellos quieren”*- dirá la practicante.

Ante la interrogación sobre el “hacer” por parte de la practicante, F dirá:

“Ellos tienen mi vida planeada, no hay forma de convencerlos... de pararlos y yo tenía que parar...”

La profesional interviene: *“hay distintos modos de parar”*.

F. relata que hace tiempo siente un vacío, momentos de angustia antes los cuales no sabe qué hacer, *“Siempre hice lo que tenía que hacer...ya me canse pero no sé cómo salir de eso”*.

La profesional interviene; *“se trata de otra cosa”*.

F manifiesta;

“Ese día no aguante más la sensación... nada alcanza... me di cuenta que iba a ser siempre así, me desesperé... no podía calmarme... me imaginé como una máquina... Capaz soy una máquina que no piensa y solo hace- pensé. Eso me calmó un poco, una máquina se puede apagar. Bajé corriendo... yo sí vi el colectivo... sentí el golpe en el cuerpo, todo encima... Me desperté acá con la boca muy seca y no me acuerdo más. Pero cuando me desperté estaban ahí los dos... mi papá sin poder mirarme y mi mamá mirando con cara de... no sé... horror. Me hice la dormida”.

La profesional interviene; *“mirarlos menos y mirarte más...”*

¿Por lo que no sé qué quiero?- dirá F.

La máquina sin una pieza. El uso del cuerpo

Durante el relato del caso, la practicante recorta que en la sesión previa al alta hospitalaria otorgada por el Servicio de Traumatología y Ortopedia F verbaliza por primera vez una interrogación acerca de la amputación;

“la máquina se quedó sin una pieza ¿no? El piano fue... y ¿la danza?” (Expresa de manera irónica).

La profesional interviene; *“dependerá de lo que vos elijas”*, a lo que ella le contesta, *“es raro pensar todavía que se puede elegir pero se siente bien...”*

Se inaugura un segundo tiempo, la paciente asiente a continuar trabajando por consultorio ambulatorio con posterioridad al alta hospitalaria.

Tomando un recorte de la entrevista con la profesional ella expresa;

“Los padres consideraban conveniente que la paciente inicie un tratamiento en el ámbito privado con un profesional escogido por ellos para tener mayor diálogo. Se constata un movimiento, ella no accede, manifestando querer continuar su tratamiento en el Hospital”.

F. manifiesta;

“Todos me hablan de la amputación como si mi vida se hubiera terminado. Mis papás casi no me miran, miran para otro lado, o para abajo... no sabes lo que es ¡comer juntos! A la familia ni la veo... Mi papá quiere que me hagan una prótesis tipo robot. Está averiguando. Es todo muy rápido, yo todavía no sé qué hacer con esto”.

La profesional interviene; *“¡eso! ¿Qué cambió para vos?”*

Tras dos meses de producida la cirugía, F comienza a relatar en las sesiones:

“sus dificultades en su día a día para comer, vestirse, bañarse, cortar y que sus padres contrataron una enfermera para que la acompañe, lo cual ella rechaza. En una ocasión, relata que acaricio las teclas del piano con nostalgia, pero sin sentimiento, y que fue su padre quien estalló en llanto”.

En una sesión, afirma incesantemente: *“mi cuerpo, mi cuerpo... es loco que me falte un pedazo y yo no pueda dejar de sentirme como más libre. Obviamente me duele, me jode, no me gusta, lloro frente al espejo, lloro cuando me toco, la pase para la mierda con el dolor, me miro, me paro frente a un espejo desnuda a mirarme, y no te digo que no me reconozco pero es raro, ahora soy así... pero... es como que me sacaron un peso”.*

La profesional interviene, *“¿qué peso?”*

F responde;

“Si te lo digo poéticamente – expresa riendo- el peso de mis papas obvio. Son buenos, me quieren, no son monstruos, pero mi vida era pesada. Yo sé que suena loco, pero al final no me mate, si perdí un brazo pero empecé a mirarme y a jugármela por mí. Ahora que soy una...”

La profesional puntúa; *“una...”*

Ella responde;

“Una mujer sin brazo, pero linda piba y muy inteligente, jaja. Obvio que lloro, obvio que cuando me vi la primera vez me caí llorando y sé que va a pasar muuuuchas veces hasta que me acostumbre del todo o no, pero por lo menos ahora quiero vivir”

La distancia. Otro intento de separación

Por último en el relato del caso se observa que, la practicante puntea que F decide continuar sus estudios universitarios en otra provincia, los padres nada dicen al respecto pero acceden a solventarla económicamente, ella expresa;

“Pienso que va a ser mejor para todos. Yo tengo ganas obvio y los viejos, ya no me van a tener que mirar” no es fácil para ellos, me doy cuenta, pero no me quiero enganchar”.

Frente a la insistencia del padre, acerca de la prótesis para que se sienta más cómoda, F le solicita más tiempo para pensarlo, *“por ahora se arregla”.*

En las últimas sesiones manifiesta que continuará su tratamiento y pide referencias para contactar practicantes en la provincia donde continuará sus estudios. El cuerpo en movimiento, aparece en una de sus últimas preguntas: *¿Se podrá bailar sin un brazo? ¿Capaz otro estilo? F. la bailarina sin brazo* concluye riendo.

Así por último tomando un recorte de la entrevista con la profesional se puede observar;

A:- *“¿Qué sentidos cree que el paciente le dio al hecho de la amputación?”*

P:- *“en principio la amputación cobra otro estatuto en éste caso. Es el resultado de un pasaje al acto. De un intento de separación fallido y logrado. Este último punto es riesgoso. F. es amputada como resultado de un pasaje al acto: no se trata de un accidente, ve el colectivo y se tira, se deja caer. Cae de la mirada. Viene la amputación y eso permite agujerear algo de ese Otro consistente de la pareja parental. La mirada sobre “el tesoro” se aparta. Los padres quieren una reparación inmediata, lo vemos cuando piden el dinero, la compensación, el brazo robótico.*

Ahí en esa mirada que se retira, F se cuela, se vale de la amputación para hacer emerger algo distinto, posiblemente algo del orden del deseo, para iniciar un camino para separarse de otro modo.

Pago caro...para ella el poder separarse de sus padres conlleva a perder un brazo, el liberarse de este Otro le costó un precio muy alto que fue la amputación. Ella expresa que si le dolió perder un brazo y que es raro pero que esto solo fue una pérdida de un pedazo de su cuerpo, no la vida...

A:- *“¿Cree que el paciente en cuestión manifestó cambios en su posición subjetiva a partir de la amputación traumática? ¿Cuáles serían esos cambios de posición subjetiva?”*

P:- Tal vez responder esa pregunta implicaría pensar que la posición subjetiva se puede pensar en la clínica desde tres nociones: el Otro, el deseo y el objeto a.

Es un caso complejo porque es vía la contingencia de la amputación que se da lugar a esa extracción de la mirada del Otro parental. Algo alivia....algo comienza a plantearse ella en relación a la emergencia de su propio deseo, por lo menos a instrumentar otros medios de separarse como continuar estudiando en otra provincia. Le da una función a esa pérdida, ¿hace un agalma? Me pregunto siempre. Sin embargo creo que transitó un camino hacia subjetivar la amputación, está el recurso a cierto humor irónico y el predominio de la angustia frente a la imagen.

La contingencia le permitió una vía, y subjetiva la urgencia.

Finalmente se observa en el relato del caso que en las últimas sesiones manifiesta que continuará su tratamiento y pide referencias para contactar practicantes en la provincia donde continuará sus estudios.

Análisis de la información

A continuación se presentará el análisis de los relatos de casos los cuales fueron estudiados desde la perspectiva de investigación. Es importante entender que un relato de caso desde la perspectiva psicoanalítica no trata de seguir una guía pautada ni de encontrar un modelo de caso clínico que responda al discurso universal, despejados de malentendidos de la lengua (Rubinstein, 2012).

De acuerdo con la autora y desde la perspectiva de esta investigación “la construcción de un relato de caso supone un recorte, una selección, un ordenamiento que solo toma su valor a la luz de lo que dicho relato se propone y en las condiciones del dispositivo en el que se realice” (p. 40).

De esta manera se presentará en cada tema aquellas categorías que fueron pensadas en primera instancia para el análisis de los relatos de casos, para luego incluir aquellas que surgieron del procesamiento de la información recabada, sin perder de foco cual es el objetivo de esta investigación, el cual es conocer la posición subjetiva frente a la amputación traumática de aquellos sujetos entre 20 y 40 años de edad que atravesaron por esta experiencia.

Las categorías obedecen a una lógica clínica bajo la premisa postulada por Miller de que en la clínica de orientación lacaniana no tenemos patrones pero sí principios y que es preciso estudiar la clínica, el saber clínico y utilizarlo en la experiencia.

Orientada por esta lógica se seguirá en el análisis de las categorías los principios prácticos planteados por Miller (2008) a saber; evaluación clínica, localización subjetiva e introducción al inconsciente, con la operaciones de relación entre ellos: subjetivación y rectificación, con la finalidad de poder dar cuenta en cada relato de caso de la posición subjetiva en torno a la amputación traumática.

Cabe destacar el decir de Miller (2008) acerca de que “cada nivel entra en el siguiente, sin haber una separación completa de cada uno de ellos, pues en realidad se superponen” (p.19).

La observación documental en las que se basan las consideraciones siguientes se encuentran en el Apéndice F, como así también se encuentra el cuadro de análisis de categorías en el Apéndice G.

Experiencias subjetivas en torno a la amputación traumática

Estas experiencias hacen referencia a aquellos dichos del paciente que, en el relato del caso, permitían localizar su vivencia en relación a las funciones corporales, los

significados atribuidos al miembro amputado y la intervención médica, como así también los afectos en los inicios del abordaje por parte de los practicantes del psicoanálisis.

Con lo cual sus dichos permiten una aproximación al objetivo de investigación mediante inferencias acerca de una categoría clínica como es la evaluación y su operatividad en relación al diagnóstico diferencial. ¿Qué posición asume el sujeto frente a la falta? Así mismo se podrán hacer precisiones en torno a la subjetivación presentada.

Las experiencias mencionadas se vivencian de manera diversa para cada sujeto, lo cual está relacionado con la significación de su amputación, la emergencia de la angustia como afecto y lo repentino o no de la amputación de una parte de su cuerpo, ello permite contar con coordenadas diagnósticas estructurales en tanto remite a la relación estructural con la falta en la constitución subjetiva.

El contexto de un Hospital General con un perfil orientado hacia lo agudo en lo quirúrgico traumatológico, da cuenta que el cuerpo en tanto organismo se encuentra concernido. Una amputación conlleva una alteración definitiva del organismo, ésta tendrá sus consecuencias subjetivas en relación a la imagen corporal y podría pensarse también, en torno al lazo social. Ello en gran parte estará mediatizado por la posición subjetiva del paciente en relación a la castración y las posibles soluciones que vaya construyendo. Resulta importante precisar qué registro hace el paciente de este acontecimiento vivido, en tanto ello permite ver su implicación subjetiva ¿Se encuentra implicado en lo que ocurre en éste corte transversal de su historia en relación a su cuerpo?

Lo que el relato de los casos permite recortar:

Tomando el relato del caso S se evidencia que si bien en primer momento el paciente despliega en su discurso el malestar que asume la forma de queja, el mismo tiene que ver con la situación traumática que motivó su internación, las condiciones de la misma y las modificaciones inherentes a su vida. Se localiza el intento de elaboración de lo traumático en torno al sueño en tanto preservar el descanso y el dormir. Al respecto dice que, luego de lograr conciliar el sueño, *“se le vienen a la mente numerosas imágenes relacionadas con el accidente”* lo cual genera en él interrupciones durante la noche, estas imágenes rompen la escena del sueño generando un abrupto y angustiante despertar.

Esta primera expresión del sujeto se convierte en la primera demanda al tratamiento con el practicante.

Se puede observar durante la entrevista con el practicante del psicoanálisis, cómo el accidente que sufrió S provoca en él grandes cambios en relación a su cuerpo ya que expresa que, además de *“presentar múltiples interrupciones las cuales son*

aproximadamente entre 3 o 4 durante la noche para dormir”, éstas producen en él “un efecto en la esfera motriz generando movimientos involuntarios lo que acarrea gran dolor debido a que el paciente debe permanecer inmóvil para favorecer la cicatrización ósea, y ya que posee un tutor externo”. Hasta este momento es importante aclarar que el paciente todavía no había sido amputado y que recibió tratamiento dos veces por semana, donde se iban trabajando temas relacionados con la posibilidad de una amputación.

El cuerpo se hace presente en una dimensión que irrumpe no sólo en los efectos del encuentro con lo contingente sino en sus manifestaciones apartemente involuntarias y el exceso no sin acompañarse de la angustia como afecto.

Se puede observar el sufrimiento y la angustia de S al estar conectado a diferentes dispositivos lo cual lo hacen permanecer inmóvil *“atado”*, donde además expresa *“tengo mangueras en todos lados, es muy triste ver mi cuerpo así”*. Estos cambios en sus funciones corporales generan que S se presente como *“deteriorado físicamente y agotado mentalmente”*.

El practicante lo expresa taxativamente: *“es posible observar que la angustia del paciente no pasa por ahí, sino que se localiza en el encontrarse conectado a diferentes dispositivos <Tengo mangueras por todos lados, con qué más me van a atar acá>. El paciente posee drenajes en ambos lados de su tórax, sondas y sueros, esto no hace otra cosa que inmovilizar y sostener en este lugar que tanto lo angustia”*.

Otra de las intervenciones es referida a *“un cuerpo cortado y un cuerpo atado”*.

El significante “atado” es asociado con el abandono en la infancia, y la angustia se hace presente como afecto.

Frente a lo real que irrumpe en el organismo y al progresivo deterioro experimentado en el cuerpo el sujeto intenta cernir su estado actual con el significante atado. Atado al cuerpo, atado al abandono, atado al Otro hospitalario institucional.

Con respecto al caso M y las expresiones de este paciente en torno a las experiencias de la amputación traumática y su registro del cuerpo, se puede ver que estas son experimentadas desde el registro del dolor ,ya que tomando un recorte del relato del caso el paciente expresa *“yo siento que están, hasta duelen fiero”* (refiriéndose a las piernas amputadas), lo cual se relaciona directamente con la vivencia del miembro fantasma, el cual es definido como la sensación dolorosa que experimenta un paciente que ha sufrido una pérdida de extremidad, de esta forma percibe el dolor con un intenso grado de realidad, lo cual crea confusiones y vivencias que parecen alucinaciones

motrices, el sujeto siente y percibe dolores en el miembro que ha sido amputado (por Tixi-Herrera 2018).

Se puede observar entonces como en este sujeto algo del cuerpo comienza a emerger, a ser simbolizado, cuando dice *“me toque las piernas... y no están... Ni rodillas tengo... pero si yo las sentía... y no están. Me toco y me toco y no quiero creer.”*, *“Dicen que las cortaron... pa mí es como que están... ¡las siento!”*, se observa cómo *“algo ha comenzado a perturbarse en la consistencia corporal”*, de esta forma estas expresiones pueden ser entendidas desde los dichos de Schilder (1983) en relación al miembro fantasma, los fantasmas de personas que han perdido sus miembros en forma más o menos repentina, y procuran recrear la integridad de su cuerpo. Esto coincide con las experiencias expresadas por M donde siente que sus piernas todavía están.

El paciente se mantiene alejado de la angustia a partir de la creencia de un cuerpo completo, en función de la sensación corporal.

Podemos sancionar el encuentro con un real traumático que confronta con la vertiente real y produce cierto desarreglo fantasmático. El Sujeto se mantiene en la creencia imaginaria de completud. No pone a circular la mirada, no libidiniza el cuerpo desde el tacto y durante meses permanece sostenido en éste registro de manera preponderante.

En el caso del relato del caso F se puede ver qué el registro del cuerpo emerge en primer momento en relación al pasaje al acto. De sus coordenadas se extrae la significación con la cual alude al cuerpo y a la posición subjetiva de la paciente: *“la máquina”*, máquina que podía cesar su funcionamiento y de ese modo parar. Estudiante, bailarina y pianista, el cuerpo se encuentra en un movimiento incesante movido por los hilos de lo que la paciente leía como demandas de los padres y el cuerpo se presenta en constante movimiento como una máquina eficiente. La intensidad vivenciada como angustia desligada, precipita el pasaje al acto. El registro del cuerpo cobra relevancia en el golpe del ómnibus que pone un tope. La paciente lo verbaliza; *“Capaz soy una máquina que no piensa y solo hace- pensé. Eso me calmó un poco, una máquina se puede apagar. Bajé corriendo... yo sí vi el colectivo... sentí el golpe en el cuerpo, todo encima...”*

Frente a la amputación realizada, las expresiones en torno a sus funciones corporales, son realizadas desde la incomodidad y la dificultad que se le presenta para comer, vestirse, bañarse, cortar. Más adelante se precisara el modo en que el cuerpo y la resignificación sobre el mismo, introducen variaciones que permiten un uso distinto del cuerpo.

En cuanto a la angustia, el pasaje al acto parece ser una salida frente a la misma.

En relación a los dichos en torno a la amputación en cada relato de caso es en F donde el registro simbólico cobra relevancia en torno a la amputación traumática en relación al cuerpo. Así la sujeto dirá:

“La máquina se quedó sin una pieza ¿no? El piano fue... y ¿la danza?” (Expresa de manera irónica). Constituyendo la primera verbalización directa acerca de la amputación.

A lo largo de las sesiones, la “ausencia de pieza”, y vía las intervenciones de la analista practicante, darán lugar a la emergencia del significante “peso” con la consecuente disminución de angustia como efecto. F expresa, *“mi cuerpo, mi cuerpo... es loco que me falte un pedazo y yo no pueda dejar de sentirme como más libre. Obviamente me duele, me jode, no me gusta, lloro frente al espejo, lloro cuando me toco, la pase para la mierda con el dolor, me miro, me paro frente a un espejo desnuda a mirarme y no te digo que no me reconozco pero es raro, ahora soy así... pero... es como que me sacaron un peso”*.

El cuerpo a través de la resignificación que la paciente hace del mismo y la función de separación que atribuye al brazo amputado muestra la subjetivación que realiza de la pérdida en el organismo.

Retomando el caso S es importante destacar que este paciente todavía no había sido amputado a diferencia de los otros dos relatos de casos, S fue amputado cuando *“la internación y el cuadro clínico fue desmejorando, en su miembro inferior derecho presentó una infección en partes blandas (músculo gemelo - pantorrilla), se le formó una úlcera, ante esto el equipo médico que lo asistía inició con tratamientos por medio de curaciones y administración de antibióticos. Como la misma no cedió, en segunda instancia se comenzó a realizar toilette en quirófano, para hacerle una escarectomía, le han colocado en la pierna derecha un aspirador”*. Esta situación genera nuevamente insomnio y la emergencia de angustia.

Otra de las expresiones dadas por S frente a experiencias de la amputación es que *“si me van a tener que amputar que lo hagan cuanto antes, no quiero seguir estando aquí, necesito irme”*. A partir de este dicho el profesional expresa *“ahí empezamos a trabajar sobre dicha urgencia permitiéndole que él vehicule por medio de la palabra sus malestares sin juzgar su postura”*. Es importante destacar que en este caso en particular *“uno de los médicos de planta del Servicio de Traumatología luego de una*

revista de sala, quedó conmovido por la situación del paciente y le promete “yo te voy a salvar la pierna”. Donde S le hace saber que este no es su deseo”.

En el relato del caso M se observa que las expresiones frente a la amputación se despliegan especialmente en lo que la practicante dio en llamar en el relato de caso: *“De la Internación. Una solución posible”*. En el relato del caso el paciente manifiesta que ha comenzado a soñar más y relata un sueño en donde se levanta y expresa, *“me caigo pa’ la mierda. Las piernas parecen trapos. Me arrastro pal’ monte... no puedo alcanzar mi machete... me despierto y quiero llorar...”*

Al finalizar el relato estalla en llanto y agrega; *“Ud. ¿sabe doña? Yo no me he mirado, ni me he tocado ahí... cuando me vienen a curar cierro los ojos, cuando me da por verme cierro los ojos fuertes”... “Aprieto fuerte las manos para no tocarme y me quedo bien quieto”*.

Tras diez meses de internación, M comienza a bordear la amputación. El registro del cuerpo emerge. Las piernas parecen trapos que no alcanzan a sostenerlo pero están.

La vivencia del miembro fantasma sostenida por largo tiempo vela parcialmente, no obstante algo ha comenzado a perturbarse en la consistencia corporal a pesar del tiempo transcurrido del corte operado en el organismo, dirá la practicante en el relato.

Se destaca la siguiente escena- efecto; en la sesión siguiente M se encuentra cubierto completamente, las enfermeras refieren que no quiso comer, *“parece que llora, nunca lo vimos así”*.

El sujeto se angustia, frente a la inhibición, la angustia presentifica cierta división, salida posible de la inhibición.

Con angustia se refiere a la practicante, *“Doña... me toque las piernas... y no están... Ni rodillas tengo... pero si yo las sentía... y no están. Me toco y me toco y no quiero creer.”*

El relato de la escena en la cual toca el cuerpo y recorre va acompañado de angustia como afecto.

Simultáneamente el Servicio de Kinesiología y Fisiología comienza a trabajar de manera más intensiva con M., y la realidad del cuerpo a través del movimiento se hace presente, él expresa, *“quieren que me sienta y yo ni puedo... menos en la silla con ruedas, no me sostengo y me voy pa cualquier lado, yo no sabía Doña... yo no sabía... ¡me atan pa’ que no me caiga! (Exclama con sorpresa).*

Se observa en el relato del caso como algo del cuerpo irrumpe y se hace presente para M, ya no mantiene los ojos cerrados ni se evade a un lugar seguro a modo de solución, sino que algo insiste y no puede dejar de mirarlo.

Con respecto al tiempo lógico de las amputaciones, a sabiendas de que el tiempo cronológico implicado en la subjetivación de una experiencia no coincide con el tiempo cronológico, es importante situar que en el caso S la cirugía de amputación de su miembro inferior derecho fue luego de varios meses de cuidados y toiles, con consentimiento del sujeto, mientras que, en el caso de M la amputación de sus dos miembros inferiores fue de manera inmediata debido a la gravedad de quemaduras que presentaba en su cuerpo y en F la amputación de su miembro superior izquierdo también se dio de manera inmediata debido al politraumatismo que sufrió. Es así como en el primer caso, el tiempo de la internación propició un espacio de pausa entre el ingreso del paciente y el consentimiento a la cirugía, a pesar de que la amputación no tomo un estatuto de decisión sino de salida de la angustia; mientras que en los otros casos se percibe la amputación como una conclusión precipitada donde el tiempo de comprender se presentará con posterioridad.

Arribada esta altura de los casos me pregunto previo a pasar a la segunda categoría de análisis surge una pregunta ¿Se constata una subjetivación de la amputación?

Se puede inferir que en solo en dos de los pacientes se subjetivó la amputación traumática.

La subjetivación implica un proceso mediante el cual el sujeto concebido como un sujeto de derecho asume una posición frente a sus vivencias.

Considero enriquecedor hacer algunas reflexiones acerca de la angustia, la cual puede marcar un momento de inhibición, empujar hacia una conclusión precipitada o permitir una división subjetiva sobre la cual se podrá operar de otro modo. Me sitúo en relación a la angustia, desde la definición de Sigmund Freud (2005a) como “un estado semejante a la expectación del peligro y preparación para el mismo, aunque nos sea desconocido” (p.2510). En el caso S se puede visualizar que las experiencias corporales a partir de la amputación traumática son vivenciadas desde la angustia que le provoca el tener que estar conectado a diferentes dispositivos, esta angustia surge a partir de ver su cuerpo atado y conectado, él expresa durante el relato con el profesional, “*tengo mangueras por todos lados, con qué más me van a atar acá*”, esto provoca en él “*inapetencia e irritabilidad*”, la vivencia de la amputación traumática no provoca angustia en el paciente ningún tipo de movilización psíquica al contrario él expresa “*Si me van a tener que amputar que lo hagan cuanto antes*”.

Además en este paciente se puede observar que sus quejas son hacia el personal médico, al cual ubica como Otro consistente portador del saber, en cuyo campo no puede alojarse, ni siquiera ser oído. Expresa *“No cumplen su palabra, no quiero seguir acá, quiero irme, me está haciendo mal esto, yo entre por una quebradura en la pierna, la infección que tengo ahora es por el abandono”*. Es así que tomando un recorte de la entrevista con el profesional éste expresa que el *“paciente tenía la urgencia de poder retirarse del servicio de internación”*, de esta forma se puede visualizar en los dichos del paciente que su posición es la de sentirse atado, inmovilizado, siendo sus significantes *“atado, abandonado y silenciado”*, el profesional a su vez, realizó una interpretación sobre los significantes de S *“un cuerpo cortado y un cuerpo atado”*.

No se constata una subjetivación de la amputación en tanto la misma podría considerarse una salida de la angustia como un acting out dirigido al cuerpo médico que solicita que el paciente permanezca como objeto de la ciencia médica con la finalidad de ser salvado. No obstante el practicante analista realiza movimientos a fin de que el paciente no quede tomado por la lógica institucional y puede tener realizar la apuesta a poder asumir una posición.

En M en cambio la vivencia de la amputación y a través del encuentro con un practicante analista que habilita la dimensión de la palabra en pos de la emergencia de la subjetividad, se observa un trabajo psíquico que se orienta a reorganizar su cuerpo, y esto se constata en el registro simbólico e imaginario, con efectos de apaciguamiento en lo real.

Vía el dispositivo instaurado el sujeto subjetiva la amputación, se constata la producción onírica como formación del inconsciente y en los efectos de las interpretaciones que la practicante va realizando, efectos tendientes a la subjetivación.

Recorto aquellas en las cual la practicante afirma: *“Ud. tiene un cuerpo” “Venís macheteando”* cuyos efectos dan cuenta de la subjetivación: así frente a las prótesis, el paciente puede precisar que ahora *“sabe”* que no le servirán para caminar pero encuentra un uso que le permitirán arreglárselas a nivel imaginario y simbólico y ante la mirada de los otros. Las prótesis le sirven para que el pantalón no cuelgue.

En el relato del caso F se puede ver que la angustia de la paciente pasa por el tipo de relación que tiene con sus padres, donde ella expresa *“sólo sé lo que tengo que hacer y lo que ellos quieren”* haciendo referencia a que sus padres son quienes deciden lo que F tiene que hacer en su vida, además tomando un recorte de la entrevista entre la profesional y F se puede ver la siguiente expresión, *“ellos tienen mi vida planeada, no*

hay forma de convencerlos... de pararlos y yo tenía que parar...hace tiempo siento un vacío, momentos de angustia ante los cuales no sé qué hacer, siempre hice lo que tenía que hacer...ya me canse pero no sé cómo salir de eso”, la profesional interviene diciendo “ se trata de otra cosa” y F responde, “Ese día no aguante más la sensación... nada alcanza... me di cuenta que iba a ser siempre así, me desesperé... no podía calmarme... me imaginé como una máquina.... Capaz soy una máquina que no piensa y solo hace-pensé. Eso me calmó un poco, una máquina se puede apagar. Bajé corriendo... yo sí vi el colectivo... sentí el golpe en el cuerpo, todo encima... Me desperté acá con la boca muy seca y no me acuerdo más. Pero cuando me desperté estaban ahí los dos... mi papá sin poder mirarme y mi mamá mirando con cara de... no sé... horror. Me hice la dormida”.

De esta forma se puede ver que la angustia que F tenía origen relación demandante que sus padres ejercían sobre ella y la dificultad para poner a circular la vía del deseo. Se puede ver que ella el día del llamado accidente que motivó su ingreso por politraumatismo, obedeció a un pasaje al acto, en el cual la paciente llega caída de la cadena significativa, no en tanto sujeto sino como objeto. La posición que toma F frente a sus dichos es la de sentirse “una máquina”, donde se puede ver en el relato del caso que ella misma expresa “la máquina se quedó sin una pieza ¿no? Los significantes de F son “máquina”, “máquina sin una pieza” lo cual puede ser interpretado que ella misma se sentía una máquina que seguía órdenes, órdenes de sus padres y ante lo cual debía parar.

De esta forma se puede ver que las experiencias subjetivas en torno a la amputación traumática en estos casos son totalmente subjetivadas de manera diferentes en los sujetos, ya que se puede ver que en el caso S no se puede dar cuenta de una subjetivación, en el caso M se produce un pasaje de la inhibición a la subjetivación y en el caso F por la relación con sus padres.

Se puede ver también que en cada relato de caso la experiencia de la amputación traumática tiene una significación diferente, en el caso S la amputación significa para el paciente una salida, una liberación a estar “atado, inmovilizado” donde se puede observar que el procedimiento quirúrgico no generó ninguna movilización en él, lo que generaba su angustia era el no poder salir del Hospital, en el caso M se puede ver que el procedimiento quirúrgico para este paciente en un primer momento era negado, donde él sentía que “si no se tocaba o miraba” sus piernas, estas estarían, ésta amputación generó cambios en la vida de M donde él sentía que “ya no era él” . M en relación a su accidente expresó “Ud. Sabe ¿por qué me paso esto? Y agrega: por joder con el fuego... me jodí”,

en el caso F se puede ver que el accidente en sí mismo fue una liberación, fue un “poder quitarse un peso” el cual provenía de las exigencias de sus padres, F expresó “*que se sentía una máquina*” y que a partir del accidente pudo poner una distancia con la mirada y demanda de sus padres, ahora ella era “*una mujer sin brazo, pero linda piba y muy inteligente*”.

Por último, tomando esto expresado anteriormente, se puede ver que el accidente y la propia vivencia de amputación para cada sujeto de los relatos de los casos tiene una significación particular, donde para dos de los tres casos fue una “*liberación*” un poder dejar de sentirse “*atado y abandonado*” y “*poder sacarse un peso de encima*” que provenía de la relación con los otros, lo cual se relaciona directamente con la infancia y la historia particular de cada sujeto plasmado en los relatos de casos.

La posición del sujeto frente a lo que dice de la amputación traumática vivida

Es importante en este momento del análisis diferenciar las demandas, en tanto no existe una demanda, una interrogación de los pacientes en torno a su sufrimiento, con lo cual no existe una demanda analítica de entrada. Es así como en las demandas realizadas mediante interconsulta, se pone de manifiesto no solo la lectura diagnóstica del médico, sino también la angustia como el obstáculo para dar respuesta desde el saber médico al sufrimiento del paciente.

Lo importante es poder diferenciar y precisar de quien proviene la demanda al momento del abordaje, a fin de poder propiciar en el trabajo, la emergencia del sujeto del inconsciente; entendiendo que la función del analista practicante no radica en la respuesta a la pluralidad de demandas que pueden atravesar un caso, sino en propiciar espacios de pausa donde estas demandas no interfieran con la lógica del caso. Leerlas, más no responderlas.

Así tomando a Miller (2008) expresa, “Un analista jamás sabe lo que el otro realmente le demanda” (p.49), haciendo referencia a que la localización subjetiva no es solo una evaluación del paciente, sino también un acto analítico y ético por parte del analista, en la cual la diferenciación entre el enunciado y enunciación del sujeto va a permitir la reformulación de esa demanda, lo que le permitirá un encuentro del inconsciente y así poder cuestionar algo de su deseo.

De esta manera se puede localizar la demanda en los tres relatos de casos, para eso se van a utilizar dos preguntas, la primera es ¿la demanda de quien proviene? Y la segunda pregunta es ¿logra constituir una demanda el sujeto?

Esto no será por fuera de la ética del psicoanálisis, que mediante el deseo del analista y su acto propiciará la emergencia del sujeto, dejando por fuera protocolos, demandas de normativizar, de acallar la angustia y la división subjetiva.

Tomando el relato del caso S para responder estas preguntas se puede ver que la demanda proviene de un Otro, de un Otro que es el Servicio de Traumatología y Ortopedia hacia al Programa Funcional de Salud Mental, donde mediante una interconsulta se expresa: *“paciente de 30 años sexo masculino, manifiesta al Servicio que no puede dormir, que presenta múltiples interrupciones (aproximadamente entre 3 o 4 durante la noche), se solicita intervención”*.

En cuanto a la formulación de una demanda, no se evidencia en el relato de caso implicación del sujeto, ni subjetivación de la urgencia o de la amputación producida de manera traumática como así tampoco la formulación de una demanda analítica.

En cuanto al caso M se puede observar que demanda hacia el Programa Funcional de Salud Mental proviene de un Otro que es el Servicio de Traumatología y Ortopedia, dicha demanda expresa *“hombre joven de 30 años de edad con amputación de miembros inferiores en plan de alta hospitalaria después de 9 meses de internación. Se solicita valoración y conducta”*, si bien en un primer momento la demanda era por parte de un Otro médico, luego es el paciente quien logra formular una demanda en torno al “joderse” y continuar “macheteando”. Podríamos pensar que comienza a preguntarse no solo por lo contingente sino por su condición de sujeto deseante.

Tomando el relato de caso de F se puede ver que hay una pluralidad de demandas ya que hay una demanda por parte del Servicio de Traumatología y Ortopedia hacia el Programa Funcional de Salud Mental, la cual expresaba en mayúsculas *“PACIENTE DE VEINTE AÑOS A LA QUE SE EFECTUO AMPUTACION DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO POR POLITRAUMATISMO.NEGATIVA AL TRATAMIENTO. SOLICITO VALORACION Y SEGUIMIENTO POR PEDIDO DE FAMILIARES ACOMPAÑANTES. PADRES DEMANDANTES!!! CONFLICTOS CON TRATANTES EN INTERNACION”*.

Y a la vez la otra demanda provenía de los padres al Servicio de Traumatología y Ortopedia, demanda de informes que permitieran accionar ante la justicia con una finalidad de una reparación; es por eso que se habla de pluralidad de demandas. La

orientación de la practicante se orientó a instaurar una pausa entre los padres y el servicio y un inicio de separación entre los padres y la paciente.

En respuesta a la segunda pregunta la paciente logra construir su propia demanda, lo localizamos en la pregunta “*¿Es por qué no sé lo que quiero?*”

En cuanto a transferencia esta puede pensarse desde la pregunta inicial; ¿a quién otorga el sujeto un estatuto de saber? como elemento operativo en la cual el practicante analista se posiciona como semblante de objeto

En el relato del caso S la transferencia es negativa hacia el saber médico y hacia el Otro institucional se observa como este se localiza en sus dichos a partir de la queja que le provoca él estar internado y que nadie lo escuche ni entienda, él expresa “*Pasan todos los médicos en las reuniones esas que hacen cama por cama y ahí dicen una cosa, pero después no se hace nada de lo que dicen. No cumplen su palabra, no quiero seguir acá, quiero irme, me está haciendo mal esto, yo entre por una quebradura en la pierna, la infección que tengo ahora es por el abandono*”.

El practicante se preserva de ese lugar, habilitando el saber en el sujeto.

En el caso M se observa como el desconoce lo que es un psicólogo, y que durante 9 meses solo subsistió sin pedir nada, su transferencia con el Otro de la institución se establece bajo las coordenadas de la supervivencia, “*tiene cama y comida. ¿Qué más puede pedir?*” En relación al vínculo con la practicante no se observó ninguna resistencia, instalándose de manera paulatina la transferencia como operadora.

En el relato del caso F se observa que después de varias sesiones con la profesional se pudo establecer un vínculo en la que ella pudiera “*confiar*” ya que se puede ver en el relato del caso cuando la profesional expresa “*F interroga acerca de la confidencialidad de las entrevistas y el registro de la información*”. La practicante propicia el establecimiento de un Sujeto supuesto saber no colocándose en serie con el discurso médico, ni de los padres, cuidándose de encarnar Otro completo que obstaculice la instalación de la transferencia.

En este punto resulta interesante precisar la posición de los practicantes los cuales no se orientaron desde una posición de saber, sino desde lo que Lacan denomina la “docta ignorancia”, pudiendo no sólo alojar sino también habilitar la emergencia del sujeto, sujeto del derecho, sujeto del inconsciente; poder ir de los hechos a los dichos. El practicante analista se orienta por la ética del psicoanálisis que no atañe a la moral, sino a hacer existir la dimensión del sujeto de derecho.

Ahora bien, ¿Cuál es la posición subjetiva frente a los propios dichos sobre la amputación traumática? En esta categoría se puede observar el lugar que toman los sujetos en relación a sus dichos, lo que dice cada sujeto de esa amputación traumática vivida en relación al relato del caso.

Se entiende por posición subjetiva al lugar que toman los sujetos frente a sus dichos, como cada sujeto se hace responsable frente a lo que dice, es decir lo esencial es localizar el decir del sujeto, la posición que aquel que enuncia toma con relación a su enunciado (Miller, 2008).

Es así que se puede observar que por medio de las intervenciones realizadas por los profesionales del Programa Funcional de Salud Mental, estos buscaron implicar al sujeto en aquello que se queja, aquello que forma parte de su urgencia subjetiva y propicie la subjetivación.

Partiendo del contexto de la urgencia subjetiva, así tomando a Seldes para definir urgencia subjetiva esta es entendida como “situaciones de crisis en donde la angustia es desbordante, momentos donde la acción sustituye al decir” (como se citó en Sotelo, 2005, p. 87).

De esta forma por medio de las intervenciones analíticas realizadas por el profesional de Salud Mental, se priorizó lograr ese encuentro entre el sujeto y aquello que le acontece aún de manera contingente, poder localizarlo dentro de sus palabras logrando una nueva historia de él a partir de esa ruptura, de ese traumatismo. Siendo así las intervenciones del psicólogo fundamentales ya que deben apuntar a la restauración subjetiva, tratando de que el sujeto hable, que se represente.

¿Qué se observa en el relato de los casos trabajados?

Partiendo del relato del caso S. en el cual no se subjetiva la amputación traumática se infiere que el paciente no construye una posición subjetiva en torno a la misma. La amputación es una solución a modo de conclusión precipitada frente a la demanda de abandonar la institución y salir de su angustia. El paciente persiste en la posición de “abandonado” confirmado por el agravamiento del cuadro médico y la insistencia de un saber que configura un Otro consistente sin barradura en cual no se puede alojar. “*Yo me quiero ir de acá, me siento abandonado, solo, triste, yo tengo psoriasis y esta situación me empeora, me hacen poner nervioso y comienzo a descamar*”, el sujeto además hace referencia a que los médicos no lo escuchan “*no cumplen su palabra, no quiero seguir acá, quiero irme, me está haciendo mal esto*”. En torno a la localización subjetiva, persiste la posición de ser “el abandonado y no escuchado”.

En la entrevista, el analista practicante expresó *“esto se relaciona directamente con su vida infantil y su historia, el paciente expresó en una de las sesiones, yo me fui de mi casa a los 16 años por que no soportaba más, ellos nunca entendieron mis decisiones, nunca me escucharon, siempre estuvieron muy ocupados en sus cosas y no me prestaban atención cuando lo necesitaba”*.

Esta intervención del profesional permite visualizar que *“para este paciente la amputación era una solución, una salida a esa angustia, una salida a no sentirse abandonado, atado, él prefirió perder una pierna a volver a tener que transcurrir la angustia que producía esta escena, en la que se puede pensar que se puede pensar que se jugaba su posición frente al Otro”*.

Tomando a Miller (2008) para entender la localización subjetiva este nos expresa, es poder *“cuestionar la posición que toma aquel que habla con relación a sus propios dichos”* (p.39), es decir que lo esencial es localizar el decir del sujeto, la posición que aquel que enuncia toma con relación a su enunciado. De esta forma se observa que S localiza la responsabilidad de su situación en el Otro, este Otro es el personal médico ya que es quien no escucha su pedido.

Persiste la posición de que es el Otro quien le hace mal, en relación a la internación, *“me está haciendo mal esto”*. En cuanto a sus dichos frente a la amputación estos hacen referencia a; *“Si me van a tener que amputar que lo hagan cuanto antes, no quiero seguir estando aquí, necesito irme”*, de esta forma se puede observar que para S la amputación no era generadora de su angustia si no, el tener que estar en las instalaciones del Hospital y cada suceso lo confirma en el mismo lugar.

“Si no me amputan ya me voy a mandar una macana grande, necesito irme, no puede ser que haya ingresado por algo en mi pie derecho, y ahora tengo cables por todos lados”. Con estos dichos el paciente deja entrever la urgencia y la demanda que tiene por poder retirarse del Hospital, donde la angustia de estar internado lo deja próximo a un acting out.

Por último se observa en este relato de caso que el paciente refiere luego de la amputación *“me siento mucho más aliviado, me puedo mover de un lado para otro, me puedo sentar, me siento más tranquilo porque ya sé que me tengo que recuperar rápido y estoy más cerca de poder irme de este horrible lugar”* con posterioridad dará cuenta de su posición al decir que él: *“no está para nadie”*

En el relato del caso M se construye una posición frente a la amputación traumática que implica un pasaje desde la inhibición donde M. queda capturado en una

solución imaginaria, pasando por la impotencia hasta la subjetivación de la amputación y la construcción de una posible solución.

En un primer tiempo de internación *“no solicitó asistencia ni esperó que su familia fuera a visitarlo. El subsistió”*, M se valía de lo que los familiares de otros pacientes y el personal médico le podían proporcionar, expresando en las entrevistas con la profesional *“tengo cama y comida, estoy bien”*, *“yo no pido nada, ellos me dan”*, en estos primeros dichos del sujeto se puede observar que la posición que toma es la de no demandar. Subsiste como subsistió en la infancia frente a una *“madre dura”* y un *“padre violento”*. Subsiste *“viviendo de lo que caza o encuentra... y es un hombre trabajador de donde hay algo para hacer”*

La inhibición como primera respuesta frente a lo real traumático se localiza en sus dichos; M no ha podido verse ni tocarse sus piernas a partir de la amputación, él expresa, *“yo no me he mirado, ni me he tocado ahí... cuando me vienen a curar cierro los ojos, cuando me da por verme cierro los ojos fuertes”*... *“Aprieto fuerte las manos para no tocarme y me quedo bien quieto”*

La inhibición es concomitante al predominio de la imagen corporal completa sostenida por la sensación del denominado miembro fantasma *“dicen que las cortaron... pa mí es como que están... ¡las siento!”*, por eso Miller (2008) dice que, *“una cosa es el dicho, el dicho como hecho, y otra lo que el sujeto hace con lo que dice”* (p.44).

La practicante apela al rasgo trabajador y las intervenciones se orientan hacia la subjetivación.

En este punto emerge la impotencia y el recurso a la subsistencia se conmueve, *“ya no soy yo, me machetearon las piernas”* *“ya no puedo machetear yo”*, la practicante interviene señalando, *“venís macheteando”*.

El tiempo de comprender se presenta en relación a lo contingente: de su accidente él expresa que este accidente le pasó *“por joder con el fuego... me jodí”*, jodido da cuenta de una posición frente a la amputación, *“dicen que me han salvado... ¿Me salvaron Doña?”*, lo confirma.

Se observa en el relato del caso como la profesional interviene ante este dicho, *“joder... joderse. Salvar... salvarse”*, a lo que el paciente le responde; *“¿Ud. dice que yo me tengo que salvar? No tengo piernas”*, a lo que ella responde *“Ud. tiene un cuerpo”*.

Tomando a Bernal (2015) para entender a la localización subjetiva él expresa que; *“la localización subjetiva no es sólo una evaluación de la posición del sujeto, sino también*

un acto ético del analista, en el que hay una reformulación de la demanda del paciente, un cuestionamiento de su deseo y una rectificación subjetiva” (párr.4),

El cambio en la posición subjetiva, vía la subjetivación de la amputación, se entrevé en la posición que el paciente asume frente a las prótesis, las cuales venían acompañadas de la garantía del saber médico de que volvería a su vida. Frente a ellas expresa “*ya sé que no me sirven para caminar. Son como las piernas de los muñecos, no sirven para caminar*”, frente a la intervención de la analista de, “*¿te sirven a vos?*” Se pone de manifiesto el cambio de posición ya no desde la vertiente imaginaria “*para parecer entero, para ver que no me cuelga el pantalón*”.

De esta forma deja en claro que su posición frente a la amputación traumática es la de continuar macheteando de otro modo y eso conlleva una posición de responsabilidad.

En el caso F se puede ver que durante su periodo de internación ella se negaba a establecer vínculo con la profesional, expresaba “*¿para qué viene? No quiero hablar con nadie*”, donde se observa que la profesional aloja este pedido en dos oportunidades.

Movimiento que intenta dar cuenta de que la practicante no se ubica en la serie de demandas hacia la paciente. Se busca instaurar una pausa entre la demanda desmedida, en la cual la paciente debe permanentemente dar algo (aún una parte de su cuerpo) al otro parental, al otro médico.

Esto tiene efectos en el cuarto intento de establecer un vínculo F habla con la profesional, donde expresa el malestar en torno a la demanda “*Vos también querés que te diga ¿cómo fue el accidente?*”, la profesional interviene diciendo “*¿es lo que vos querés?*”.

Después de esta breve intervención F expresa quejándose “*parece que nadie se da cuenta de ¿qué me podría haber muerto? Tampoco sé por qué sigo acá... Tenemos buena obra social*”. La orientación se mantiene en la misma dirección.

En las próximas sesiones F logra precisar el lugar que tiene frente al otro de la pareja parental “*el tesoro de mis papas*”, “*no sé quién soy... sólo sé lo que tengo que hacer y lo que ellos quieren*”, expresó además, “*ellos tienen mi vida planeada, no hay forma de convencerlos... de pararlos*” y “*yo tenía que parar...*”. Con estos dichos de F se puede inferir que ella es el tesoro de los Otros, los Otros son quienes le dicen que tienen que hacer, los Otros planean su vida. La posición que toma frente a sus dichos es primero de no implicarse no se hace cargo de la posición que ella ocupa en el dispositivo.

De esta forma se puede ver que los tres sujetos se presentan como objeto, el otro es quien abandona, el otro es quien da sin pedir y los otros son quienes dirigen su vida.

Esto se relaciona con el otro que permite la significación de cada sujeto, relacionado directamente con la lengua y su efecto, el lenguaje nos preexiste incluso antes de nacer, este va inscribiendo significantes, estilos de vida, los sujetos son hablados hasta incluso antes de nacer, la posición frente a la castración.

Esto además se puede relacionar con la urgencia subjetiva ya que en los tres relatos de casos, la urgencia subjetiva de cada uno de los pacientes está articulada a una demanda que se dirige siempre a un Otro, que le permita al sujeto volver a su estado anterior, así la autora la autora Sotelo (2007) expresa ante la urgencia el paciente no quiere saber nada del por qué le pasa lo que le pasa, lo único que pide es que el terapeuta lo vuelva a su estado anterior, entonces es así que en las guardias y admisiones los profesionales evitan responder ante esa demanda desesperada del sujeto por volver a ser como el de antes y en su lugar se le propone recorrer el camino de los vericuetos de su decir, para que él se invente una nueva versión de su historia causada por ese traumatismo.

En el caso de F en relación a sus dichos se puede observar que subjetiva su urgencia, se implica en tanto expresa, *“bajé corriendo... yo sí vi el colectivo... sentí el golpe en el cuerpo, todo encima... Me desperté acá con la boca muy seca y no me acuerdo más...”*.

La subjetivación permite poner distancia con el pasaje al acto y así, algo del deseo comienza a emerger, ella expresa *“mi cuerpo, mi cuerpo... es loco que me falte un pedazo y yo no pueda dejar de sentirme como más libre...es como que me sacaron un peso”*, a lo que la profesional interviene *“¿Qué peso?”*, F le responde *“peso de mis papas obvio. Son buenos, me quieren, no son monstruos, pero mi vida era pesada. Yo sé que suena loco, pero al final no me mate, si perdí un brazo pero empecé a mirarme y a jugármela por mí. Ahora que soy una...Una mujer sin brazo, pero linda piba y muy inteligente”*.

En este recorte de entrevista con la profesional se puede ver como la posición subjetiva de la sujeto se localiza en el significante “libre”.

Es así que se entiende que la localización subjetiva definida por Miller (2008) es la de lograr aparecer una caja vacía en el sujeto, donde se puedan inscribir variaciones de esa posición, es lograr que el sujeto con lo que dice pueda percibir las diferentes posiciones y modalizaciones con relación a su dicho, es así que en estos relatos de casos se logró ver las diferentes modalizaciones que los sujetos tomaron en relación a sus dichos, algunos con mayor responsabilidad que otros.

Finalmente es importante destacar que se logró describir la localización subjetiva que tiene cada sujeto frente a sus dichos, ya que ese hecho que es la amputación, logró

transformarse en un acontecimiento particular para cada paciente, ya que cada uno le dio su propio sentido, lo empapo con su propia subjetividad.

La identificación de las modificaciones en la posición subjetiva de los sujetos

Esta categoría va a analizar las diferentes modificaciones en la posición subjetiva que se pudieron identificar en los sujetos de los relatos de casos, para entender este análisis es importante definir determinados conceptos en relación a la posición subjetiva, la localización subjetiva donde lo esencial es lo que el paciente nos dice, es poder lograr “cuestionar la posición que toma aquel que habla con relación a sus propios dichos” (p.39), es decir que lo que se busca es lograr el decir del sujeto y que posición toma en relación a esos enunciados. En el acto analítico el profesional tiene por objeto localizar el decir del sujeto, es decir, localizar la posición que aquel que enuncia toma con relación a su enunciados, es implicarlo en aquello de lo que se queja.

Se puede decir también que la posición subjetiva es la respuesta del sujeto a la división fundante del lenguaje, es decir frente a la falta estructural, que produce la castración, es la respuesta que cada sujeto da a la castración, es particular, única, e inconsciente, fundante de la subjetividad (Rostagnotto como se citó en Aquino Cabral, 2016). La castración es la falta con la que todo sujeto se encuentra, es una ausencia que le provoca miedo al sujeto, independientemente de la posición que cada sujeto asuma, el modo en el que se posiciona cada sujeto a esa falta es lo que determina la modalidad del sujeto.

De esta manera tomando el caso S se puede decir que no se visualiza ninguna modificación en la posición subjetiva, ya que este paciente desde el primer momento del tratamiento se posiciona como objeto del deseo del Otro, donde él adquiere una posición pasiva donde el Otro es el responsable de su angustia, además se observa en este paciente que durante todo el tratamiento continuo con la misma posición, donde su urgencia pasaba por poder retirarse del establecimiento.

Tomando un recorte de la entrevista con el profesional se observa que,

“para este paciente la amputación era una solución, una salida a esa angustia, una salida a no sentirse abandonado, atado, él prefirió perder una pierna a volver a tener que transcurrir la angustia que producía esta escena, en la que se puede pensar que se jugaba su lugar en el deseo del Otro, ya que esto se relacionaba con su vida infantil y su historia, él expresó en una de las sesiones, yo me fui de mi casa a los 16

años por que no soportaba más, ellos nunca entendieron mis decisiones, nunca me escucharon, siempre estuvieron muy ocupados en sus cosas y no me prestaban atención cuando lo necesitaba”.

Con este recorte de entrevista se puede observar que el paciente significa a la amputación como una salida a la angustia, la cual se conecta directamente con su historia de vida, este paciente no logró modificaciones en su posición subjetiva ya que se puede inferir que desde que el entro al Hospital se ubicó en la posición de objeto del Otro ya sea visto como el Otro generador de angustia, el Otro del médico que quería salvar la pierna de S, el cual ubicó directamente su deseo de salvador por encima del deseo del paciente y hasta el Otro médico que termina decidiendo que se debe realizar el procedimiento quirúrgico a pesar de que S solicita la amputación y firma el consentimiento, el que decide en un primer momento que esa es la única solución es el Otro; donde S termina aceptando el deseo

En relación a los dichos de S, este no se hace cargo de los mismos, no logra posicionarse frente a la amputación, es más muy poco hablo de la amputación durante el tratamiento.

Finalmente tomando un recorte de entrevista con el profesional se puede ver qué; *“para mí el paciente no manifestó cambios en su posición subjetiva a partir de la amputación traumática, más bien ese procedimiento quirúrgico le permitía poder retirarse del establecimiento hospitalario que le causaba tanto malestar y angustia, claramente esa angustia se conectaba con su historia, con su vivencia de ser abandonado.*

Se puede ver con este paciente que el tema de la amputación de su miembro inferior pasa a un segundo plano, pasa a ser la “solución” para que él se sienta nuevamente libre y deje de estar en posición de objeto del deseo del Otro.

Es importante mencionar que en este paciente en un primer momento no se habla de amputación, sino más bien él ingresó por una fractura y el hecho quirúrgico se presentó después cuando su cuerpo ya no resistió a las curaciones, eso también influyó en la posición que tomo S frente al hecho”.

De esta manera se puede inferir que S no logró subjetivación en torno a la amputación traumática, sino más bien, este procedimiento quirúrgico fue lo que le permitió evadir su angustia, a pesar de que desde el Servicio de Salud Mental buscaba *“brindar un espacio en el cual el paciente pueda expresar algo de su urgencia, buscando dar entidad a algo de la posición del sujeto quien fue silenciado”.*

No obstante es importante destacar que se pudo observar que la amputación si generó cambios en su vida en relación a sus hábitos y vida diaria, este accidente *“significó una reorganización de la cotidianeidad familiar en torno a su actividad laboral, cuidado de sus hijos y el acompañamiento”*.

En cuanto al relato del caso M si se puede ver las modificaciones en la posición subjetiva, ya que en un primer momento el sujeto se encuentra en una posición de objeto, donde el Otro me da, negando completamente la realidad de pérdida, M negaba la falta que la amputación había generado en él, se puede ver en el relato del caso como M a medida que iba siendo alojado por el profesional, algo de esa falta iba emergiendo, el sujeto logró subjetivar su falta, ya que pudo implicarse en la situación.

En un primer momento se puede observar como M se encontraba en una posición de ser alojado como objeto ya que ellos me dan, él expresaba *“yo no pido ellos me dan, Subsisto”*.

Luego con respecto a expresiones sobre la amputación se puede ver que M decía, *“yo no me he mirado, ni me he tocado ahí... cuando me vienen a curar cierro los ojos, cuando me da por verme cierro los ojos fuertes”... “Aprieto fuerte las manos para no tocarme y me quedo bien quieto”*, en esta expresión se puede ver cómo el paciente negaba la realidad, pero luego al verse implicado en la realidad comienza a cambiar sus modalizaciones, *“me toque las piernas... y no están... Ni rodillas tengo... pero si yo las sentía... y no están. Me toco y me toco y no quiero creer.”*, con esta expresión se puede ver como algo del cuerpo comienza a emerger en M, esto comienza a movilizar algo, y es algo que insiste en el sujeto y que él no puede dejar de mirar, esto se observa cuando la profesional expresa, *“el traslado en silla de ruedas por el hospital lo confronta con su reflejo en vidrios, puertas; se angustia, pide verse bien en el espejo del baño. Frente a la imagen en el espejo enmudece y permanece en silencio un par de días”*. Este confrontarse con la imagen, hace que M comience a cuestionarse su posición y comience a emerger algo de su deseo.

Con estas expresiones se comienza a observar como la implicación subjetiva de M se va reafirmando, se ve como él comienza a hacerse cargo de sus dichos.

Además en este paciente se puede observar como esta implicación en sus modalizaciones permiten un cambio en su posición, esto se pudo lograr con la posición que el mismo analista le dio, sus intervenciones permitieron alojar algo de esa urgencia, algo de ese traumatismo contingente, logrando así, emerger un sujeto.

Este sujeto además empezó a implicarse en sus dichos, esto se puede ver con modalizaciones como “*por joder con el fuego... me jodí.*”, “*ya no voy a poder machetear*”, pero, “*¿sabe que yo también se tallar? Capaz puedo usar el machete para hacer animalitos del monte*”. Donde se puede ver como empieza a emerger su nueva posición subjetiva, donde algo del deseo que estaba negado comienza a surgir.

Con este relato de caso se puede observar cómo el sujeto logra subjetivar y localizar sus propios dichos, él logra implicarse en lo que dice, como así también en la situación contingente.

En el caso F también se pueden observar cambios en su posición subjetiva. Es así que tomando un recorte de la entrevista con la profesional ésta expresa;

“ en este caso en particular considero que la paciente vivencio a la amputación como un acting out, un verdadero pasaje al acto, porque se observa en sus dichos el hecho de que ella sí vio el ómnibus y lo mismo corrió, esto deja entrever que el accidente pudo haberse evitado, además se observa como ella misma le da el sentido a la amputación de que esto permitió liberarse, ser más libre y quitarse un peso de encima, ella consideraba a sus padres como un Otro muy demandante, asfixiante, donde la única posibilidad de salida a su angustia era la de la separación, pero la separación en sentido literal, a ella el poder separarse de sus padres conlleva a perder un brazo, el liberarse de este Otro le costó un precio muy alto que fue la amputación. Ella expresa que si le dolió perder un brazo y que es raro pero que esto solo fue una pérdida de un pedazo de su cuerpo no la vida”.

Con estos dichos se puede inferir que la amputación para esta paciente fue un verdadero pasaje al acto, donde ella por medio del accidente lo que hizo fue actuar de manera impulsiva ya que ella misma expresa, “*ese día no aguante más la sensación... nada alcanza... me di cuenta que iba a ser siempre así, me desesperé... no podía calmarme... me imaginé como una máquina... Capaz soy una máquina que no piensa y solo hace- pensé. Eso me calmó un poco, una máquina se puede apagar. Bajé corriendo... yo sí vi el colectivo... sentí el golpe en el cuerpo, todo encima...*”. Con estos dichos se deja entrever que por medio de este pasaje al acto ella intento poder calmar su angustia, sus pensamientos de sentirse una máquina que no piensa y que solo hace lo que el Otro quiere, se puede observar que esta paciente venía experimentando angustia antes del accidente.

Se observa además que durante el tratamiento con la profesional de Salud Mental, algo de su deseo comienza a emerger, ya que se ve F ingresa con una posición de

agotamiento en cuanto a ser objeto, ella expresaba “*Vos también querés que te diga ¿cómo fue el accidente?*” y luego esta posición fue cambiando, ella comenzó a relatar sobre el accidente, su angustia y que iba a hacer después con su vida.

Tomando un recorte de la entrevista con la practicante del psicoanálisis se observa que;

A:- “*¿Cree que el paciente en cuestión manifestó cambios en su posición subjetiva a partir de la amputación traumática? ¿Cuáles serían esos cambios de posición subjetiva?*”

P:- “*responder esa pregunta implicaría pensar que la posición subjetiva se puede pensar en la clínica desde tres nociones: el Otro, el deseo y el objeto a.*

Es un caso complejo porque es vía la contingencia de la amputación que se da lugar a esa extracción de la mirada del Otro parental. Algo alivia...algo comienza a plantearse ella en relación a la emergencia de su propio deseo, por lo menos a instrumentar otros medios de separarse como continuar estudiando en otra provincia. Le da una función a esa pérdida, ¿hace un agalma? Me pregunto siempre. Sin embargo creo que no llegó a subjetivar la amputación, está el recurso a cierto humor irónico y el predominio de la angustia frente a la imagen. La contingencia le permitió una vía, y subjetiva la urgencia.

Por último también se puede ver que F a partir del accidente y la separación que logró con sus padres ella empezó a tomar sus propias decisiones, ella expresa “*si perdí un brazo pero empecé a mirarme y a jugármela por mí*” donde se puede ver que a partir de dicha pérdida ella empezó a elegir y decidir por ella misma.

Esta paciente eligió irse a estudiar a otra provincia considerando que “*que va a ser mejor para todos. Yo tengo ganas obvio y los viejos, ya no me van a tener que mirar*” no es fácil para ellos, me doy cuenta, pero no me quiero enganchar”, además ella decidió respetar sus propios tiempos para lo prótesis y comenzó a localizarse como “*una mujer sin brazo, pero linda piba y muy inteligente, jaja. Pero por lo menos ahora quiero vivir*”.

Finalmente teniendo en cuenta los tres relatos de casos se puede ver que si bien los tres sujetos atravesaron por la misma experiencia quirúrgica de amputación, solo dos de ellos lograron modificaciones en la posición subjetiva, en el caso S el sujeto no modificó su posición subjetiva frente al hecho contingente, en el caso M se observó una modificación en su posición subjetiva donde dejó de ser objeto, para que emerja su propio deseo y en el caso F también se puede decir que si hubo un cambio en la posición

subjetiva donde algo de su deseo emergió a partir de la pérdida entendiendo por deseo la definición de Lacan (2002b) “a la metonimia de la carencia de ser” (p. 593), es decir que este autor destaca que es el deseo es una falta o el desplazamiento de dicha falta, en sus palabras, de esta forma se observa que frase articula el deseo y la castración, la falta castrativa es la condición de existencia del deseo.

Es la respuesta a esa castración, la que dará cuenta de la posición subjetiva del sujeto del deseo.

El trabajo con los Otros

Esta es una categoría que surgió con el análisis de datos recabados en los relatos de casos, la misma hace referencia al trabajo con los Otros, en el sentido de trabajo interdisciplinario.

En los relatos de casos se puede observar como el Servicio de Traumatología y Ortopedia es el encargado de realizar las primeras interconsultas con el Programa Funcional de Salud Mental.

En el relato del caso S se puede observar que la primera interconsulta realizada por el Servicio de Traumatología y Ortopedia expresa, *“paciente de 32 años sexo masculino, manifiesta al Servicio que no puede dormir, que presenta múltiples interrupciones (aproximadamente entre 3 o 4 durante la noche), se solicita intervención”*.

En este relato además de trabajar conjuntamente con el Servicio de Traumatología y Ortopedia, se realizó una interconsulta con Psiquiatría donde se puede ver que el pedido decía, *“él médico psiquiatra del hospital valoró a S. y le prescribió Quetiapina 50 mg, un comprimido por día, en la cena”*, debido a que este continuaba con insomnio, así el profesional de Salud Mental expresó *“el insomnio comenzó nuevamente a acentuarse, S refiere no dormir durante las noches debido a sentirse muy acelerado y con mucho malestar”*.

En el relato del caso M se observa que en la primera interconsulta que realiza el Servicio de Traumatología y Ortopedia expresa *“hombre joven de 30 años de edad con amputación de miembros inferiores en plan de alta hospitalaria después de 9 meses de internación. Se solicita valoración y conducta”*, esta interconsulta deja entrever que este paciente *“desconoce qué es un psicólogo, ya que su vida transcurrió en el interior de la provincia, entre un pequeño pueblo y largos períodos en el monte. Es en éste último lugar dirá que “está su vida”*.

Se observa en el relato del caso de este paciente que *“por primera vez el paciente comienza a posicionarse frente a la amputación que sufrió, y otros servicios del hospital comenzaron a formar parte del tratamiento. El Servicio de Kinesiología y Fisiología comenzó a trabajar de manera más intensiva con él y la realidad del cuerpo a través del movimiento se hace presente”*.

En el relato del caso F la interconsulta realizada al Programa Funcional de Salud Mental fue de manera urgente, donde el Servicio de Traumatología y Ortopedia expresa con mayúsculas; *“PACIENTE DE VEINTE AÑOS A LA QUE SE EFECTUO AMPUTACION DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO POR POLITRAUMATISMO. NEGATIVA AL TRATAMIENTO. SOLICITO VALORACION Y SEGUIMIENTO POR PEDIDO DE FAMILIARES ACOMPAÑANTES. PADRES DEMANDANTES!!! CONFLICTOS CON TRATANTES EN INTERNACION “*.

Este relato tiene la característica de ser urgente, donde los padres de F también demandaban al personal médico informes con la finalidad de entablar *“una demanda por el daño ocasionado a su hija”*.

Es importante destacar que en los tres casos las demandas al Servicio de Salud Mental fueron efectuadas por un Otro, esta demanda pertenecía al Otro de Traumatología y Ortopedia.

Luego se observa que es el Programa Funcional de Salud Mental quien realiza otra demanda, solicitando a un Otro una intervención para cada uno de los casos en particular, en cuanto a la demanda se puede decir que era una demanda del Otro y que se tenía que trabajar con cada paciente para construir su propia demanda en el tratamiento.

Es importante destacar que tanto el Servicio de Traumatología y Ortopedia, el Programa Funcional de Salud Mental y demás servicios intervinientes en cada caso, jugaron un rol importante en la relación con cada uno de los pacientes quienes fueron los que alojaron en un primer momento a los sujetos, prestaron oído, voz, y mirada durante el tratamiento.

La transferencia es otro concepto importante para establecer la relación con los otros, cada paciente se vinculó de manera diferente con los servicios médicos y los profesionales, entonces se puede hablar de una transferencia con varios no solamente con otro.

La transferencia con cada sujeto en particular implicó aceptación por parte de ellos, es así que desde el relato del caso S se puede ver que él tenía una actitud negativa y de queja con todo el Servicio de Traumatología y Ortopedia, él quería retirarse del

establecimiento, con respecto al Programa Funcional de Salud Mental se observa que el sujeto permitió un espacio de apertura y escucha en el mismo.

En el caso M el paciente no realiza ninguna queja al Servicio de Traumatología y Ortopedia, es más se puede observar que después de 9 meses de internación es el servicio quien pide una interconsulta con el Programa Funcional de Salud Mental, este sujeto no sabía que era un psicólogo y durante las sesiones se pudo observar una transferencia positiva.

En el caso F se puede ver que la actitud de la paciente era negativa y presentaba resistencia al tratamiento psicológico, esta paciente fue derivada también por el Servicio de Traumatología y Ortopedia quien expresó que la paciente tenía conflictos con el Servicio de Internación.

Finalmente se puede ver la importancia de la relación con los Otros, donde uno efectúa una demanda, y este Otro puede alojarla.

Relato de casos como instrumento de formación y práctica

Esta última categoría también surgió del análisis de los datos recabados, donde se pudo ver la importancia que tienen los relatos de casos como un instrumento de formación y práctica del psicoanálisis. Tomando a Rubistein (2012) para definir un relato de caso desde la perspectiva psicoanalítica;

Se trata de seguir una guía pauta ni de encontrar un modelo de caso clínico que responda al discurso universal, despejados de malentendidos de la lengua. Eso borraría el deseo del psicoanalista y afectaría sus principios. También arriesgaría de perder lo esencial del caso (p.38).

Rubistein (2012) señala que “se trata de construir el caso siguiendo las construcciones propias del sujeto, buscando el modo en que cada uno ha construido sus respuestas frente al encuentro con lo real” (p. 40). Y agrega que este modo “hay que leerlo en los dichos, en los síntomas, en las construcciones fantasmáticas con las que el sujeto ha respondido al encuentro con lo real” (p. 40).

Esta autora y desde la perspectiva de investigación describe que la construcción de un relato de caso supone un recorte, una selección y un ordenamiento que solo toma su valor a la luz de lo que dicho relato se propone y en las condiciones del dispositivo en el que se realice. Además expresa, “no hay construcción fuera de transferencia, es decir, que el recorte del caso seguramente dará cuenta de cómo los dichos del sujeto, está en relación a lo que ha sido la posición del analista, y sus intervenciones” (p.45).

Es importante con estos dichos de la autora saber que los relatos de casos fueron realizados por dos profesionales del Servicio de Salud Mental, donde el tema de la subjetividad y objetividad están presentes. De esta forma según Rubinstein “decir que la construcción no es objetiva es decir que no se trata de tomar datos sobre un objeto estudiado por un observador neutro. Se trata de que sea la subjetividad del paciente la que está en juego, de ubicar su posición en el relato” (p.46).

Tomando a esta autora se destaca que los tres relatos de casos trabajados tienen una estructura guiada por una lógica y se respeta la lógica subjetiva de cada uno de ellos, donde se pudo ver en cada uno de los casos que los profesionales lograron que el sujeto se confronte con lo real y articule soluciones frente a ese encuentro, los momentos y condiciones de esas soluciones que se fueron construyendo como producto de las respuestas de los sujetos frente a las intervenciones del analista.

De esta manera se puede ver que los relatos de casos son un instrumento muy valioso para la formación y práctica del psicoanálisis, por medio de estos relatos de casos que fueron realizados por otros profesionales practicantes del psicoanálisis como alumna pude ver cómo se estructura un relato de caso, qué lógica sigue y como son las intervenciones y acotaciones que el profesional realiza frente a cada caso tratado desde el Servicio de Salud Mental.

Destaco la importancia de que los relatos casos son fuente de información para los alumnos de la carrera de Licenciatura en Psicología, como así también para los profesionales psicólogos y los profesionales practicantes del psicoanálisis, estos relatos de casos permiten visualizar al sujeto y la demanda que le hacen a un Otro y como los profesionales van alojando esa demanda del sujeto, también se puede ver la transferencia y el vínculo que se va estableciendo entre profesional y sujeto.

Además en estos relatos de casos clínicos, es posible saber cómo interviene el analista, cual es la particularidad del discurso del paciente a través de sus dichos y los sustentos teóricos que usan los profesionales para sus intervenciones.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo se fueron analizando las diferentes experiencias subjetivas frente a una amputación traumática que asume un sujeto, se pudo conocer la posición que tiene frente a este suceso y cuáles son los cambios que se identifican en la posición subjetiva frente a este hecho contingente, en aquellos sujetos de entre 20 y 40 años de edad que fueron atendidos en un Hospital General.

Esto fue posible a partir de los relatos de casos que fueron proporcionados por los profesionales del Programa Funcional de Salud Mental, los cuales sirvieron como fuente de información para esta investigación, ya que permitieron inferir en la localización de los dichos y la modalización de los mismos, la posición subjetiva y sus variaciones en los sujetos comprendidos en la presente investigación.

Hablar de posición subjetiva es un concepto complejo que conlleva localizar, analizar y articular conceptos de la clínica, los cuales fueron presentados y abordados en cada uno de los relatos de casos mediante la consideración de las tres categorías analizadas.

A partir de dicha indagación se ha podido obtener ciertas conceptualizaciones válidas en relación al tema propuesto a investigar. Sin embargo es importante destacar que se es imposible generalizar los resultados a otras poblaciones.

Se observa que todo acontecimiento en la vida de un sujeto repercute en la subjetividad de manera directa, lo cual lo lleva a posicionarse de una manera singular frente a este suceso contingente.

En cada uno de los relatos de casos trabajados se observó la singularidad que conlleva el tratamiento de un suceso contingente, en éste caso particular frente a la amputación traumática, enmarcado en el dispositivo de intervención bajo la lógica de la orientación lacaniana en relación a la urgencia subjetiva y al psicoanálisis aplicado en instituciones; en tanto el presente trabajo de investigación fue llevado a cabo en el Programa Funcional de Salud Mental perteneciente al Hospital de Autogestión San Bernardo con la participación de dos practicantes del psicoanálisis en la institución.

Las conclusiones en relación a la posición subjetiva de pacientes comprendidos entre los 20 y 40 años frente a una amputación con connotaciones traumáticas atendidos en el Hospital de Autogestión San Bernardo se presentan organizadas en torno a tres vertientes interrelacionadas; a saber: clínica, epistémica y de formación.

En relación a la vertiente clínica y epistémica se extraen las siguientes conclusiones:

En un primer momento se pudo observar que los tres relatos de casos están empapados por el modo singular, familiar, histórico y cultural de cada sujeto, lo cual los hace casos totalmente diversos entre sí a pesar de tener en común la vivencia de un hecho traumático con connotaciones similares; la amputación.

Es decir que lo traumático no queda ligado a un hecho en particular sino que remite al traumatismo estructurante del lenguaje frente a un retorno de lo real ante el cual el paciente asume una posición y es en la localización de la posición donde daremos cuenta de aquello que no cesa de repetirse o no cesa de no escribirse. De éste modo se puede ver que, en el Caso S la amputación no adquiere una característica traumática, sino que lo traumático se inscribe en relación a la repetición de la posición de ser abandonado o dejado en consonancia con la demanda de continuar internado; mientras que en el caso M la amputación deviene traumática en tanto confronta al sujeto con el ser y el tener un cuerpo y en el caso F lo traumático se inscribe en relación a la imposibilidad de una separación subjetiva con el Otro parental donde la posición de la paciente conlleva características estragantes en relación al deseo.

No es el hecho en sí lo que deviene traumático sino la resignificación que el sujeto realiza del mismo y esto muestra algo de la posición subjetiva en torno a la falta.

No es posible poder generalizar y abarcar la misma posición para los tres sujetos. Esto permite poder ver como cada uno de ellos se posicionó y localizó en sus dichos, dejando entrever su posición frente a su propia urgencia subjetiva.

En cuanto a las expresiones dichas de los sujetos frente a la amputación traumática se observó que también fueron diversas, algunas expresaban no importarles si eran amputados o no, otros expresaban no sentirse ellos mismos y otros simplemente lo significaban como una vía de escape.

Los significantes de cada uno de los sujetos a partir de la amputación son muy diversos, se expresan en términos de “atado, abandonado, silenciado”, “ya no soy yo, me machetearon”, o “soy una máquina, la máquina sin brazo”, los cuales permiten ver la singularidad en la que cada sujeto localizó sus dichos a partir del accidente.

El entramado y lo complejo de las circunstancias y el contexto de un paciente en situación de internación quien se encuentra atravesado por la proliferación de discursos de la ciencia, familiares y contingencias en torno al cuerpo, permite inferir también su posición frente al Otro.

Así mismo, la dimensión imaginaria del cuerpo, en tanto imagen corporal y su modificación dan cuenta de la posición subjetiva que el paciente asume.

Se puede concluir que la posición subjetiva de un sujeto puede localizarse en torno a los dichos y a la distancia frente a esos dichos que el paciente va asumiendo en relación al cuerpo, el Otro y la falta.

La posición no es inmutable, sino que sufre variaciones vía un trabajo enmarcado en un dispositivo y será la modalización de los dichos, lo que permitirá dar cuenta de esa construcción y movimientos.

El primer movimiento va orientado a despejar las demandas para que pueda alojar un sufrimiento, instaurar una pausa, y propiciar la emergencia de un sujeto del inconsciente. El practicante se vale de la transferencia como operador fundamental.

La posición subjetiva se localiza y se construye en un dispositivo bajo transferencia y ataño al sujeto del inconsciente.

Es en este dispositivo donde a través del decir de los sujetos relatados en los casos se pudo localizar aquello que el propio sujeto dice de sí, que siente, que padece, que piensa y como actúa, estos indicadores permitieron conocer la posición de cada uno de ellos.

Cabe destacar que las intervenciones de los practicantes del psicoanálisis operaron permitiendo constatar efectos de modificación de la posición subjetiva de los pacientes, lo cual se pone de manifiesto en efectos.

Queda plasmado también en el análisis de los casos que el tiempo no es el tiempo cronológico sino el tiempo lógico del sujeto, por lo tanto el tratamiento también fue específico para cada uno de ellos, de esta forma no se puede generalizar en cuestiones de intervenciones ni tampoco de tiempos.

Por otro lado es innegable reconocer la labor de los profesionales los cuales no generalizaron, ni ofrecieron un tratamiento universal, si no que cada profesional se basó en la urgencia y construcción de una demanda de cada sujeto, esto también fue lo que permitió que en esta investigación se visualice la localización de los dichos y la posición subjetiva de cada uno de ellos.

Además por medio de estos relatos de casos se pudo observar las posibles modificaciones en la posición subjetiva que cada uno de los sujetos toman al respecto de su padecimiento, dejando en claro una vez más la imposibilidad de generalizar.

La localización de los dichos incluyó la articulación de conceptos operativos de la clínica de orientación lacaniana como la evaluación, localización subjetiva, introducción al inconsciente mediados con los procesos psíquicos de subjetivación y rectificación subjetiva. Esto se logró recortar en el relato de los casos M y F.

De esta manera con todo esto explicitado se puede decir que se ha podido responder a los objetivos de esta investigación, ya que se ha podido describir las experiencias subjetivas frente al hecho de la amputación traumática, se pudo localizar la posición del sujeto frente a lo que dice de la amputación traumática vivida y se pudo identificar en el relato de los casos, las posibles modificaciones en la posición subjetiva que los sujetos toman con respecto a su padecimiento.

Entonces con todo esto expresado la pregunta es ¿cuál es la posición subjetiva frente a la amputación traumática de aquellos sujetos entre 20 y 40 años de edad que atravesaron por esta experiencia?, ¿Cómo se la podría describir?, se puede decir que como conclusión de esta investigación es totalmente imposible generalizar una sola descripción en cuanto a posición subjetiva, porque cada sujeto tratado en el Programa Funcional de Salud Mental fue diferente al otro, cada paciente subjetivó de manera diferente desde la atención médica, hasta su amputación.

Solo en dos de los casos trabajados se logró identificar modificaciones en la posición subjetiva a partir de la amputación, estos son los casos M y F.

Por último para ir finalizando, se puede concluir que con estos dos casos que presentaron cambios en su posición subjetiva se puede decir que no en todos los sujetos la localización subjetiva frente a los dichos es la misma, ni tampoco se puede subjetivar de la misma forma ante un mismo hecho contingente. Es decir, que no es el hecho lo que determina una posición en sí, sino que ésta remite a la relación estructural con la falta.

Finalmente esta frase de Lacan (2006a) da cierre a la investigación;

El fin de mi enseñanza, pues bien, sería hacer psicoanalistas a la altura de esta función que se llama sujeto, porque se verifica que solo a partir de este punto de vista se comprende de qué se trata en el psicoanálisis (p.61).

Referencias

American Psychological Association. [Asociación Americana de Psicología] (s.f.). Trauma. *Diccionario of Psychology [Diccionario de Psicología]* .Recuperado el 25 de marzo de 2022 de <https://dictionary.apa.org/trauma>

Aquino-Cabral, M.F. (2016). *La posición subjetiva como herramienta diagnóstica en psicoanálisis lacaniano*. [Trabajo integrador de práctica supervisada de investigación, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina]. https://www.academia.edu/28910918/La_posici%C3%B3n_subjetiva_como_herramienta_diagn%C3%B3stica_del psicoan%C3%A1lisis_lacaniano

Arango-Durán, D. M., Castañeda-Sánchez, A.M., Contreras-Rodríguez, P.M y Medina-Gómez, L.M. (2010). *Reconstrucción del esquema corporal en seis personas con historia de miembro fantasma pertenecientes a las Fuerzas Armadas de Colombia*. [Tesis de Grado para Obtención de Título de Psicólogo, Pontificia Universidad Javeriana de Colombia]. Repositorio Javeriana <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/8023/tesis108.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bernal, H. (9 de octubre de 2015). Archivo de la etiqueta: localización subjetiva. *Bernal tiene un blog*. <https://bernaltieneunblog.wordpress.com/tag/localizacion-subjetiva/#:~:text=As%C3%AD%20pues%2C%20la%20localizaci%C3%B3n%20subjetiva,deseo%20y%20una%20rectificaci%C3%B3n%20subjetiva.>

Bustamante, M.V. (2018). *La posición subjetiva frente al tratamiento terapéutico en el dispositivo Centro de Día en jóvenes pacientes de la Asociación Civil Betania de Salta Capital*. [Tesis de grado para obtener título de licenciatura en psicología]. Sistema de Bibliotecas Universidad Católica de Salta https://bibliotecas.ucasal.edu.ar/opac_css/visionneuse.php?lvl=afficheur&explnum=1449#page/1/mode/2up

Blázquez, J. (21 de enero de 2021). ¿Qué es una parestesia? Causas y consecuencias. *Fisiolution*. Recuperado el 5 Marzo del 2021 de <https://fisiolution.com/que-es-una-parestesia-causas-yconsecuencias/>

- Calderón-Santiago, H. (2014). *Duelo por la pérdida de un miembro*. [Tesina para diplomado de Tanatología, Asociación Mexicana de Tanatología]. Asociación Mexicana de tanatología, A.C. <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/233%20duelo.pdf>
- Castrillo, D. (s.f.). *El estatuto del cuerpo en psicoanálisis del organismo viviente al cuerpo gozante*. https://nucep.com/wp-content/uploads/2012/09/ref_DoloresCastrillo-_EL-ESTATUTO-DEL-CUERPO-EN-PSICOANaLISIS.pdf
- Centro de Escritura Javeriano (2020). *Normas APA, séptima edición*. https://www2.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/manual_de_normas_apa_7a_completo.pdf
- Código de ética de la Federación de psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A), 30 de noviembre de 2013. http://fepra.org.ar/docs/acerca_fepra/codigo_de_etica_nacional_2013.pdf
- Echavarren, E.E., Arrese, A.G. y Garcia, S. (s.f.). *Amputación Traumática de extremidades*. Recuperado el 11 de Abril de 2022 de <https://xdoc.mx/documents/amputacion-traumatica-de-extremidades-definicion5f402dec99b8c>
- Freud, S. (2005a). Conferencia XXVIII. La fijación al trauma. Lo inconsciente. En L. López- Ballesteros (Trad.), *Obras Completas, Sigmund Freud* (Vol. II, pp.2293-2301). El ateneo.
- Freud, S. (2005b). Psicoterapia y tratamiento por el espíritu. En L. López-Ballesteros (Trad.), *Obras completas, Sigmund Freud* (Vol. I, pp.1014-1027).El Ateneo.
- Freud, S. (2005c). El yo y el ello. En L. López-Ballesteros (Trad.), *Obras completas, Sigmund Freud* (Vol. III, pp.2701-2728).El Ateneo.

- Freud, S. (2005d). Más allá del principio del placer. En L. López-Ballesteros (Trad.), *Obras completas, Sigmund Freud* (Vol. III, pp.2507-2541). El Ateneo.
- Freud, S. (2005e). El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos. En L. López Ballesteros (Trad.), *Obras completas, Sigmund Freud* (Vol. I, pp.41-50). El Ateneo.
- Freud, S. (2005f). Psicoterapia de la histeria. En L. López-Ballesteros (Trad.), *Obras completas, Sigmund Freud* (Vol. I, pp.138-168). El Ateneo.
- García, G. (2007). *Actualidad del trauma*. Grama.
- Gutiérrez, A. (2010). *Lingüística y Teoría del Significante en Psicoanálisis*. El Autor.
- Hospital San Bernardo (sf). *Carta de Servicios*.
<http://www.hospitalsanbernardo.com.ar/web/noticias/carta-de-servicios/>.
 Recuperado el 12 de diciembre de 2021 de
<http://www.hospitalsanbernardo.com.ar/web/>
- Iuale, M.L. (2015). Variaciones de la afectación del cuerpo en el ser hablante: del trauma de la lengua a las respuestas subjetivas. *Anuario de investigaciones*, 22(2), 121-129. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185116862015000200015
- Iuale, M.L. (2017). Cuerpos Afectados: el trauma lacaniano y respuestas subjetivas. *Anuario de Investigaciones*, XXIV, 123-132.
<https://www.redalyc.org/journal/3691/369155966043/html/>
- Lacan, J. (1987). *Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*. En el Seminario de Jaques Lacan (1º ed., Vol.11). Paidós.
- Lacan, J. (2008). *Aun*. En el Seminario de Jaques Lacan (1º ed., Vol. 20). Paidós.

- Lacan, J. (2002a). La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. *En Escritos 2* (3° ed., Vol.2., pp.473-509). Siglo XXI.
- Lacan, J. (2002b). La dirección de la cura y los principios de su poder. *En Escritos 2* (3° ed., Vol.2., pp.559-615). Siglo XXI.
- Lacan, J. (2009a). Seminario 9 La Identificación. En R. E. Rodríguez-Ponte. *Versión crítica* <https://www.dropbox.com/s/6ycc2sqiepr2l7r/Seminario%209%20-%20La%20identificaci%C3%B3n%20%28RRP%29.pdf?dl=0>
- Lacan, J. (2009b). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. *Escritos 1* (3°ed., Vol., 1., pp.231-309). Siglo XXI.
- Lacan, J. (2005). *De los nombres del Padre*. (González, N., Trad.). Paidós.
- Lacan, J. (2006a). Lugar, Origen y Fin de mi Enseñanza. *Mi Enseñanza* (1°ed., pp.11-76). Paidós.
- Lacan, J. (2006b). Mi Enseñanza, su Naturaleza y sus Fines. *Mi enseñanza* (1°ed., pp.77-115). Paidós.
- Ley Nro. 6063 de 1983. (1983,11 de Febrero). Ejercicio de la profesión de psicólogos. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/11873.html>
- Ley Nro. 26.657 de 2010. (2010, 2 de diciembre). Ley Nacional de Salud Mental. <http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf>
- Lillo-Espinosa, J.L (2000). Duelo y pérdida corporal. *Informaciones Psiquiátricas* (163), 43-56. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4531074>
- Maji-Anguieta, E.C., Vera-Balseca, M.F. (2016). *Algunas consecuencias subjetivas en la imagen corporal desde el psicoanálisis lacaniano, en pacientes con amputaciones internados en una Institución de Salud Pública*. [Tesis de Grado para la Obtención

de Título en Licenciatura en Psicología Clínica, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil] .Repositorio Digital Universidad Católica Santiago de Guayaquil.
<http://201.159.223.180/bitstream/3317/5506/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPC-69.pdf>

Miller, J.A. (2008). *Introducción al método psicoanalítico*. Paidós.

Núñez-Calderón, N., Velásquez-Pailamilla, C., y Vidal-Urzúa, C. (2016). *Reconstrucción de la imagen corporal y desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria en personas que han experimentado una amputación de un segmento corporal*. [Tesis de pregrado para Obtención de Título Profesional de Terapia Ocupacional, Universidad Andrés Bello de Chile]. Repositorio Universidad Nacional Andrés Bello.
https://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/15590/a125906_Nun ez_N_Reconst%20%20%20ruccion_de_imagen_corporal_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ocampo, M.L., Henao, L.M., y Vásquez, L. (2010). *Amputación de miembro inferior: Cambios funcionales, inmovilización y actividad física* (1° ed.). Universidad del Rosario.
https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3793/Documento%2042_IMPRESION.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Osorio-Quimbaya, L.J. (3 de septiembre del 2007). *Módulo de amputados*. Recuperado el 10 de Abril de 2022 de <https://www.elportaldelasalud.com/modulo-de-amputados/>

Patiño-Martínez, J.M., Soto-Sabogal, P.A., y Vargas-Ayala, D.K. (2020). *Herramientas de afrontamiento en duelo por amputación de extremidades*. [Trabajo de Grado en Línea de Investigación, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional Universidad Cooperativa de Colombia.
https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/19939/1/2020_herramientas_afrontamiento_duelo.pdf

Rabinovich, D.S. (1964). *Sexualidad y Significante*. Manantial.

- Rubinstein, A. (2012). La construcción del caso. Psicoanálisis e investigación. En J.C. Esquivel. (Ed.). *La terapéutica psicoanalítica; efectos y terminaciones* (pp.35-52). JC.
- Sánchez, B. (2015). El cuerpo y los tres registros. *Revista enlaces*, 5. <https://www.revistaenlaces.com.ar/2.0/archivos/lecturas/20/Blanca%20Sanchez%20-%20El%20cuerpo%20y%20los%20tres%20registros.pdf>
- Sakamoto, H. (1995). Dor Pós-amputação -Abordagem Terapêutica. [Dolor postamputación -Enfoque Terapéutico]. *Acta Fisiátrica* 2(1), 7-10. 10.11606/issn.2317-0190.v2i1a101944
- Serra-Gabriel, M.R. (2001). *El paciente amputado: labor de equipo*. Springer Verlag Ibérica.
- Soler, C. (2011). *Los afectos lacanianos*. Letra viva.
- Soler, C. (28 de septiembre 2010). El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan. *El psicoanalista lector* <http://elpsicoanalistalector.blogspot.com/2010/09/colette-soler-el-cuerpo-en-la-ensenanza.html>
- Sotelo, I. (2005). Respuestas a los tiempos de urgencia. En I. Sotelo (Comp.) *Tiempos de Urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp.27-89). Grama.
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. JCE.
- Tixi -Herrera, M.N. (2018). *El proceso de duelo y el síndrome del miembro fantasma en pacientes diabéticos amputados en el ámbito de una institución hospitalaria: propuesta de una intervención clínica psicológica*. [Tesis de Grado para la Obtención de Título en Psicología Clínica, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Repositorio digital Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. <http://201.159.223.180/bitstream/3317/10385/1/T-UCSG-PRE-FILCPC-144.pdf>

Unzueta-Nostas, C. y Lora, M.E. (2003).El estatuto del cuerpo en Psicoanálisis. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 1(1), 136-154.http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100009

Villalibre- Calderón, C. (2013) .*Concepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre: revisión histórica y bibliográfica*. [Trabajo fin de master para la obtención de master en análisis y gestión de emergencia y desastre, Universidad de Oviedo, España]. Repositorio digital Universidad Nacional de Moreno.<https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/17739/TFM%20cristina.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Apéndices

Apéndice A
Nota de Autorización

Apéndice B

Modelo de consentimiento informado

La Universidad Católica de Salta en cumplimiento de la necesidad de capacitar a sus alumnos realiza diferentes prácticas e investigaciones, entre ellas el Trabajo Integrador Final, que consiste en una investigación a ser realizada por los alumnos que hayan finalizado todas las materias y estén en condiciones de realizar su Tesis.

En este caso, por la presente yo _____
con DNI _____ declaro que:

He recibido información necesaria de forma clara y comprensible sobre la naturaleza, objetivos, procedimientos y temporalidad que se surgirán a lo largo del proceso de esta investigación, que será llevado a cabo por la alumna tesista Miraval Gimena Renée.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He comprendido que la participación en esta investigación es voluntaria y será grabada y he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes. Tengo conocimiento de que puedo decidir interrumpir libremente mi participación en cualquier momento de la misma.

Por lo expuesto brindo mi consentimiento informado para facilitar el relato de casos por mí elaborados, fruto del trabajo con pacientes que han atravesado por una amputación traumática y han sido derivados al Servicio en el que me desempeño. Asimismo acepto brindar información pertinente sobre el caso salvaguardando el secreto profesional y la identidad de los pacientes presentados en los casos, pudiendo interrumpir mi participación cuando lo considere necesario.

Salta, de 2022

Firma de la Investigadora

Firma del Participante

Aclaración

Apéndice C

Guía de observación documental (relato de casos clínicos)

Datos del paciente:

- Edad:
- Sexo:
- Ocupación:
- Grupo Familiar:
- Motivos que lo llevaron al tratamiento:
- Datos referidos a la intervención quirúrgica:
- Ámbito de realización del tratamiento:

Antecedentes y contexto del caso.

- Modalidades de Ingreso al programa.
- Demanda espontanea o derivación.
- Primer contacto con el profesional psicólogo.
- Datos de interés registrados por el profesional psicólogo.

Experiencias subjetivas en torno a la amputación traumática.

- Enunciados con respecto a sus funciones corporales.
- Expresiones sobre el miembro amputado.
- Dichos sobre la intervención quirúrgica del miembro amputado.

La posición del sujeto frente a lo que dice de la amputación traumática vivida.

- Dicho sobre la situación vivida.
- Referencias a su vida anterior a la amputación.
- Manifestaciones sobre los significados.
- Manifestaciones con relación a su vida actual y futura.

La identificación de las modificaciones en la posición subjetiva de los sujetos.

- Efectos en la vida del sujeto.
- Referencias a la transferencia establecida con el profesional psicólogo.

- Aclaraciones sobre el fenómeno de la resistencia.
- Posterior evolución del caso.

Apéndice D

Guía de entrevista a profesionales psicólogos (autores de los casos)

Datos del entrevistado

- Profesión:
- Lugar de trabajo donde desempeña su labor:
- Actividades principales que realiza en el servicio con pacientes amputados:
- Servicios con los cuales realiza interconsultas:

Contexto del caso

- Datos sobre el paciente:
- Referencia sobre su situación familiar:
- Datos de importancia de la amputación:
- Ingreso al Programa:
- Duración del tratamiento:
- Ámbito de realización del tratamiento:

Amputación y localización subjetiva del paciente (preguntas que se realizarán para cada uno de los casos)

Experiencias subjetivas en torno a la amputación traumática.

- ¿Cómo cree que influyó en el caso del paciente en sus funciones corporales la amputación?
- ¿Qué lugar cree que tuvo el estatuto del cuerpo en la amputación?
- ¿El paciente creyó que en su vida hubieron cambios a partir de la amputación?
- ¿Qué significados cree que este paciente le dio a su amputación?
- ¿Con qué hecho de su vida se conectó?

La posición del sujeto frente a lo que dice de la amputación traumática vivida.

- ¿Cree que pudo localizarse una posición subjetiva? ¿Cómo se dio?

- ¿Cómo sitúa al paciente en esa posición subjetiva?
- ¿Qué sentidos cree que el paciente le dio al hecho de la amputación?
- ¿Qué efectos terapéuticos pudieron observarse en las entrevistas?
- ¿Qué otra información considera de interés para la comprensión del caso?

La identificación de las modificaciones en la posición subjetiva de los sujetos.

- ¿El paciente suele comparar su vida anterior a la amputación con la actualidad? ¿Cómo lo manifestó?
- ¿Cómo cree que influyó en el caso del paciente las intervenciones médicas realizadas?
- ¿Durante el tratamiento el paciente logro manifestar su posición subjetiva a partir de la amputación? ¿se pudo visualizar la posición subjetiva antes de dicha amputación?
- ¿Qué sentidos cree que el paciente le dio al hecho de la amputación?
- ¿Cree que el paciente en cuestión manifestó cambios en su posición subjetiva a partir de la amputación traumática? ¿Cuáles serían esos cambios de posición subjetiva?
- ¿Qué lugar tuvo dentro de la transferencia para ese paciente la amputación?
- ¿Cree que hay una implicación subjetiva por parte del paciente?
- ¿Qué podría decir de su intervención en el caso?
- ¿Qué otro dato de interés podría aportar para la comprensión del caso?.

Apéndice E

Entrevista a Profesionales psicólogos autores de los relatos de caso

Caso “S”

Datos del Entrevistado

- Profesión: Licenciado en Psicología.
- Lugar de trabajo donde desempeña su labor: Servicio Funcional de Salud Mental del Hospital Público de Autogestión San Bernardo.
- Actividades principales que realiza en el servicio con pacientes amputados: escucha e intervenciones desde el enfoque psicoanalítico.
- Servicios con los cuales realiza interconsultas: el Programa Funcional de Salud Mental trabaja de manera transversal con todo el Hospital.

Contexto del Caso

- Datos sobre el paciente: 32 años, sexo masculino.
- Referencia sobre su situación familiar: Presenta vínculo conflictivo con familia de origen, siendo sus principales redes de apoyo y contención, su pareja y amistades.
- Datos de importancia de la amputación: ingreso con una fractura expuesta en miembro inferior derecho el cual hizo un foco de infección y debió ser amputado el miembro.
- Ingreso al Programa: día 16 de internación.
- Duración del tratamiento: 64 días.
- Ámbito de realización del tratamiento: Servicio de Traumatología y Ortopedia, Unidad de Terapia Intensiva, consultorio.

Introducción

Buenos días tal y como leíste en el consentimiento informado, los objetivos de mi investigación son poder conocer cuál es la posición subjetiva frente a la amputación traumática de aquellos sujetos entre 20 y 40 años de edad que atravesaron por esta experiencia, para eso solicito la prestación de casos elaborados llevados a cabo por tu autoría para así poder cumplir con dichos objetivos.

De tal manera al haber firmado dicho consentimiento aceptas brindar información del caso a través de entrevistas, como así también facilitar el relato del mismo, no obstante en el momento que consideres pertinente puedes interrumpir la participación de la misma.

Alumno: ¿Cómo cree que influyó en el caso del paciente en sus funciones corporales la amputación?

A: Creo que en el caso de este paciente sus funciones corporales se vieron afectadas en la manera que el perdía su capacidad de poder moverse por sí mismo, él se encontraba conectado a diferentes dispositivos, como drenaje en ambos lados de su tórax, sondas y sueros y esto solo esto no hace otra cosa que inmovilizarlo.

Alumno: ¿Qué lugar cree que tuvo el estatuto del cuerpo en la amputación?

A: El estatuto del cuerpo no cambio a partir de la amputación, si no a partir de que el paciente se veía inmovilizado ya que se encontraba internado y conectado a diferentes dispositivos médicos.

Alumno: ¿El paciente creyó que en su vida hubieron cambios a partir de la amputación?

A: si por supuesto, los cambios se dieron en cuanto a su vida diaria y lo que esto conlleva, desde el trabajo hasta sus hábitos diarios.

Alumno: ¿Qué significados cree que este paciente le dio a su amputación? ¿Con qué hecho de su vida se conectó?

A: El paciente significó su amputación a partir de los significantes soledad, abandono y ser silenciado, ya que esta situación de tener que estar internado revivió aquellos recuerdos de la infancia donde él en su adolescencia decidió irse de su casa ya que sus padres no lo entendían, no lo escuchaban, siempre estuvieron ocupados con sus cosas y no le prestaban atención cuando él lo necesitaba.

Alumno: ¿Cree que pudo localizarse una posición subjetiva? ¿Cómo se dio?

A: Creo que la posición subjetiva parte del otro, el otro es quien me abandona, es quien no me escucha. Esta posición se dio a partir de la vivencia del accidente donde S, se encontró solo internado y se re significaron esos significantes.

Alumno: ¿Cómo sitúa al paciente en esa posición subjetiva?

A: La sitúa a partir de que la posición de objeto.

Alumno: ¿Qué sentidos cree que el paciente le dio al hecho de la amputación?

A: El paciente le dio a la amputación el sentido en que era la única salida y solución a su problema, ya que el solo quería irse de esa situación de tener que estar internado, esa era su urgencia.

Alumno: ¿Qué efectos terapéuticos pudieron observarse en las entrevistas?

A: Mmm, nose si la palabra son efectos terapéuticos, ya que en este paciente solo se pudo visualizar la urgencia que el tenia, la urgencia pasaba solo por poder retirarse de la internación, no se focalizó en otra cuestión que no sea esta.

Alumno: ¿Qué otra información considera de interés para la comprensión del caso?

A:- Recuerdo que S ante toda esta situación de internación empezó presentar insomnio nuevamente, se muestra ansioso e irritable. Recuerdo que manifestaba; si me van a tener que amputar que lo hagan cuanto antes, no quiero seguir estando aquí, necesito irme.

Entonces ahí empezamos a trabajar sobre dicha urgencia permitiéndole que el vehiculice por medio de la palabra sus malestares sin juzgar su postura.

Después uno de los médicos de planta del Servicio de Traumatología luego duna revista de sala, quedó conmovido por la situación del paciente y le promete “yo te voy a salvar la pierna”. Donde S. le hace saber que este no es su deseo.

Alumno: Entonces ¿Qué pasó con S. a partir de esta situación con el médico?

A:- El equipo de RISAM se reunió con el médico tratante y con la familia del paciente, con el fin de evaluar la situación de salud física y mental de este.

Es así, que a partir de dicha reunión tanto el traumatólogo como los familiares coinciden en realizar una última intervención en quirófano, de no funcionar dicha intervención se procederá con la amputación debido a que seguir insistiendo podría derivar en complicaciones que pongan en riesgo la vida del paciente.

Alumno: El paciente ¿suele comparar su vida anterior a la amputación con la actualidad? ¿Cómo lo manifestó?

A: El no comparo su vida anterior con la actualidad, pero si es consciente de que a partir de la amputación sus actividades y hábitos de la vida diaria van a tener que re acomodarse, él trabajaba como despachante de aduana en el aeropuerto y cuando inició la pandemia dejó de asistir de forma presencial a su ámbito laboral pero continuó percibiendo su salario mensual. Al año siguiente, la empresa decidió desvincularlo de su actividad laboral, con el dinero que percibió de la empresa decidió comprarse “una moto” y trabajar de manera independiente como delivery, él ayudaba con el sustento de la casa y ahora verse imposibilitado para trabajar lo angustiaba y preocupaba.

Alumno: ¿Cómo cree que influyó en el caso del paciente las intervenciones médicas realizadas?

A: Estas intervenciones médicas fueron foco de la angustia para el paciente. Su angustia provino de tener que pasar por ese proceso de internación, la queja de este paciente era dirigida hacia al personal médico ya que no le daban el alta, ni la respuesta que él esperaba por eso estaba así de molesto, él consideraba que nadie lo escuchaba ni lo entendía.

Alumno:-¿Durante el tratamiento el paciente logro manifestar su posición subjetiva a partir de la amputación? ¿Se pudo visualizar la posición subjetiva antes de dicha amputación?

A:- en este paciente, no se logro visualizar su posición subjetiva a partir de la amputación, es más la cuestión de la amputación quedo en un segundo plano, para él perder su pierna

era una solución a poder irse de ese horrible lugar donde era incomprendido, es más para él la amputación le permitió moverse de manera más libre así, se podía ir.

Alumno: ¿Qué sentidos cree que el paciente le dio al hecho de la amputación?

A:- Para este paciente la amputación era una solución, una salida a esa angustia, una salida a no sentirse abandonado, atado, él prefirió perder una pierna a volver a tener que transcurrir la angustia que producía esta escena, en la que se puede pensar que se jugaba su lugar en el deseo del Otro, ya que esto se relacionaba con su vida infantil y su historia, él expresó en una de las sesiones, yo me fui de mi casa a los 16 años por que no soportaba más, ellos nunca entendieron mis decisiones, nunca me escucharon, siempre estuvieron muy ocupados en sus cosas y no me prestaban atención cuando lo necesitaba.

Alumno: ¿Cree que el paciente en cuestión manifestó cambios en su posición subjetiva a partir de la amputación traumática? ¿Cuáles serían esos cambios de posición subjetiva?

A:- Para mí el paciente no manifestó cambios en su posición subjetiva a partir de la amputación traumática, más bien ese procedimiento quirúrgico le permitía poder retirarse del establecimiento hospitalario que le causaba tanto malestar y angustia, claramente esa angustia se conectaba con su historia, con su vivencia de ser abandonado.

Se puede ver con este paciente que el tema de la amputación de su miembro inferior pasa a un segundo plano, pasa a ser la “solución” para que él se sienta nuevamente libre y deje de estar en posición de objeto.

Es importante mencionar que en este paciente en un primer momento no se habla de amputación, sino más bien él ingreso por una fractura y el hecho quirúrgico se presentó después cuando su cuerpo ya no resistió a las curaciones, eso también influyó en la posición que tomó frente al hecho.

Alumno: ¿Qué lugar tuvo dentro de la transferencia para ese paciente la amputación?

A: La amputación tuvo una transferencia totalmente cegada, para él este procedimiento fue tomado desde la mirada que si lo tienen que hacer lo hagan cuanto antes, ya que él no quería estar en ese lugar.

Alumno: ¿Cree que hay una implicación subjetiva por parte del paciente?

A: no considero que haya implicación subjetiva por parte del paciente, su posición desde un primer momento fue que la responsabilidad estaba en el Otro, ya sea el Otro médico, el Otro que abandona, el Otro que no escucha. La responsabilidad de S pasaba por el Otro.

Alumno: ¿Qué podría decir de su intervención en el caso?

A: Mis intervenciones eran en el Servicio de Traumatología y Ortopedia y en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva, en un primer momento las intervenciones con el paciente eran en el servicio de internación, donde yo estaba al pie de la cama con el paciente, siendo un arduo trabajo de escucha, donde él manifestaba dichos relacionados con el “agotamiento e insistencia de poder retirarse de la internación”, este pedido por el paciente fue impedido claramente por la realidad de su cuerpo, por su familia y por los médicos.

En este espacio no se interpretó ni realizó grandes intervenciones, el simple hecho de haber brindado un espacio de escucha permitió al sujeto poner palabras a esto que lo afectaba, lo que produjo efectos en sus síntomas.

Alumno: ¿Qué otro dato de interés podría aportar para la comprensión del caso?

A:- Considero importante recalcar que el paciente empezó a no aguantar más la situación de internación, las curaciones, el toilette y las condiciones de abandono que supone esto, el mismo solicito la amputación y firmo el consentimiento.

La idea del médico de querer salvarle la pierna abusa de su deseo de sanar, ya que no se escucha al sujeto quien insiste fervorosamente en no querer someterse a todas las cirugías y el tiempo que implicaría “salvar la pierna”.

El altruismo en el cual se basa la idea del médico “Salvar la pierna” vela el hecho de ubicar al otro en el lugar de objeto.

Finalmente, cuando los criterios médicos indicaron que debía ser, se amputó la pierna.

Alumno:- ¿Entonces que paso a partir de esta situación?

A:-En este momento, desde nuestro servicio se decidió brindar un espacio en el cual el paciente pueda expresar algo de su urgencia, buscando dar entidad a algo de la posición del sujeto quien fue silenciado. Por otra parte en conjunto con el equipo, se intentó trabajar

con el traumatólogo tratante y la familia a fin de que puedan diferenciarse las realidades del paciente de las del equipo.

S. por momentos esta inapetente e irritable en ciertas ocasiones refiere no quiero hablar con nadie, no estoy para nadie, nosotros desde el equipo decidimos alojar su malestar y escucharlo. El insomnio comenzó nuevamente a acentuarse, S. refiere no dormir durante las noches debido a sentirse muy acelerado y con mucho malestar, es así que se le sugiere la posibilidad de realizar una consulta con el médico psiquiatra, lo cual el aceptó.

Así el equipo de RISAM solicitó una interconsulta con el médico psiquiatra del hospital, el cual el valoró a S. y le prescribió Quetiapina 50 mg, un comprimido por día, en la cena.

Entrevista a profesional C

Caso “M”

Datos del entrevistado

- Profesión: Licenciada en Psicología.
- Lugar de trabajo donde desempeña su labor: Servicio Funcional de Salud Mental del Hospital Público de autogestión San Bernardo.
- Actividades principales que realiza en el servicio con pacientes amputados: escucha activa e intervenciones desde el enfoque psicoanalítico.
- Servicios con los cuales realiza interconsultas: el Programa Funcional de Salud Mental trabaja de manera transversal con todo el Hospital.

Contexto del caso

- Datos sobre el paciente: 30 años, sexo masculino.
Referencia sobre su situación familiar: es el noveno de 11 hermanos varones, no tiene esposa ni hijos, vive con su madre y hermanos, se evidencia que la violencia del padre hacia la madre, era frecuente.
- Datos de importancia de la amputación: ingresa al Servicio de emergencias por accidente con fuego, se cayó sobre él lo que generó quemaduras graves, se debieron amputar ambos miembros inferiores.
- Ingreso al Programa: 9 meses después de estar internado.
- Duración del tratamiento: 3 meses.
- Ámbito de realización del tratamiento: Servicio de Traumatología y Ortopedia, Unidad de Terapia Intensiva.

Introducción

Buenos días tal y como leíste en el consentimiento informado, los objetivos de mi investigación son poder conocer cuál es la posición subjetiva frente a la amputación traumática de aquellos sujetos entre 20 y 40 años de edad que atravesaron por esta experiencia, para eso solicito la prestación de casos elaborados llevados a cabo por tu autoría para así poder cumplir con dichos objetivos.

De tal manera al haber firmado dicho consentimiento aceptas brindar información del caso a través de entrevistas, como así también facilitar el relato del mismo, no obstante en el momento que consideres pertinente puedes interrumpir la participación de la misma.

Alumno:-¿Cómo cree que influyó en el caso del paciente en sus funciones corporales la amputación?

C:- En el caso M las funciones corporales se vieron afectadas en el sentido de que él ya no podría realizar sus actividades en el monte, como el sabía decir, ya no iba a poder ir a machetear.

Alumno:-¿Qué lugar cree que tuvo el estatuto del cuerpo en la amputación?

C:- En un primer momento el estatuto del cuerpo no emergía en este sujeto, estaba totalmente en una posición de negación, el manifestaba que no se tocaba ni se miraba sus piernas, de a poco se animó a hacerlo y ahí fue que manifestó por primera vez que le dolían, que eran como si estaban todavía. Recién en este momento algo del cuerpo emerge e insiste, se puede hablar de que este paciente comienza a vivenciar el síndrome del miembro fantasma, comienza a tocarse algo de la falta en él.

Alumno:-¿El paciente creyó que en su vida hubieron cambios a partir de la amputación?

C:- por supuesto, cambio todo para este paciente, él ya no iba a poder ir a machetear lo cual era su vida, ya no iba a poder trabajar en el campo ni joder con el fuego como el expresaba, la amputación significó una serie de cambios para M.

Alumno:-¿Qué significados cree que este paciente le dio a su amputación?

C:- Le dio los significados de ser “machetado”.

Alumno:-¿Con qué hecho de su vida se conectó?

C:- Este suceso traumático para M lo enfrentó con su historia de vida, se puede observar que M siempre estuvo en posición de que el Otro me da, yo puedo subsistir sin pedir, se observa que él desde muy chico se iba al monte podían pasar días y nadie se percataba de su huida, él siempre sobrevivió, para él su machete era todo en su vida, era él quien “macheteaba” y luego del accidente él fue el macheteado, se puede ver como la situación se revierte. También M era una persona a la cual le gustaba “joder” con el fuego y fue el mismo fuego quien le ocasionó la amputación, de joder a terminar jodido...

Alumno:-¿Cree que pudo localizarse una posición subjetiva? ¿Cómo se dio?

C:- Sí, la posición subjetiva de M en un primer momento es localizada desde el deseo del Otro porque él, durante su largo periodo de internación solo subsistió, él se conformaba con lo que el Hospital le podía dar, él estaba en una posición pasiva del deseo del Otro, el Otro es quien da, yo no pido, me acuerdo que este paciente manifestó “yo no pido niaca, ellos me dan”, esto reafirma esta posición.

Alumno:-¿Cómo sitúa al paciente en esa posición subjetiva?

C:- en un primer momento lo sitúo como objeto.

Alumno:-¿Qué sentidos cree que el paciente le dio al hecho de la amputación?

C:- creo que le dio los sentidos, de ser macheteado, de no ser el mismo

Alumno:-¿Qué efectos terapéuticos pudieron observarse en las entrevistas?

C:- observo que a medida que iban pasando las sesiones M, pudo ir localizándose en sus dichos, empezó a hacerse cargo de lo que realmente le pasaba, empezó a emerger algo de su cuerpo, algo de esa falta, obviamente el darse cuenta de esto lo dejó en shock, por eso en algunas sesiones el solo estaba en silencio, él estaba procesando todos los cambios que estaba sufriendo. Estos cambios en él considero que son los efectos terapéuticos en él.

Alumno:-¿Qué otra información considera de interés para la comprensión del caso?

C:- considero de interés para este caso, el hecho de resaltar que después de 10 meses recién el paciente comienza a posicionarse frente a la amputación que sufrió, y otros servicios del hospital comenzaron a formar parte del tratamiento. El Servicio de Kinesiología y Fisiología comenzó a trabajar de manera más intensiva con él y la realidad del cuerpo a través del movimiento se hace presente.

Se puede ver que después de un periodo largo de tiempo recién en M algo comienza a incomodar en relación a su cuerpo y amputación.

Alumno:-¿El paciente suele comparar su vida anterior a la amputación con la actualidad? ¿Cómo lo manifestó?

C:- El paciente se refería en relación a su vida anterior que él vivía en un pueblo en el interior de Salta, se pasaba largos periodos en el monte, para él el monte era su vida, trabajaba de lo que había, para él ir al monte a machetear era todo en su vida, me acuerdo que expresaba “el machete es mi vida”, entonces para él perder sus piernas significaba no poder ir al monte ya, esto lo angustiaba. También recuerdo que él se imaginaba en el monte mientras estaba internado, imaginaba que caminaba y que hasta olía el monte. En cuanto a la actualidad M expreso que iba a empezar a trabajar de lo que podía y que podría empezar a tallar.

Alumno:-¿Cómo cree que influyó en el caso del paciente las intervenciones médicas realizadas?

C:- Si por supuesto, las intervenciones médicas quirúrgicas le significaron la pérdida de sus dos piernas y las prótesis que el en algún los médicos le propusieron, también lo enfrentaron con la realidad, ya que él creía que iba a poder ponérselas y salir al monte a caminar, machetear y cazar y esto no fue así, esta situación lo puso nuevamente en una posición de angustia.

Alumno:-¿Durante el tratamiento el paciente logro manifestar su posición subjetiva a partir de la amputación? ¿Se pudo visualizar la posición subjetiva antes de dicha amputación?

C:- Si, en este paciente la localización de sus dichos empezaron a cambiar, primero inicio en una posición de objeto y la pérdida de sus piernas lo empezaron a enfrentar con la realidad, el de a poco fue localizándose en sus dichos, fue tomando responsabilidad en lo que decía y en lo que realmente estaba pasando.

Alumno:-¿Qué sentidos cree que el paciente le dio al hecho de la amputación?

C:-En un primer momento, y de manera clara se evidencia la posición subjetiva frente a la amputación como una respuesta a la castración en lo real del organismo. El sujeto no encuentra recursos para velar, no se toca, no se mira, no se mueve, no demanda, la imagen del cuerpo no alcanza, el registro simbólico tampoco. Si pensamos la posición subjetiva

como una respuesta frente a la castración estructural, podríamos decir que en éste primer momento prevalece un estado de negación.

Alumno:- ¿Cómo un machetazo?

C:- Si bien el paciente no la significa en sus dichos de ese modo, creo que es válida la analogía en relación a sus dichos respecto a la función y el uso simbólico que él hace del machete. Algo de la impotencia se deja ver.

Alumno:- ¿Cree que el paciente en cuestión manifestó cambios en su posición subjetiva a partir de la amputación traumática? ¿Cuáles serían esos cambios de posición subjetiva?

C:- Los cambios en la posición subjetiva se constatan y se producen en el marco del dispositivo, bajo transferencia. No ocurre que inmediatamente después de la amputación el paciente se implica, subjetiva la falta en lo real del organismo y continúa. No existe una programación instantánea si quieres pensarla en esos términos, aún en esos términos, se estima que el proceso llevaría alrededor de un año.

M va emergiendo, va realizando arreglos con la imagen corporal, va libidinizando nuevamente el cuerpo, calculando posibles arreglos con los otros, algo comienza a bordear de su propio deseo y es ahí donde se constata en efectos el cambio de posición subjetiva. No sin bordear algo de lo traumático.”

M se negaba a la cuestión de la amputación, para él, si no se tocaba o miraba no había pasado nada, entonces ahí, justo ahí, pero desde el sesgo, se interviene y hay efectos en la subjetividad.

Se puede observar como M, pasa desde cierto lugar de objeto caído a posicionarse frente a sus dichos y machetar una solución posible.

Alumno:-¿Qué lugar tuvo dentro de la transferencia para ese paciente la amputación?

C:- La amputación tuvo una transferencia negada en un principio en este paciente, con el paso de las sesiones se pudo ir observando cómo está perdida iba emergiendo en el sujeto, algo comenzó a incomodar.

Alumno:-¿Cree que hay una implicación subjetiva por parte del paciente?

C:- Si, en un principio se podía ver que no estaba la implicación en lo que él decía, pero luego fue cambiando de posición frente a sus dichos.

Alumno:-¿Qué podría decir de su intervención en el caso?

C:- Mi intervención con este paciente, fue la de alojar su demanda y brindarle un espacio de escucha, respete los tiempos subjetivos de él, claramente esto se puede ver cuando después de un mes de trabajo recién la cuestión de la amputación surgió en las sesiones.

Alumno:-¿Qué otro dato de interés podría aportar para la comprensión del caso?

C:- Mi aporte sería, que en este caso en particular se puede ver como el paciente de estar en una posición de objeto, el otro es quien me da, yo no pido, yo estoy bien así, empezó a hacer emerger algo de su deseo, empezó a tomar responsabilidad de lo que decía y lo que estaba realmente pasando, además en este caso se puede ver que el paciente a pesar de las dificultades y los cambios que significaba para él perder sus dos piernas, él empezó a buscar nuevas posibilidades, un nuevo trabajo, una nueva forma de ver la vida.

Entrevista a profesional C

Caso “F”

Datos del entrevistado

- Profesión: Licenciada en Psicología.
- Lugar de trabajo donde desempeña su labor: Servicio Funcional de Salud Mental del Hospital Público de autogestión San Bernardo.
- Actividades principales que realiza en el servicio con pacientes amputados: escucha e intervenciones desde el enfoque psicoanalítico.
- Servicios con los cuales realiza interconsultas: el Programa Funcional de Salud Mental trabaja de manera transversal con todo el Hospital.

Contexto del caso

- Datos sobre el paciente: 20 años, sexo femenino.
- Referencia sobre su situación familiar: es hija única del matrimonio.
- Datos de importancia de la amputación: ingresa al Servicio de emergencias por accidente con ómnibus, lo cual genera politraumatismo en el miembro superior izquierdo, el cual es amputado.
- Ingreso al Programa: 1 semana de internación.
- Duración del tratamiento: 3 meses.
- Ámbito de realización del tratamiento: Servicio de Traumatología y Ortopedia, consultorio ambulatorio.

Introducción

Buenos días tal y como leíste en el consentimiento informado, los objetivos de mi investigación son poder conocer cuál es la posición subjetiva frente a la amputación traumática de aquellos sujetos entre 20 y 40 años de edad que atravesaron por esta experiencia, para eso solicito la prestación de casos elaborados llevados a cabo por tu autoría para así poder cumplir con dichos objetivos.

De tal manera al haber firmado dicho consentimiento aceptas brindar información del caso a través de entrevistas, como así también facilitar el relato del mismo, no obstante en el momento que consideres pertinente puedes interrumpir la participación de la misma.

Alumno:-¿Cómo cree que influyó en el caso del paciente en sus funciones corporales la amputación?

C:- Influyó la amputación de su brazo en el sentido de que se le dificultaba su día a día para comer, vestirse, bañarse, cortar, además se veía impedida para tocar el piano y para bailar.

Alumno:-¿Qué lugar cree que tuvo el estatuto del cuerpo en la amputación?

C:- Creo que el estatuto del cuerpo en esta paciente no fue un concepto que haya emergido, si se observa que la pérdida para ella fue una liberación y verse sin un brazo es raro y duro de aceptar, la cuestión del cuerpo no es algo que haya emergido en las sesiones.

Alumno:-¿El paciente creyó que en su vida hubieron cambios a partir de la amputación?

C:-si por supuesto, los cambios en esta paciente en particular se ven en su vida diaria, para realizar sus propias actividades, pero esta amputación también le permitió otras cosas, como por ejemplo empezar a tomar sus decisiones.

Alumno:-¿Qué significados cree que este paciente le dio a su amputación?

C:- Le dio los significados de liberación, de poder sacarse un peso de encima.

Alumno:-¿Con qué hecho de su vida se conectó?

C:- Se conectó claramente con la angustia que ella venía sintiendo en relación a sus padres quienes se observa que eran padres demandantes y asfixiantes, entonces para ella perder un brazo, separarse de una parte de su cuerpo, significó también separarse de sus padres.

Alumno:-¿Cree que pudo localizarse una posición subjetiva? ¿Cómo se dio?

C:- En un principio se puede observar que ella está en una posición de objeto, había un otro asfixiante, donde se podía ver que F estaba cansada, agotada de dar lo que los demás quieren, entonces esta era su posición y así se localizaba frente a sus dichos, sin responsabilizarse

Alumno:-¿Cómo sitúa al paciente en esa posición subjetiva?

C:- En un primer momento en una posición de objeto.

Alumno:-¿Qué sentidos cree que el paciente le dio al hecho de la amputación?

C:- Le dio los sentidos de liberarse, de quitarse un peso de encima y de tener ganas de vivir. Esta amputación le permitió empezar a vivir como ella desea.

Alumno:-¿Qué efectos terapéuticos pudieron observarse en las entrevistas?

C:- En un primer momento fue difícil empezar el tratamiento con esta paciente, ella estaba negada a hablar conmigo y a hablar sobre el accidente, luego de varias sesiones empezó a hablar y de a poco fue tomando responsabilidad de sus dichos.

Alumno:-¿Qué otra información considera de interés para la comprensión del caso?

C:-Considero importante contar un poco sobre quien era F y como era su vida, F era una joven que se encontraba en tercer año de su carrera universitaria (“al día”), es profesora de danzas, toca un instrumento musical y es la hija única de un matrimonio que se presenta por sus profesiones. Se pudo ver que sus padres eran exigentes, F para sus padres era “el tesoro” de ellos, era como una pequeña muñeca a la cual ellos le dirigían la vida, me acuerdo que los padres eran exigentes no solo conmigo como profesional que estaba tratando a su hija, sino también con los otros médicos, les exigían informes, querían hablar con la policía y todo eso...Recuerdo que en una entrevista familiar el padre me comenta que ellos querían un solo hijo para poder darle todo, que sea perfecta su vida y llegue lejos, que habían invertido mucho en ella y que no habían pensado en lo psicológico y que necesitarían también mi informe porque seguramente algún daño había.

Alumno:- ¿Cuál fue su respuesta ante estos dichos del padre?

C:- Le respondí que en estos momentos se trata de algo distinto. Voy a escuchar a F. Los padres quedaron sorprendidos y en silencio. No volvieron a insistir por un buen rato en las sesiones después de esto.

Alumno:-¿El paciente suele comparar su vida anterior a la amputación con la actualidad?
¿Cómo lo manifestó?

C:- No comparo su vida, pero sí hizo alusión a que era difícil para ella comer, vestirse, bañarse, cortar, además se veía impedida para tocar el piano y para bailar, en relación a su vida anterior a la intervención quirúrgica menciono estar angustiada y que no sabía qué hacer, ella solo actuaba sin pensar en lo que realmente quería.

Alumno:-¿Cómo cree que influyó en el caso del paciente las intervenciones médicas realizadas?

C:- Influyeron en el sentido que primero fue un proceso raro, perdió un brazo eso la ponía triste y le costaba las actividades de la vida diaria, pero se pudo observar en esta paciente en particular que el perder un brazo le permitió tomar sus decisiones y elegir qué hacer con su vida, esta amputación, esta pérdida de una parte de su cuerpo le permitió tener ganas de vivir.

Alumno:-¿Durante el tratamiento el paciente logro manifestar su posición subjetiva a partir de la amputación? ¿Se pudo visualizar la posición subjetiva antes de dicha amputación?

C:- En un primer momento ella estaba en posición de objeto, el otro simbolizaba a sus padres, quienes dirigían su vida, de a poco con el tratamiento ella empezó a enfrentarse con su nueva posición subjetiva, empezó a emerger su deseo realmente.

Alumno:-¿Qué sentidos cree que el paciente le dio al hecho de la amputación?

C:- En principio la amputación cobra otro estatuto en éste caso. Es el resultado de un pasaje al acto. De un intento de separación fallido y logrado. Este último punto es riesgoso. F. es amputada como resultado de un pasaje al acto: no se trata de un accidente, ve el colectivo y se tira, se deja caer. Cae de la mirada.

Viene la amputación y eso permite agujerear algo de ese Otro consistente de la pareja parental. La mirada sobre “el tesoro” se aparta. Los padres quieren una reparación inmediata, lo vemos cuando piden el dinero, la compensación, el brazo robótico.

Ahí en esa mirada que se retira, F se cuelga, se vale de la amputación para hacer emerger algo distinto, posiblemente algo del orden del deseo, para iniciar un camino para separarse de otro modo.

Pago caro...para ella el poder separarse de sus padres conlleva a perder un brazo, el liberarse de este Otro le costó un precio muy alto que fue la amputación. Ella expresa que si le dolió perder un brazo y que es raro pero que esto solo fue una pérdida de un pedazo de su cuerpo, no la vida...

Alumno:- ¿Cree que el paciente en cuestión manifestó cambios en su posición subjetiva a partir de la amputación traumática? ¿Cuáles serían esos cambios de posición subjetiva?

C:- Tal vez responder esa pregunta implicaría pensar que la posición subjetiva se puede pensar en la clínica desde tres nociones: el Otro, el deseo y el objeto a.

Es un caso complejo porque es vía la contingencia de la amputación que se da lugar a esa extracción de la mirada del Otro parental. Algo alivia...algo comienza a plantearse ella en relación a la emergencia de su propio deseo, por lo menos a instrumentar otros medios de separarse como continuar estudiando en otra provincia. Le da una función a esa pérdida, ¿hace un agalma? Me pregunto siempre. Sin embargo creo transitó un camino hacia subjetivar la amputación, está el recurso a cierto humor irónico y el predominio de la angustia frente a la imagen.

La contingencia le permitió una vía, y subjetiva la urgencia...

Alumno:-¿Qué lugar tuvo dentro de la transferencia para ese paciente la amputación?

C:- Tuvo una transferencia positiva la amputación, suena raro pero fue así con esta paciente, la amputación le permitió tener ganas de vivir.

Alumno:-¿Cree que hay una implicación subjetiva por parte del paciente?

C:- Sí, ella pudo implicarse en sus dichos.

Alumno:-¿Qué podría decir de su intervención en el caso?

C:- Mi intervención fue la de alojar a la paciente en su silencio ya que en un principio ella no quería hablar, estaba a la defensiva en relación a hablar del accidente, de a poco ella fue confiando en mí y en el tratamiento, lo que yo hice desde mi posición fue brindarle un espacio de escucha.

Alumno:-¿Qué otro dato de interés podría aportar para la comprensión del caso?

C:- Me parece importante contar que después del alta médica F quiso seguir viniendo al tratamiento a pesar de que sus papas querían que vaya a un consultorio privado, ella no quiso, tampoco quiso apurarse en cuestiones de una prótesis, ella empezó a alzar la voz de su propio deseo, F con el tiempo se fue a otra provincia a estudiar y siguió con el tratamiento psicológico.

Apéndice F

Guías de observación documental (de relatos de casos)

Caso “S”

Datos del Paciente:

- Edad: 32 años
- Sexo: Masculino
- Ocupación: Actualmente desempleado
- Grupo Familiar: Pareja y dos hijos pequeños.
- Motivos que lo llevaron al tratamiento: Insomnio
- Datos referidos a la intervención quirúrgica: Amputación del miembro inferior derecho por fractura expuesta por accidente de tránsito.
- Ámbito de realización del tratamiento: Servicio de Traumatología y Ortopedia, Unidad de Terapia Intensiva.

Antecedentes y Contexto del Caso.

- Modalidades de Ingreso al programa: interconsulta realizada por residentes del Servicio de Traumatología y Ortopedia.
- Demanda espontánea o derivación: derivación.
- Primer contacto con el profesional psicólogo: el primer contacto se produce por cuestiones de insomnio por parte del paciente, en el día 16 de su internación.
- Datos de interés registrados por el profesional psicólogo: la intervención con el servicio inicia por cuestiones de insomnio donde el paciente manifiesta no poder conciliar el sueño debido a la evocación de imágenes del accidente lo cual lo angustia. Se comienza el tratamiento con dos sesiones por semana.

Experiencias Subjetivas en Torno a la Amputación Traumática.

- Enunciados con respecto a sus funciones corporales:
 - Tengo mangueras en todos lados, es muy triste ver mi cuerpo así.
 - Es un cuerpo que no aguanta más el deterioro.
 - Inapetencia e irritabilidad, deterioro físico y mental.
- Expresiones sobre el miembro amputado:

- El paciente no emite expresiones sobre el miembro amputado, no manifiesta angustia a relación al hecho, lo habla con naturalidad sin problematizar, solo pide que *“Si me van a tener que amputar que lo hagan cuanto antes, no quiero seguir estando aquí, necesito irme”*.
- El paciente a pesar de que un médico intento salvarle la pierna, el expreso que *“no es su deseo”*.
- El paciente expresa a partir de la amputación, *“Me siento mucho más aliviado, me puedo mover de un lado para otro, me puedo sentar, me siento más tranquilo porque ya sé que me tengo que recuperar rápido y estoy más cerca de poder irme de este horrible lugar”*.
- Dichos sobre la intervención quirúrgica del miembro amputado:
 - El sujeto expresa, *“Si me van a tener que amputar que lo hagan cuanto antes, no quiero seguir estando aquí, necesito irme”*, de tal manera que solicita la amputación y firma el consentimiento informado.
 - S manifiesta a los médicos, *“Si no me amputan ya me voy a mandar una macana grande, necesito irme, no puede ser que haya ingresado por algo en mi pie derecho, y ahora tengo cables por todos lados”*.
 - Luego de la intervención quirúrgica expresó *“Me siento mucho más aliviado, me puedo mover de un lado para otro, me puedo sentar, me siento más tranquilo porque ya sé que me tengo que recuperar rápido y estoy más cerca de poder irme de este horrible lugar”*.

La Posición del Sujeto frente a lo que Dice de la Amputación Traumática Vivida.

- Dichos sobre la situación vivida:
 - El paciente posee psoriasis y la situación de estrés por la cual atraviesa empeora su cuadro de base *“me hacen poner nervioso y comienzo a descamar”*.
 - El paciente expresa, *“Me siento abandonado en este lugar”*.
 - El paciente se angustia por la situación, *“no es escuchado”*.
 - Expresa que, *“Pasan todos los médicos en las reuniones esas que hacen cama por cama y ahí dicen una cosa, pero después no se hace nada de lo que dicen. No cumplen su palabra, no quiero seguir acá, quiero irme, me está haciendo mal esto, yo entre por una quebradura en la pierna, la infección que tengo ahora es por el abandono”*

- Se angustia y expresa, *“Tengo mangueras en todos lados, es muy triste ver mi cuerpo así”*.
- Le manifiesta al profesional, *“No quiero hablar con nadie, no estoy para nadie”*
- Referencias a su vida anterior a la amputación:
 - Relata que se desempeñaba de manera dependiente como despachante de aduana en el aeropuerto de Salta, trabajó durante mucho tiempo en la empresa. No obstante, señala que cuando inició la pandemia por covid-19 dejó de asistir de forma presencial a su ámbito laboral pero sigo percibiendo su salario mensual. Al año siguiente, la empresa decidió desvincularlo de su actividad laboral. Con el dinero que percibió de la empresa decidió comprarse “una moto” y trabajar de manera independiente como delivery.
- Manifestaciones sobre los significados:
 - La hospitalización significo una reorganización de la cotidianeidad familiar en torno a su actividad laboral, cuidado de sus hijos y el acompañamiento a él mismo.
 - Enojo, abandono, no ser escuchado.
 - Es muy triste ver mi cuerpo así, en relación a las mangueras a las que estaba conectado.
- Manifestaciones con relación a su vida actual y futura: a partir de la amputación se modifican diferentes ámbitos de su vida ya que su dinámica cambia e irrumpe en su cotidianeidad y afecta diferentes ámbitos como lo laboral, familiar, económico y social.

La Identificación de las modificaciones en la Posición Subjetiva de los Sujetos.

- Efectos en la vida del sujeto: sentimientos de soledad, abandono, miedo, enojo y angustia (durante el periodo de internación). Los cuales se relacionan con su adolescencia, el sentimiento de abandono,
- Referencias a la transferencia establecida con el profesional psicólogo:
 - El tratamiento con los profesionales al inicio del mismo fue de manera positiva a modo de catarsis, luego al ver que su miembro inferior no mejoraba (antes del procedimiento quirúrgico) decide no aceptar el tratamiento con los profesionales

luego del procedimiento quirúrgico no quería hablar con nadie, luego de dada el alta no volvió al tratamiento psicológico.

- Mala transferencia hacia el hospital y personal médico dificultó que se pueda realizar un seguimiento.
- Aclaraciones sobre el fenómeno de la resistencia: no se visualizó fenómeno de resistencia durante el tratamiento realizado en el periodo de internación, luego del procedimiento quirúrgico sí.

Caso “M”

Datos del paciente:

- Edad: 30.
- Sexo: masculino.
- Ocupación: trabajador rural (monte o caza).
- Grupo Familiar: madre y hermanos.
- Motivos que lo llevaron al tratamiento: valoración y conducta del paciente.
- Datos referidos a la intervención quirúrgica: amputación de ambos miembros inferiores por quemaduras graves.
- Ámbito de realización del tratamiento: Unidad de Terapia Intensiva, consultorio de Salud Mental.

Antecedentes y contexto del caso.

- Modalidades de Ingreso al programa: interconsulta por el Servicio de Traumatología y Ortopedia.
- Demanda espontanea o derivación: derivación.
- Primer contacto con el profesional psicólogo: interconsulta que solicitaba valoración y conducta del paciente.
- Datos de interés registrados por el profesional psicólogo: cambios en la posición subjetiva a partir de la toma de conciencia de la amputación.

Experiencias subjetivas en torno a la amputación traumática.

- Enunciados con respecto a sus funciones corporales:
 - M expresa, *“quieren que me siente y yo ni puedo... menos en la silla con ruedas, no me sostengo y me voy pa cualquier lado, yo no sabía Doña... yo no sabía... ¡¡me atan pa’ que no me caiga!!* .
- Expresiones sobre el miembro amputado:
 - El paciente expresa *“Yo no me he mirado, ni me he tocado ahí... cuando me vienen a curar cierro los ojos, cuando me da por verme cierro los ojos fuertes”... “Aprieto fuerte las manos para no tocarme y me quedo bien quieto”*.
 - M expresa al servicio, *“tengo miedo... yo siento que están, hasta duelen fiero... si me toco... si me miro...” “Dicen que las cortaron... pa mí es como que están... ¡las siento!”*.

- Las piernas parecen trapos que no lo sostienen.
- El paciente expresa, *“me toque las piernas... y no están... Ni rodillas tengo... pero si yo las sentía... y no están. Me toco y me toco y no quiero creer.”*
- Dichos sobre la intervención quirúrgica del miembro amputado:
- M manifiesta, *“Dicen que las cortaron... pa mí es como que están... ¡las siento!”*

La posición del sujeto frente a lo que dice de la amputación traumática vivida.

- Dicho sobre la situación vivida:
- M le manifiesta a la profesional, *“Ud. sabe ¿por qué me paso esto? y agrega: por joder con el fuego... me jodí.”*
- En cuanto al accidente expresa, *“Fue en el monte, chupamos, prendimos fuego, dicen que me caí en el fuego. Parece que estaba borracho, mis piernas quedaron en el fuego, se prendieron. No me acuerdo. Dicen que alguien se recordó y me saco del fuego. Yo ya me acuerdo de la ambulancia y de acá... dicen que me han salvado... ¿Me salvaron Doña?”.*
- Referencias a su vida anterior a la amputación.
- El paciente cuenta que, *“vive en un pequeño pueblo y largos períodos en el monte”* expresa que *“está su vida”*. Manifiesta ser trabajador de *“donde hay algo para hacer”* y que durante largos períodos subsiste viviendo de lo que caza o encuentra en el monte.
- Manifestaciones sobre los significados.
- Expresa el paciente, *“ya no soy yo- me machetearon las piernas”* *“ya no puedo machetear yo”*.
- M cuenta que, *“El machete es mi vida”*
- Manifiesta, *“No tengo piernas”*.
- Son como las piernas de los muñecos no sirven para caminar. (en relación a las prótesis).
- Las prótesis le sirven para *“parecer entero, para ver que no me cuelga el pantalón”*.
- Para él *“El monte es seguro”*.
- Manifestaciones con relación a su vida actual y futura.

- El sujeto manifiesta, “El médico me dijo que con las prótesis iba a poder hacer mi vida. Yo pensaba que me las iban a poner e iba a pararme y caminar, a volver al monte y a cazar”. “Pero ¿sabe? Ya sé que no me sirven para caminar. Son como las piernas de los muñecos no sirven para caminar”
- Intenta construir un panorama acerca de su vida en el puesto rural en la silla. Alude a que ya no se podrá ir al monte.
- M manifiesta, “*se tallar, capaz puedo usar el machete para hacer animalitos del monte*”

La identificación de las modificaciones en la posición subjetiva de los sujetos.

- Efectos en la vida del sujeto:
 - Expresa, “*ya no soy yo, “me machetearon las piernas”, “ya no puedo machetear yo”*”.
 - Manifiesta que ya no se podrá ir al monte.
 - Encuentra nuevas posibilidades ya que expresa, “*se tallar, capaz puedo usar el machete para hacer animalitos del monte*”.
- Referencias a la transferencia establecida con el profesional psicólogo.
 - Transferencia positiva con la profesional psicóloga.
- Aclaraciones sobre el fenómeno de la resistencia:
 - Se aloja el silencio en las sesiones, las cuales ya no se realizan en la sala sino en un consultorio del Servicio de Psicología. Asiste, pero no habla.
- Posterior evolución del caso:
 - El paciente fue dado de alta.

Caso “F”

Datos del paciente:

- Edad: 20 años.
- Sexo: femenino.
- Ocupación: estudiante, profesora de danzas.
- Grupo Familiar: madre, padre.
- Motivos que lo llevaron al tratamiento: negativa al tratamiento.
- Datos referidos a la intervención quirúrgica: amputación de miembro superior izquierdo debido a politraumatismo por accidente con ómnibus.
- Ámbito de realización del tratamiento: Servicio de Traumatología y Ortopedia, consultorio ambulatorio.

Antecedentes y contexto del caso.

- Modalidades de Ingreso al programa: interconsulta por el Servicio de Traumatología y Ortopedia.
- Demanda espontanea o derivación: derivación.
- Primer contacto con el profesional psicólogo: interconsulta que solicitaba valoración y seguimiento debido a la negación en la internación.
- Datos de interés registrados por el profesional psicólogo: cambios en la posición subjetiva.

Experiencias subjetivas en torno a la amputación traumática.

- Enunciados con respecto a sus funciones corporales:
 - La profesional expresa que tiene *“dificultades en su día a día para comer, vestirse, bañarse, cortar y que sus padres contrataron una enfermera para que la acompañe, lo cual ella rechaza. Relata que acaricio las teclas del piano con nostalgia, pero sin sentimiento, y que fue su padre quien estallo en llanto”*.
- Expresiones sobre el miembro amputado:
 - La paciente expresa *“mi cuerpo, mi cuerpo... es loco que me falte un pedazo y yo no pueda dejar de sentirme como más libre. Obviamente me duele, me jode, no me gusta, lloro frente al espejo, lloro cuando me toco, la pase para la mierda con el dolor, me miro, me paro frente a un espejo desnuda a mirarme y no te digo que no me reconozco pero es raro”*.

- Dichos sobre la intervención quirúrgica del miembro amputado:
- No se visualizan expresiones sobre la intervención quirúrgica.

La posición del sujeto frente a lo que dice de la amputación traumática vivida.

- Dicho sobre la situación vivida:
 - F expresa, *“Ese día no aguante más la sensación... nada alcanza... me di cuenta que iba a ser siempre así, me desesperé... no podía calmarme... me imaginé como una maquina... Capaz soy una máquina que no piensa y solo hace- pensé. Eso me calmo un poco, una maquina se puede apagar. Bajé corriendo... yo sí vi el colectivo... sentí el golpe en el cuerpo, todo encima... me desperté acá con la boca muy seca y no me acuerdo más”*.
- Referencias a su vida anterior a la amputación:
 - La profesional expresa *“F era una joven que se encontraba en tercer año de su carrera universitaria (“al día”), es profesora de danzas, toca un instrumento musical”*.
 - La profesional expresa sobre F, *“Tiene pocos amigos”*.
- Manifestaciones sobre los significados:
 - M se considera, *“el tesoro de mis papas”, “no sé quién soy... sólo sé lo que tengo que hacer y lo que ellos quieren”*.
 - Expresa que *“Capaz soy una máquina que no piensa y solo hace”*.
 - F expresa que es, *“una máquina que se quedó sin una pieza”*.
 - Manifiesta a la profesional que es, *“Una mujer sin brazo, pero linda piba y muy inteligente”*.
- Manifestaciones con relación a su vida actual y futura:
 - F era *“el tesoro de mis papas”, “no sé quién soy... sólo sé lo que tengo que hacer y lo que ellos quieren”*, ahora *“empecé a mirarme y a jugármela por mí”*.
 - La profesional manifiesta que F se fue a otra provincia a estudiar.

La identificación de las modificaciones en la posición subjetiva de los sujetos.

- Efectos en la vida del sujeto:

- La paciente pierde un brazo, pero pudo empezar a jugársela por ella misma, empezó a tomar sus propias decisiones, se “*saco un peso de encima*”.
- Referencias a la transferencia establecida con el profesional psicólogo:
 - En un primer momento se nota la transferencia negativa con la profesional, luego se va estableciendo el vínculo.
- Aclaraciones sobre el fenómeno de la resistencia:
 - Se observa resistencia al inicio del tratamiento.
- Posterior evolución del caso:
 - La paciente fue dada de alta de la internación y continuó con el tratamiento por consultorio externo, hasta mudarse de provincia.

Apéndice G

Cuadro de análisis de categorías

	1° Categoría. Experiencias subjetivas en torno a la amputación traumática (EAT)
Relato, caso S	-Primera demanda por interconsulta del Servicio de Traumatología y Ortopedia. -Se observa que S no puede dormir que luego de lograr conciliar el sueño <i>“se le vienen a la mente numerosas imágenes relacionadas con el accidente”</i>, esto genera en él interrupciones durante la noche, estas imágenes rompen la escena del sueño generando un abrupto y angustiante despertar. -Se observa como estas imágenes generan en él <i>“un efecto en la esfera motriz generando movimientos involuntarios lo que acarrea gran dolor debido a que el paciente debe permanecer inmóvil para favorecer la cicatrización ósea, y ya que posee un tutor externo”</i>. - El paciente recibió tratamiento dos veces por semana, el profesional expresa en la entrevista que las sesiones, <i>“eran en el Servicio de Traumatología y Ortopedia y en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva”</i>, además que <i>“en este espacio no se interpretó ni realizó grandes intervenciones, el simple hecho de haber brindado un espacio de escucha atenta permitió al sujeto poner palabras a esto que</i>

	<i>lo afectaba, lo que produjo efectos en sus síntomas”.</i> - El paciente todavía no fue amputado. -El profesional expresa <i>“Al paciente se lo ve bastante deteriorado físicamente y agotado mentalmente”.</i> -El paciente expresa <i>“Tengo mangueras en todos lados, es muy triste ver mi cuerpo así”.</i> -Una de las intervención del profesional <i>“la internación y el cuadro clínico fue desmejorando, en su miembro inferior derecho presentó una infección en partes blandas (músculo gemelo - pantorrilla), se le formó una úlcera, ante esto el equipo médico que lo asistía inició con tratamientos por medio de curaciones y administración de antibióticos. Como la misma no cedió, en segunda instancia se comenzó a realizar toilette en quirófano, para hacerle una escarectomía, le han colocado en la pierna derecha un aspirador”.</i> Esta situación genera nuevamente en S insomnio. -Así a partir de este dicho el profesional expresa <i>“ahí empezamos a trabajar sobre dicha urgencia permitiéndole que él vehicule por medio de la palabra sus malestares sin juzgar su postura”.</i> - Es importante destacar que en este caso en particular <i>“uno de los médicos de planta del Servicio de Traumatología luego de una revista de sala, quedó conmovido por la situación del paciente y le promete “yo te</i>
--	---

	<i>voy a salvar la pierna”. Donde S. le hace saber que este no es su deseo”.</i> - S expresa <i>“tengo mangueras por todos lados, con qué más me van a atar acá”, esto provoca en él “inapetencia e irritabilidad”, la vivencia de la amputación traumática no provoca angustia en el paciente ningún tipo de movilización psíquica al contrario el expresa “Si me van a tener que amputar que lo hagan cuanto antes”.</i> -El paciente se queja del personal médico expresa <i>“pasan todos los médicos en las reuniones esas que hacen cama por cama y ahí dicen una cosa, pero después no se hace nada de lo que dicen. No cumplen su palabra, no quiero seguir acá, quiero irme, me está haciendo mal esto, yo entre por una quebradura en la pierna, la infección que tengo ahora es por el abandono”.</i> - Durante la entrevista con el profesional este expresa que el <i>“paciente tenía la urgencia de poder retirarse del servicio de internación”</i> -El profesional expresa significantes de S como, <i>“un cuerpo cortado y un cuerpo atado</i> <i>- “Es posible observar que la angustia del paciente no pasa por ahí, sino que se localiza en el encontrarse conectado a diferentes dispositivos (“Tengo mangueras por todos lados, con qué más me van a atar acá”). El paciente posee drenajes en ambos lados de su tórax, sondas y sueros, esto no hace otra cosa que inmovilizar y sostener en este lugar que tanto lo angustia”</i>
--	--

	-En una de las intervenciones el profesional expresa, <i>“el paciente en este momento no manifiesta angustia en relación a esto, lo habla con naturalidad y no problematiza”</i>. - El profesional expresa es <i>“un cuerpo que no aguanta más la estancia de internación, que está deteriorado”</i>.
Relato caso M	-Se observa en el relato del caso que es una <i>“interconsulta derivada por otro Servicio médico, así mismo se puede hablar de demanda”</i>. - Tomando un recorte del relato del caso el paciente expresa <i>“yo siento que están, hasta duelen fiero”</i>. -Algo del cuerpo comienza a emerger, cuando dice <i>“me toque las piernas... y no están... Ni rodillas tengo... pero si yo las sentía... y no están. Me toco y me toco y no quiero creer.”</i>, <i>“Dicen que las cortaron... pa mí es como que están... ¡las siento!”</i>, se observa como <i>“algo ha comenzado a perturbarse en la consistencia corporal”</i>. -La profesional expresa <i>“la vivencia del miembro fantasma sostenida por largo tiempo vela parcialmente, no obstante algo ha comenzado a perturbarse en la consistencia corporal a pesar del tiempo transcurrido del corte operado en el organismo”</i>. - El profesional expresa que <i>“las piernas parecen trapos que no alcanzan a sostenerlo pero están”</i>.

	-El paciente expresa en la entrevista con el profesional en relación a la amputación <i>“quieren que me sienta y yo ni puedo... menos en la silla con ruedas, no me sostengo y me voy pa cualquier lado, yo no sabía Doña... yo no sabía... ¡¡me atan pa’ que no me caiga!!”</i>. - M expresa <i>“Ud. Sabe ¿por qué me paso esto? y agrega: por joder con el fuego... me jodí”</i>. -El paciente expresa a la profesional <i>“dicen que me caí en el fuego. Parece que estaba borracho, mis piernas quedaron en el fuego, se prendieron. No me acuerdo. Dicen que alguien se acordó y me saco del fuego. Yo ya me acuerdo de la ambulancia y de acá... dicen que me han salvado... ¿Me salvaron Doña?”</i>. - M expresa <i>“no tengo piernas”,-“ya no soy yo, me machetearon las piernas” “ya no puedo machetear yo”</i>. - El paciente expresa en relación a las prótesis que estas son, <i>“para parecer entero, para ver que no me cuelga el pantalón”</i>.
Relato caso F	- La paciente presenta una actitud negativa hacia la profesional ya que expresa <i>“¿para qué viene? No quiero hablar con nadie”</i>, siendo su primera demanda al tratamiento una interconsulta, la cual fue expresada en mayúsculas “PACIENTE DE VEINTE

	AÑOS A LA QUE SE EFECTUO AMPUTACION DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO POR POLITRAUMATISMO.NEGATIVA AL TRATAMIENTO. SOLICITO VALORACION Y SEGUIMIENTO POR PEDIDO DE FAMILIARES ACOMPAÑANTES. PADRES DEMANDANTES!!! CONFLICTOS CON TRATANTES EN INTERNACION “. - La profesional expresa que a F le cuesta <i>confiar</i>” ya que se puede ver en el relato del caso cuando la profesional expresa “F <i>interroga acerca de la confidencialidad de las entrevistas y el registro de la información</i>”. -F se expresa a la profesional durante las entrevistas como, “<i>el tesoro de mis papas</i>”, “<i>no sé quién soy... sólo sé lo que tengo que hacer y lo que ellos quieren</i>”. -Las expresiones de F en torno a la amputación traumática son, “<i>mi cuerpo, mi cuerpo... es loco que me falte un pedazo y yo no pueda dejar de sentirme como más libre. Obviamente me duele, me jode, no me gusta, lloro frente al espejo, lloro cuando me toco, la pase para la mierda con el dolor, me miro, me paro frente a un espejo desnuda a mirarme y no te digo que no me reconozco pero es raro, ahora soy así... pero... es como que me sacaron un peso</i>”. -F expresa en relación a sus padres, “<i>sólo sé lo que tengo que hacer y lo que ellos quieren</i>” y que “<i>ellos tienen mi vida</i>
--	--

	<i>planeada, no hay forma de convencerlos... de pararlos y yo tenía que parar...hace tiempo siento un vacío, momentos de angustia ante los cuales no sé qué hacer, siempre hice lo que tenía que hacer...ya me canse pero no sé cómo salir de eso”, la profesional interviene la profesional interviene diciendo “ se trata de otra cosa” y F responde, “Ese día no aguante más la sensación... nada alcanza... me di cuenta que iba a ser siempre así, me desesperé... no podía calmarme... me imaginé como una maquina.... Capaz soy una máquina que no piensa y solo hace- pensé. Eso me calmo un poco, una maquina se puede apagar. Bajé corriendo... yo sí vi el colectivo... sentí el golpe en el cuerpo, todo encima... me desperté acá con la boca muy seca y no me acuerdo más. Pero cuando me desperté estaban ahí los dos... mi papa sin poder mirarme y mi mama mirando con cara de... no sé... horror. Me hice la dormida”.</i> <i>- La posición que toma F frente a sus dichos es la de sentirse “una maquina”, “la maquina se quedó sin una pieza ¿no?</i> <i>-F después de la amputación se considera “una mujer sin brazo, pero linda piba y muy inteligente”.</i>
--	--

	2° Categoría. La posición del sujeto frente a lo que dice de la amputación traumática vivida (PAT)
Relato caso S	-La urgencia pasa por irse del Hospital, S expresa <i>“Yo me quiero ir de acá, me siento abandonado, solo, triste, yo tengo psoriasis y esta situación me empeora, me hacen poner nervioso y comienzo a descamar”</i>. -S expresa en relación a su internación <i>“me está haciendo mal esto”, “Si me van a tener que amputar que lo hagan cuanto antes, no quiero seguir estando aquí, necesito irme”</i>. -Frente a la posibilidad de amputación expresa, <i>“si no me amputan ya me voy a mandar una macana grande, necesito irme, no puede ser que haya ingresado por algo en mi pie derecho, y ahora tengo cables por todos lados”</i>. - S tomó la decisión de él mismo <i>“solicitar la amputación y firmar el consentimiento”</i>. - Expresa, <i>“no quiero hablar con nadie y que no está para nadie”</i>. -S quería, <i>“poder retirarse del Hospital y también por el cambio de vida que esto significaba”</i>, fue un <i>“acontecimiento inesperado que irrumpe en su cotidianidad y que tiene efectos en diferentes dimensiones de S”</i>. Esto <i>“significó una reorganización de la cotidianeidad familiar en torno a su actividad laboral, cuidado de sus hijos y el acompañamiento”</i>. - El profesional hace una intervención, <i>“para este paciente la amputación era una solución, una salida a esa angustia, una salida a no sentirse abandonado, atado, él prefirió perder una pierna</i>

	<i>a volver a tener que transcurrir la angustia que producía esta escena, en la que se puede pensar que se jugaba su lugar en el deseo del Otro”.</i> <i>-El profesional expresa en una entrevista, “la idea del médico de querer salvarle la pierna abusa de su deseo de sanar, ya que no se escucha al sujeto quien insiste fervorosamente en no querer someterse a todas las cirugías y el tiempo que implicaría “salvar la pierna”. El altruismo en el cual se basa la idea del médico salvar la pierna vela el hecho de ubicar al otro en el lugar de objeto”.</i> <i>- El paciente refiere luego de la amputación “me siento mucho más aliviado, me puedo mover de un lado para otro, me puedo sentar, me siento más tranquilo porque ya sé que me tengo que recuperar rápido y estoy más cerca de poder irme de este horrible lugar”.</i>
Relato caso M	<i>-El paciente durante su tiempo de internación se observó que “no solicitó tampoco asistencia ni esperó que su familia fuera a visitarlo. Subsistió”.</i> <i>-Exclamo “tengo cama y comida, estoy bien”. “Yo no pido niaca, ellos me dan”.</i> <i>-El paciente expresa; “yo no me he mirado, ni me he tocado ahí... cuando me vienen a curar cierro los ojos, cuando me da por verme cierro los ojos fuertes”... “Aprieto fuerte las manos para no tocarme y me quedo bien quieto”.</i> <i>- M expresa; “dicen que las cortaron... pa mí es como que están... las siento!”.</i>

	-La profesional interviene diciendo; <i>“el registro del cuerpo emerge. Las piernas parecen trapos que no alcanzan a sostenerlo pero están”</i>. -M expresa en relación a la amputación, <i>“ya no soy yo, me machetearon las piernas” “ya no puedo machetear yo”</i>. - En relación al accidente expresa, <i>“Ud. Sabe ¿por qué me paso esto? y agrega: por joder con el fuego... me jodí. Fue en el monte, chupamos, prendimos fuego, dicen que me caí en el fuego. Parece que estaba borracho, mis piernas quedaron en el fuego, se prendieron. No me acuerdo. Dicen que alguien se recordó y me saco del fuego. Yo ya me acuerdo de la ambulancia y de acá... dicen que me han salvado... ¿Me salvaron Doña?”... ¿Me salvaron Doña?”</i>. La profesional interviene, <i>“joder... joderse. Salvar... salvarse”</i>, a lo que el paciente le responde; <i>“Ud. dice que yo me tengo que salvar? No tengo piernas”</i>, a lo que ella responde <i>“Ud. tiene un cuerpo”</i>. -M frente a las prótesis expresa <i>“ya sé que no me sirven para caminar. Son como las piernas de los muñecos no sirven para caminar”</i>, me sirven <i>“para parecer entero, para ver que no me cuelga el pantalón”</i>. -La practicante expresa en relación a la posición subjetiva, <i>“Los cambios en la posición subjetiva no ocurre inmediatamente después de la amputación el paciente se implica, subjetiva la falta en lo real del organismo y continúa, M va emergiendo, va realizando arreglos con la imagen corporal, va libidinizando nuevamente el cuerpo, calculando posibles arreglos con los</i>
--	--

	otros, algo comienza a bordear de su propio deseo y es ahí donde se constata en efectos el cambio de posición subjetiva. No sin bordear algo de lo traumático. <i>M se negaba a la cuestión de la amputación, para él, si no se tocaba o miraba no había pasado nada, entonces ahí, justo ahí, pero desde el sesgo, se interviene y hay efectos en la subjetividad.</i> <i>Se puede observar como M, pasa desde cierto lugar de objeto caído a posicionarse frente a sus dichos y machetear una solución posible”.</i>
Relato caso F	-F expresa en las primeras sesiones, “¿para qué viene? No quiero hablar con nadie”. - En el cuarto intento de establecer un vínculo F habla con la profesional, donde expresa “Vos también querés que te diga ¿cómo fue el accidente? - F expresa quejándose “<i>parece que nadie se da cuenta de ¿qué me podría haber muerto? tampoco sé por qué sigo acá...Tenemos buena obra social”.</i> - F se expresó a la profesional diciendo soy “<i>el tesoro de mis papas</i>”, “<i>no sé quién soy... sólo sé lo que tengo que hacer y lo que ellos quieren</i>”, expresó además, “<i>ellos tienen mi vida planeada, no hay forma de convencerlos... de pararlos</i>” “<i>y yo tenía que parar...</i>” - F en relación a sus dichos sobre el accidente ella se hace responsable de su accionar ya que expresa “<i>bajé corriendo... yo sí vi el colectivo... sentí el golpe en el cuerpo, todo encima... me desperté acá con la boca muy seca y no me acuerdo más...</i>”

	-F le expresa a la profesional <i>“mi cuerpo, mi cuerpo... es loco que me falte un pedazo y yo no pueda dejar de sentirme como más libre...es como que me sacaron un peso”</i>. A lo que la profesional interviene <i>“¿Qué peso?”</i>, F le responde <i>“peso de mis papas obvio. Son buenos, me quieren, no son monstruos, pero mi vida era pesada. Yo sé que suena loco, pero al final no me mate, si perdí un brazo pero empecé a mirarme y a jugármela por mí. Ahora que soy una...Una mujer sin brazo, pero linda piba y muy inteligente”</i>.
--	---

	3ª Categoría, La Identificación de las modificaciones en la posición subjetiva de los sujetos (IMP)
Relato caso S	El profesional expresa en una entrevista, <i>“para este paciente la amputación era una solución, una salida a esa angustia, una salida a no sentirse abandonado, atado, él prefirió perder una pierna a volver a tener que transcurrir la angustia que producía esta escena, en la que se puede pensar que se jugaba su lugar en el deseo del Otro, ya que esto se relacionaba con su vida infantil y su historia, el expresó en una de las sesiones, yo me fui de mi casa a los 16 años por que no soportaba más, ellos nunca entendieron mis decisiones, nunca me escucharon, siempre estuvieron muy ocupados en sus cosas y no me prestaban atención cuando lo necesitaba”.</i> <i>- Para mí el paciente no manifestó cambios en su posición subjetiva a partir de la amputación traumática, más bien ese procedimiento quirúrgico le permitía poder retirarse del establecimiento hospitalario que le causaba tanto malestar y angustia, claramente esa angustia se conectaba con su historia, con su vivencia de ser abandonado.</i> <i>Se puede ver con este paciente que el tema de la amputación de su miembro inferior pasa a un segundo plano, pasa a ser la “solución” para que él se sienta</i>

	nuevamente libre y deje de estar en posición de objeto del deseo del Otro. Es importante mencionar que en este paciente en un primer momento no se habla de amputación, sino más bien él ingreso por una fractura y el hecho quirúrgico se presentó después cuando se cuerpo ya no resistió a las curaciones, eso también influyó en la posición que tomo S frente al hecho”. -El profesional expresa en una entrevista, “desde nuestro servicio se decidió brindar un espacio en el cual el paciente pueda expresar algo de su urgencia, buscando dar entidad a algo de la posición del sujeto quien fue silenciado”. -El accidente “Significó una reorganización de la cotidianeidad familiar en torno a su actividad laboral, cuidado de sus hijos y el acompañamiento”.
Relato caso M	El paciente está en una posición “yo no pido ellos me dan, subsisto”. -El paciente expresa al profesional, “yo no me he mirado, ni me he tocado ahí... cuando me vienen a curar cierro los ojos, cuando me da por verme cierro los ojos fuertes”... “Aprieto fuerte las manos para no tocarme y me quedo bien quieto”. - El paciente expresa a partir de la amputación, “me toque las piernas... y no están.... Ni rodillas tengo ... pero si yo las sentía... y no están. Me toco y me toco y no quiero creer.”,

	El paciente niega la situación. M- comienza a implicarse, expresa, “<i>Ud. Sabe ¿por qué me paso esto?</i> y agrega: <i>por joder con el fuego... me jodi</i>”. - Expresa M, “<i>ya no voy a poder machetear</i>”, pero, “<i>¿sabe que yo también se tallar? Capaz puedo usar el machete para hacer animalitos del monte</i>” - La profesional expresa que “<i>el registro del cuerpo emerge</i>”, a pesar de que M se negaba a tocar o mirar sus piernas. - El cuerpo irrumpe y se hace presente ya no mantiene los ojos cerrados ni evade su lugar, “<i>algo insiste y no puede dejar de mirar, El traslado en silla de ruedas por el hospital lo confronta con su reflejo en vidrios, puertas; se angustia, pide verse bien en el espejo del baño. Frente a la imagen en el espejo enmudece y permanece en silencio un par de días</i>”. -El paciente expresa a partir de la amputación “<i>ya no soy yo, “me machetearon las piernas”, “ya no puedo machetear yo</i>” -El paciente expresa “<i>Ud. sabe ¿que ya no voy a poder machetear?</i>”, pero, “<i>¿sabe que yo también se tallar? Capaz puedo usar el machete para hacer animalitos del monte</i>”.
Relato caso F	-Paciente resistente al tratamiento.

	-La profesional relata que, -F expresa <i>“perdí un brazo pero empecé a mirarme y a jugármela por mí”</i>. -Esta paciente eligió irse a estudiar a otra provincia considerando que <i>“que va a ser mejor para todos. Yo tengo ganas obvio y los viejos, ya no me van a tener que mirar” no es fácil para ellos, me doy cuenta, pero no me quiero enganchar”</i>. -La profesional expresa que <i>“Tal vez responder esa pregunta implicaría pensar que la posición subjetiva se puede pensar en la clínica desde tres nociones: el Otro, el deseo y el objeto a.</i> <i>Es un caso complejo porque es vía la contingencia de la amputación que se da lugar a esa extracción de la mirada del Otro parental. Algo alivia...algo comienza a plantearse ella en relación a la emergencia de su propio deseo, por lo menos a instrumentar otros medios de separarse como continuar estudiando en otra provincia. Le da una función a esa pérdida, ¿hace un agalma? Me pregunto siempre. Sin embargo creo que no llegó a subjetivar la amputación, está el recurso a cierto humor irónico y el predominio de la angustia frente a la imagen.</i> <i>La contingencia le permitió una vía, y subjetiva la urgencia.</i> -F se considera como <i>“una mujer sin brazo, pero linda piba y muy inteligente, que ahora quiere vivir”</i>.
--	--

	4° Categoría. El trabajo con los otros (TCO).
Relato caso S	<i>-Primera consulta realizada por el Servicio de Traumatología y Ortopedia, “el paciente manifiesta al Servicio de Traumatología y Ortopedia que él no puede dormir ya que presentaba múltiples interrupciones (aproximadamente entre 3 o 4 durante la noche.</i> <i>-El profesional expresa que realizó una interconsulta “con el médico psiquiatra del hospital, el cual el valoró a S. y le prescribió Quetiapina 50 mg, un comprimido por día, en la cena”, debido a que este continuaba con insomnio “el insomnio comenzó nuevamente a acentuarse, S. refiere no dormir durante las noches debido a sentirse muy acelerado y con mucho malestar”.</i>
Relato caso M	<i>-Primera consulta realizada por el Servicio de Traumatología y Ortopedia donde expresa “hombre joven de 30 años de edad con amputación de miembros inferiores en plan de alta hospitalaria después de 9 meses de internación. Se solicita valoración y conducta”.</i> <i>- El Servicio de Kinesiología y Fisiología comenzó a trabajar de manera más intensiva con él y la realidad del cuerpo a través del movimiento se hace presente.</i>

Relato caso F	--Primera consulta realizada por el <i>Servicio de Traumatología y Ortopedia</i> expresada en mayúsculas; “<i>PACIENTE DE VEINTE AÑOS A LA QUE SE EFECTUO AMPUTACION DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO POR POLITRAUMATISMO. NEGATIVA AL TRATAMIENTO. SOLICITO VALORACION Y SEGUIMIENTO POR PEDIDO DE FAMILIARES ACOMPAÑANTES. PADRES DEMANDANTES!!! CONFLICTOS CON TRATANTES EN INTERNACION</i> “. -La paciente decide continuar con el tratamiento psicológico en otra provincia.
-----------------------------	--

Hoja de Evaluación

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Grado

“La posición subjetiva frente a la amputación traumática en sujetos entre 20 y 40 años de edad que atravesaron por esta experiencia”

Alumno: Gimena Renée Miraval

DNI: 39.888.606

Firma:

Director: Licenciada en Psicología María Cecilia Mintzer Vera

DNI: 26.701.722

Firma:

Metodólogo: Licenciado en Psicología César Guillermo Montellano

DNI: 23.401.105

Firma:

Evaluación

-Decisión:

-Tribunal Evaluador:

-Jurado:

-Jurado:

-Jurado:

Lugar y Fecha