



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA:**

**Procesos subjetivos del duelo por amputación en pacientes internados en  
un hospital de Guayaquil.**

**AUTORES:**

**Chavez Haz, Hugo Enrique**

**Corozo Toledo, Hugo Adrián**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TUTOR:**

**Psic. Cl. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco, Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador**

**2 de septiembre del 2025**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

### **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Chavez Haz, Hugo Enrique y Corozo Toledo, Hugo Adrián**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**.

#### **TUTOR**

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

**Psic. Cl. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco, Mgs.**

#### **DIRECTORA DE LA CARRERA**

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

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

**Guayaquil, a los 2 días del mes de septiembre del año 2025**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotros, **Chavez Haz, Hugo Enrique**  
**Corozo Toledo, Hugo Adrián**

**DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Procesos subjetivos del duelo por amputación en pacientes internados en un hospital de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 2 días del mes de septiembre del año 2025**

**AUTORES**

f.

**Chavez Haz, Hugo Enrique**

f.

**Corozo Toledo, Hugo Adrián**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

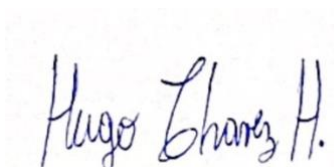
**AUTORIZACIÓN**

Nosotros, **Chavez Haz, Hugo Enrique**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Procesos subjetivos del duelo por amputación en pacientes internados en un hospital de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 2 días del mes de septiembre del año 2025**

**AUTORES**

f.   
Chavez Haz, Hugo Enrique

f.   
Corozo Toledo, Hugo Adrián

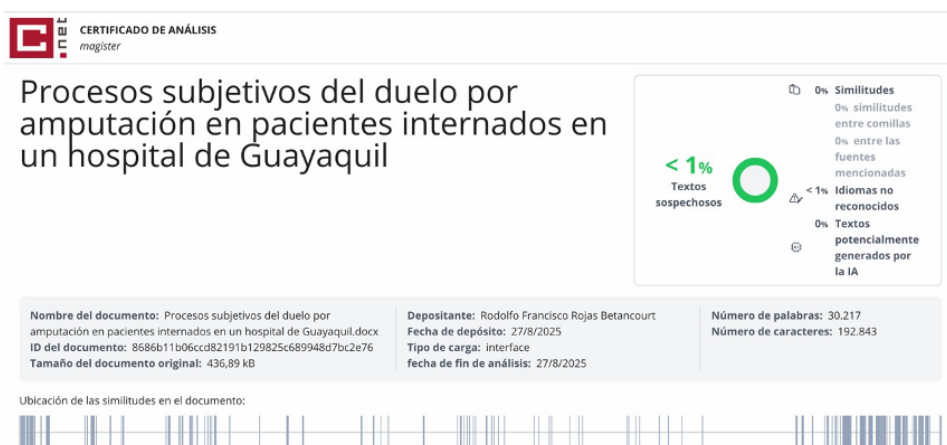


UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

## INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO



**Procesos subjetivos del duelo por amputación en pacientes internados en un hospital de guayaquil.**

### AUTORES:

Chavez Haz, Hugo Enrique; Corozo Toledo, Hugo Adrián.

### INFORME ELABORADO POR:

#### TUTOR

f. 

**Psic. Cl. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco, Mgs.**

**Guayaquil, a los 2 días del mes de septiembre del año 2025**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **AGRADECIMIENTO**

**Chavez Haz, Hugo Enrique:**

Quiero empezar dando gracias a mi pareja, Dalma Saenz, mi mayor fuente de amor, inspiración, motivación y sentido, quien me impulsa a cumplir cada logro.

A mi amigo y compañero de tesis, Hugo Corozo, por apoyarme y mantenerse firme con carácter y dedicación, acompañándome en cada etapa del periodo académico universitario.

A mi tutor de tesis, Psic. Cl. Rodolfo Rojas, por compartir sus saberes con nosotros, por su paciencia y su guía constante, que fueron esenciales para el desarrollo de este trabajo.

Finalmente, a mis amistades y familiares, quienes me han brindado aliento y ánimos durante los momentos de felicidad, tristeza y estrés. Gracias por ayudarme a cumplir este objetivo como futuro profesional.

**Corozo Toledo, Hugo Adrián:**

Quiero agradecer en primer lugar a mis familiares y mi novia, quienes me acompañaron en cada paso de este proceso académico.

A mi amigo, Hugo Chávez, por su compromiso, esfuerzo y dedicación para enfrentar juntos los retos de la vida universitaria.

A mi tutor de tesis, Psic. Cl. Rodolfo Rojas, por su guía, paciencia y compromiso, que fueron fundamentales para el desarrollo de este trabajo y para mi formación académica.



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **DEDICATORIA**

**Chavez Haz, Hugo Enrique:**

A **Dalma**, mi pareja, quien con su pasión convirtió cada desvelo en esperanza, cada silencio en compañía y cada palabra en aliento. Este logro lleva impresa tu huella y es reflejo de tu apoyo incondicional, porque eres mi fuerza en la fragilidad y mi certeza en la duda, te amo.

A **Rosa**, mi madre, quien me ha brindado recursos y consejos para poder cursar mi formación académica, y su grato amor durante toda mi vida.

A **Tito**, mi mascota, mi fiel amigo, quien ha formado parte de mi madurez y crecimiento personal, brindándome su incondicional compañía.

Ha llegado el fin de este arduo proceso, el éxito obtenido es fruto de todo nuestro empeño, este trabajo es dedicado a ustedes.

**Corozo Toledo, Hugo Adrián:**

A **Rosario**, mi madre, que con su amor y sabiduría ha sido guía y sostén en mi vida.

A **Víctor**, mi padre, cuyo apoyo y amor ha sido un pilar fundamental en mi camino y me han impulsado a seguir adelante siguiendo su ejemplo.

A **Abigail**, mi compañera y novia, cuya ternura y apoyo incondicional me han impulsado a seguir adelante en los momentos más difíciles.

Este logro no es solo mío, sino también de ustedes, porque en cada paso de este camino estuvo presente su fuerza, su amor y su compañía.



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

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

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

DIRECTORA DE CARRERA

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

**Psic. Cl. Martínez Zea, Francisco Xavier, Mgs.**

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

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

**Psic. Cl. Cando Zapata, Juan Andrés, Mgs.**

OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CALIFICACIÓN**

**Nota:** \_\_\_\_\_

## ÍNDICE

|                                                                                 |             |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>RESUMEN</b>                                                                  | <b>XII</b>  |
| <b>ABSTRACT</b>                                                                 | <b>XIII</b> |
| <b>Introducción</b>                                                             | <b>2</b>    |
| <b>Planteamiento del problema</b>                                               | <b>4</b>    |
| <b>Preguntas de la investigación</b>                                            | <b>7</b>    |
| <i>Pregunta General</i>                                                         | <i>7</i>    |
| <i>Preguntas Específicas</i>                                                    | <i>7</i>    |
| <b>Objetivos de la Investigación</b>                                            | <b>8</b>    |
| <i>Objetivo General</i>                                                         | <i>8</i>    |
| <i>Objetivos Específicos</i>                                                    | <i>8</i>    |
| <b>Justificación</b>                                                            | <b>8</b>    |
| <b>Antecedentes</b>                                                             | <b>11</b>   |
| <b>Capítulo 1: Los procesos subjetivos desde una perspectiva psicoanalítica</b> | <b>17</b>   |
| <b>1.1 La noción de sujeto desde la ciencia</b>                                 | <b>17</b>   |
| <b>1.2 La subjetividad desde el psicoanálisis</b>                               | <b>21</b>   |
| <b>1.3 El rol del cuerpo en los procesos subjetivos</b>                         | <b>23</b>   |
| <b>1.4 Mecanismos de defensa.</b>                                               | <b>28</b>   |
| <b>Capítulo 2: Amputación</b>                                                   | <b>33</b>   |
| <b>2.1 Amputación desde el discurso médico e implicaciones físicas</b>          | <b>33</b>   |
| <b>2.2 Amputación Simbólica</b>                                                 | <b>34</b>   |
| <b>2.2.1 Evento traumático</b>                                                  | <b>36</b>   |
| <b>2.2.2 Urgencia</b>                                                           | <b>38</b>   |
| <b>2.2.3 Formación del Yo: Narcisismo, Imago corporal, Castración simbólica</b> | <b>40</b>   |
| <b>El narcisismo como fundamento del Yo</b>                                     | <b>40</b>   |
| <b>La constitución de la imago corporal: entre lo real y lo simbólico</b>       | <b>42</b>   |
| <b>Castración y herida narcisista: la falta simbólica</b>                       | <b>43</b>   |
| <b>2.3 Miembro fantasma</b>                                                     | <b>45</b>   |
| <b>Capítulo 3: Duelo</b>                                                        | <b>47</b>   |
| <b>3.1 La noción de duelo en la sociedad.</b>                                   | <b>47</b>   |
| <b>3.2 El duelo como proceso de subjetivación.</b>                              | <b>49</b>   |
| <b>3.3 Duelo por amputación</b>                                                 | <b>51</b>   |
| <b>3.4 Lo sintomático del duelo; Duelo patológico</b>                           | <b>53</b>   |

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| <b>Capítulo 4: Metodología</b>                           | 56 |
| <b>4.1 Enfoque</b>                                       | 56 |
| <b>4.2 Paradigma</b>                                     | 56 |
| <b>4.3 Método</b>                                        | 57 |
| <b>4.4 Técnicas de recolección de información</b>        | 58 |
| <b>4.5 Instrumentos</b>                                  | 59 |
| <b>4.6 Población y muestra</b>                           | 59 |
| <b>Capítulo 5: Presentación y Análisis de resultados</b> | 61 |
| <b>CONCLUSIONES</b>                                      | 67 |
| <b>REFERENCIAS</b>                                       | 71 |
| <b>ANEXOS</b>                                            | 77 |

## RESUMEN

La investigación, en esencia descriptiva, trató los procesos subjetivos del duelo por amputación. Este trabajo fue de suma importancia debido a que los pacientes al atravesar una intervención quirúrgica como lo es la amputación no solo enfrentan la problemática física, sino también dificultades emocionales y psicológicas que influyen en su adherencia al tratamiento. Especialmente se abordó como objetivo general investigar los procesos subjetivos del duelo por amputación en pacientes internados en un hospital de Guayaquil, por medio de un estudio cualitativo, como aporte para la comprensión clínica de psicólogos clínicos que sigan la orientación psicoanalítica. Los resultados destacaron que el duelo por amputación constituye una relación con los procesos subjetivos, ya que no se limita a la dimensión física de la pérdida, sino que implica profundas transformaciones en la imagen corporal, en el narcisismo, en la simbolización del cuerpo y el vínculo con el Otro. Es así como, el estudio de casos permitió determinar que para los pacientes la amputación no se vive solamente como procedimiento médico, sino como irrupción en la continuidad de sus vidas, generando un quiebre en la forma en la que se identificaban.

***Palabras claves:*** PROCESOS SUBJETIVOS; AMPUTACIÓN; DUELO; CASTRACIÓN; SIMBÓLICO.

## **ABSTRACT**

The research, essentially descriptive, addressed the subjective processes of grief following amputation. This work was of utmost importance because patients undergoing a surgical procedure such as amputation not only face physical problems but also emotional and psychological difficulties that influence their adherence to treatment. The general objective was to investigate the subjective processes of grief following amputation in patients hospitalized in a Guayaquil hospital through a qualitative study, as a contribution to the clinical understanding of clinical psychologists following a psychoanalytic orientation. The results highlighted that grief following amputation constitutes a relationship with subjective processes, as it is not limited to the physical dimension of the loss but involves profound transformations in body image, narcissism, body symbolization, and the connection with the Other. Thus, the case study made it possible to determine that for patients, amputation is not experienced solely as a medical procedure, but as a disruption in the continuity of their lives, generating a break in the way they identified themselves.

**Keywords:** SUBJECTIVE PROCESSES; AMPUTATION; GRIEF; CASTRATION; SYMBOLIC.

## **Introducción**

El proceso de duelo por amputación es un desafío tanto físico como psicológico para los pacientes hospitalizados, ya que no solo enfrentan la pérdida de una parte de su cuerpo, sino también una transformación en su rutina, identidad y vínculos en su entorno. Cada paciente afronta el duelo de forma singular, donde se ponen en juego sus defensas, su subjetividad y la reconstrucción que hace de su propio cuerpo.

Es así que, la presente investigación aborda los procesos subjetivos del duelo por amputación en pacientes internados en un hospital de Guayaquil, a través de las sesiones de psicología clínica realizadas durante la práctica clínica. Asimismo, se explora el afrontamiento psíquico del paciente ante la pérdida de un miembro, averiguando efectos colaterales como el impacto en la percepción del propio cuerpo o la estructura que configura al sujeto.

En esta línea, es posible entender a los procesos subjetivos como instancias que constituyen al sujeto como tal, en las cuales se abarcan elementos como la relación con el Otro, el lenguaje, la inscripción simbólica y la dinámica inconsciente. Además, se hacen presente otros factores como los mecanismos de defensa, la identificación y la simbolización, y la formación del yo. Según Naranjo (2005):

Cada sujeto constituye su inconsciente en la represión primaria, allí se constituye la articulación significativa matriz del sujeto, que en cuanto a sus circunstancias biográficas y a su fantasma fundamental, es único en su contingencia. No hay sujeto universal del psicoanálisis. Es finito y contingente. Lo que hay es un sujeto universal del lenguaje. (p. 127)

Esto indica que cada sujeto se constituye bajo su propia y singular narrativa, imposibilitando su generalización y formalizando su subjetividad desde sus momentos más tempranos en la infancia, considerando las particularidades de su historia familiar y el papel que este juegue dentro de ella.

Acerca del duelo por amputación, es posible hallar una reorganización de la imagen corporal, la cual está condicionada por la rotunda aceptación de la pérdida del miembro o extremidad. Cabe mencionar que, a pesar de que el duelo es un modo de responder

frente a la pérdida, este puede llegar a derivar en estados de melancolía o angustia profunda, afectando considerablemente a la estructura psíquica del sujeto.

En relación a la amputación, el sujeto puede llegar a transitar distintas fases del duelo, en las cuales el acompañamiento psicológico resulta fundamental para evitar fijaciones patológicas en la pérdida, escenario posible que se desarrollará más adelante en la investigación. Es así como, la elaboración del duelo no solo posibilita la resignificación de la experiencia, sino que también permite reconfigurar la identidad del paciente dentro de su entorno social.

De esta forma esperamos contribuir para la dirección de casos en la práctica clínica desde una orientación psicoanalítica. Por lo que, se utilizarán postulados y argumentos de bases freudianas y lacanianas, así como propuestas de otros autores de la actualidad. La investigación tiene como objetivos delimitar la noción de los procesos subjetivos desde la perspectiva psicoanalítica, lo cual implica explorar los procesos subjetivos que se manifiestan durante la práctica clínica en pacientes internados en un hospital de Guayaquil, para finalmente, analizar las particularidades del duelo en pacientes con amputaciones, considerando sus manifestaciones físicas y simbólicas.

Este trabajo de investigación se basa en el dominio institucional de investigación número 5 nombrado Educación, comunicación, arte y subjetividad de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (2025), porque:

Este dominio tiene un concepto articulador que se convierte en eje configurador de los sistemas conceptuales de las disciplinas científicas que están involucradas en su objeto de estudio y es la subjetividad. Entendemos la subjetividad como el proceso de construcción de sentido a lo largo de la vida, que involucra el aprendizaje, la cultura y la comunicación. (párr. 1)

Este argumento se refiere a cómo el concepto de subjetividad canaliza distintos enfoques de la psicología, configurando también diferentes paradigmas y escuelas. A pesar de que cada corriente tiene su propio objeto de estudio, la subjetividad actúa como un eje transversal que atraviesa todas estas perspectivas. Es decir, la comprensión del sujeto y su mundo simbólico es un punto de articulación en el pensamiento actual.

En sintonía al dominio previamente seleccionado, se considera el eje social denominado “Salud gratuita y de calidad” del plan “Creación de Oportunidades” de la Secretaría Nacional de Planificación (2021) que sostiene que “Existe la necesidad de brindar una atención oportuna, de calidad y accesible a todos los usuarios que forman parte del Sistema Nacional de Salud. Esta atención debe contemplar las dimensiones del derecho a la salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles” (p. 63). En adición, dentro de dicho eje se seleccionó el objetivo número 6 que promueve garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad, exponiendo que:

Como nación existe la necesidad de concebir a la salud como un derecho humano y abordado de manera integral, enfatizando los vínculos entre lo físico y lo psicosocial, lo urbano como lo rural, en definitiva, el derecho a vivir en un ambiente sano que promueva el goce de las capacidades del individuo. (p. 68)

La salud mental es un pilar en el bienestar del sujeto, especialmente en contextos de vulnerabilidad. Es por ello que se busca garantizar el acceso a estos servicios con el fin de sostener el equilibrio y su vínculo con el entorno.

Por ende, esta investigación al estar sostenida en los contextos, objetivos y ejes declarados por la secretaría nacional del Ecuador, toma relevancia al situar la influencia de la teoría psicoanalítica en el análisis de subjetividades durante la pérdida de un miembro. Lo cual, establecerá un recurso práctico y teórico para el tratamiento de pacientes durante la evolución de su calidad de vida, es decir, a través de este trabajo en configuración del repaso de fundamentos del psicoanálisis y, la experiencia y desarrollo de la praxis psicológica, se pretende alcanzar una propuesta de lineamientos o factores a considerar en la formación clínica.

### **Planteamiento del problema**

Durante las prácticas pre-profesionales de psicología clínica en un hospital de Guayaquil, se ha observado la incidencia de interconsultas a pacientes que se les ha realizado una amputación o serán intervenidos quirúrgicamente con dicho fin. Existen varias causas que pueden originar esta condición, tales como traumatismos resultantes de accidentes de tránsito o golpes, así como mayormente complicaciones vasculares a causa de diabetes.

Cabe mencionar que, los accidentes de tránsito constituyen una problemática recurrente en Ecuador, generando un alto número de personas lesionadas y fallecidas. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el último trimestre de 2024 se generaron 5,631 accidentes de tránsito, en los que hay 4,867 lesionados y 675 fallecidos. En adición, la diabetes es una de las enfermedades más frecuentes y con mayor incidencia de muerte en el país en los últimos años, tal como lo sostiene el Ministerio de Salud Pública (2024), en su publicación, “Ecuador refuerza su compromiso en la lucha contra la diabetes”:

En Ecuador, según datos de la Encuesta STEPS 2018, alrededor del 7,1% de la población, o unas 727.000 personas, padecen de diabetes, con un aumento considerable de los casos en los últimos años. Solo en 2020, el número de muertes por diabetes casi se duplicó con respecto al año anterior, alcanzando las 8.025 defunciones. A pesar de una disminución en 2023 a 4460 muertes, la diabetes sigue siendo una de las principales preocupaciones en salud pública a nivel nacional. (párr. 3)

Las estadísticas demuestran que la población perjudicada por esta afección incrementa cada vez más, sin embargo, es indispensable aportar con un trabajo focalizado en el tratamiento de los procesos subjetivos manifestados en pacientes movilizados por una intervención médica que requiera de la amputación de un miembro.

En este sentido, dichos procesos surgen como una elaboración psíquica para tramitar la pérdida tanto simbólica como física, por consiguiente, la intervención del practicante de orientación psicoanalítica opera en la lógica de los significantes, del goce y deseo, y los mecanismos de defensa que se exponen durante la evaluación psicológica, es decir, sobre la construcción del paciente en sujeto. Alcívar y Alcívar (2019) afirman que “por mecanismos de defensa se entiende los procedimientos que mantienen el equilibrio psicológico de manera inconsciente para enfrentar la angustia o la ansiedad; estos pueden proteger al individuo de las agresiones externas o pueden afectar la visión de la realidad” (p. 3).

Los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente no solo enfrentan dificultades físicas, sino también emocionales y psicológicas relevantes que determinan su adherencia al tratamiento. Entre estas, la dificultad para procesar el

duelo por la pérdida de una parte del cuerpo, lo que puede generar obstáculos en la consecución de otras etapas a las que debe adaptarse como paciente. De la misma manera en que lo señala Velasco (2019) en su investigación *Proceso De Duelo Por Amputación En Pacientes Adultos*, registra que “los pacientes amputados del Hospital General Babahoyo comentan no haber sido asistidos por un departamento de psicología, sintiéndose decepcionados de sí mismos y no verse en la capacidad de sobrellevar la pérdida del miembro” (p.68). La amputación afecta al sujeto en la imagen que tiene hacia sí mismo y la que los demás tienen de él, por lo que se enfrentan a la adaptación de aquella ruptura.

En el hospital se atiende un promedio de 75 pacientes en un periodo de 4 meses, permitiendo abordar con pacientes en diferentes etapas, incluyendo sesiones antes y posterior a la intervención quirúrgica. Se hacen 3 entrevistas mínimo por cada paciente. Durante las mismas se ha localizado en sus discursos frases como “no quiero ser amputado” o “no quiero perder el pie” frente a la angustia de perder un miembro en específico o paulatinamente la disminución de este porque lo adjudican a una imposibilidad posterior para desenvolverse en la cotidianidad.

Como ejemplo de ello, Velasco (2019) más adelante concluirá que un grupo considerable de esta población se encuentra en la primera etapa del duelo, es decir, la negación. Esta etapa es conocida como la más dura y complicada de sobrellevar debido a la persistencia de sentimientos de ira, frustración e incluso ideas suicidas (p.24). En vista de ello, es importante que transcurran todas las etapas del duelo para que los pacientes puedan elaborar y adaptarse a nuevas habilidades que pudiesen implementar en su vida diaria sin limitarse frente a la ausencia de una parte de su cuerpo.

No obstante, Vásquez (2021) en “*Variantes en la imagen inconsciente del cuerpo en sujetos que han sufrido amputaciones*”, explica una de las razones por las que el proceso de duelo en esta población se aprehende en la etapa de negación:

Este choque con la realidad es el que hace que muchos pacientes se nieguen aceptar su cuerpo y busque estancarse en esa imagen previa, una imagen base de niño o adolescente o adulto donde su cuerpo no estaba mutilado, una imagen base que represente un cuerpo completo, el mismo que le permitía al sujeto sentirse útil frente al otro y a la sociedad. (pp. 31-32)

Por tal motivo, el paciente se encuentra en una encrucijada que sin los recursos suficientes o el acompañamiento adecuado puede obstaculizar su reinserción a la normalidad y, por ende, disminuir su calidad de vida. Es así que la resignificación ayudará con la imagen base del sujeto, su aceptación de este cuerpo mutilado en su realidad actual, y en ello poder despojarse de una antigua imagen del propio cuerpo.

Por ello, la problemática de nuestra investigación se dirige hacia los procesos por los que atraviesa el paciente, con facultad para reconocer las defensas del sujeto para afrontar la pérdida de un miembro. Es importante tener a consideración que, aunque el paciente es dado de alta luego del procedimiento quirúrgico, eso no garantiza el bienestar de este debido a los factores sociales, económicos, y psicológicos que se agudizan frente a esta nueva realidad. Además, parte de nuestra investigación propone una fundación de principios clínicos desde una orientación psicoanalítica que se adecue a las necesidades particulares del paciente sin dejar por fuera su estado de salud, resaltando los efectos terapéuticos que esta orientación pueda facilitar tanto al paciente como a la institución hospitalaria en la que desempeñamos.

### **Preguntas de la investigación**

#### ***Pregunta General***

¿Cómo se presentan los procesos subjetivos del duelo por amputación en pacientes internados en un hospital de Guayaquil?

#### ***Preguntas Específicas***

- ¿Qué son los procesos subjetivos desde la perspectiva psicoanalítica?
- ¿Cómo se manifiestan los procesos subjetivos durante la práctica clínica en pacientes internados en un hospital de Guayaquil?
- ¿Cuáles son las particularidades del duelo en pacientes con amputaciones?

## **Objetivos de la Investigación**

### ***Objetivo General***

Investigar los procesos subjetivos del duelo por amputación en pacientes internados en un hospital de Guayaquil, por medio de un estudio cualitativo, como aporte para la comprensión clínica de psicólogos clínicos que sigan la orientación psicoanalítica.

### ***Objetivos Específicos***

- Delimitar la noción de los procesos subjetivos desde la perspectiva psicoanalítica, mediante revisión bibliográfica especializada.
- Explorar los procesos subjetivos que se manifiestan en pacientes internados durante la práctica clínica, por medio del estudio de casos y revisión bibliográfica.
- Analizar las particularidades del duelo en pacientes con amputaciones, considerando sus manifestaciones físicas y simbólicas, mediante el estudio de casos y la revisión de fuentes documentadas.

### **Justificación**

La presente investigación se realiza durante las prácticas pre-profesionales que realizaron los autores del mismo en un sistema hospitalario, donde se evidenció que la pérdida de un miembro representa una experiencia compleja con implicaciones psíquicas para los pacientes. De tal forma que, se atendió varias demandas tanto institucionales, médicas, como la del paciente, la cual fue priorizada. Cabe recalcar que, en ciertas evaluaciones, durante la práctica clínica se presenció una deshumanización por parte del personal médico hacia los pacientes, de modo que se buscará situar al paciente como un sujeto atravesado por su lenguaje, deseo y singularidad. Así mismo, se pretende reconocer la complejidad de cada paciente y no reducirlo al diagnóstico, permitiendo generar alivio en estos durante el tratamiento de la angustia.

La investigación es necesaria para poder contribuir en el conocimiento de los procesos subjetivos que se manifiestan durante el duelo por amputación en los pacientes. Por lo que, se buscará divulgar la teoría psicoanalítica respecto al duelo,

articulando las intervenciones producidas con personas que atraviesan un proceso de amputación. Es por ello que, el proceso de subjetivación permite ayudar a los pacientes a poder tramitar con mayor dignidad el duelo, buscando humanizar al sujeto y surgir una demanda que debe ser respondida. Así mismo, esta investigación dará apertura a la fundación de criterios clínicos en relación con esta problemática, permitiendo brindar una mayor orientación al psicólogo clínico y a las instituciones hospitalarias, dando lugar a la comprensión y abordaje de la singularidad de cada paciente, a propósito de la dinámica inconsciente de cada sujeto.

En adición, en el presente trabajo de investigación se utilizó la metodología cualitativa, mediante un método descriptivo. Las formas de recolección de información fueron mediante el estudio de casos y revisión bibliográfica. La población con la que se trabajó fueron pacientes internados en un hospital de Guayaquil, específicamente con pacientes en proceso de amputación.

Durante el transcurso del trabajo investigativo se presentaron limitaciones en relación con el alcance del estudio presentado. En principio, es importante considerar que desde la noción psicoanalítica, la subjetividad no puede ser reducida ni generalizada, dado que se manifiesta de manera singular en cada paciente, evitando la posibilidad de llegar a conclusiones universales. Así mismo, el proceso del duelo no se expresa de forma uniforme en los pacientes entrevistados. Si bien, puede haber ciertas correlaciones hacia las respuestas y las defensas que cada uno manifiesta, no es concebible llegar a una conclusión representativa que abarque a todos los casos. No obstante, se buscará analizar las entrevistas realizadas durante la práctica clínica, respetando la singularidad de cada paciente, los procesos subjetivos y de duelo que logren evidenciarse.

Para una mejor comprensión del desarrollo de la presente investigación, se presenta a continuación un breve detalle de los capítulos:

En el primer capítulo se abordarán los procesos subjetivos desde una perspectiva psicoanalítica. En este se explora los conceptos del sujeto desde el enfoque científico y la subjetividad desde la mirada psicoanalítica. Así mismo, se estudia sobre el rol del cuerpo, los mecanismos de defensa, en tanto guardan relación directa con el tema de investigación.

En el segundo capítulo, se explica la amputación, examinando tanto sus aspectos físicos como simbólicos, así como el trauma y la urgencia que pueden conllevar. Para cerrar este apartado, se analiza el fenómeno conocido como miembro fantasma, el rol que juegan el cuerpo y la imagen en la construcción de la subjetividad.

En el tercer capítulo se centra en el duelo. Se indaga acerca del concepto del duelo dentro de la sociedad, y se profundiza en su consideración como proceso de subjetivación. Posteriormente, se aborda el duelo por amputación, así como su vertiente sintomática y patológica.

En el cuarto capítulo, se expone la metodología empleada, detallando el proceso de realización del estudio.

Finalmente, en el quinto capítulo, se abordará el análisis del estudio de casos, y cómo dichos procesos subjetivos se presentan durante la práctica clínica en los pacientes que atraviesan un duelo por amputación.

## Antecedentes

Nuestra investigación reserva gran relevancia e impacto en la actualidad con el advenimiento de un incremento en la demanda de la asistencia psicológica en las instituciones hospitalarias, especialmente en la atención de la singularidad de cada paciente, debido a que desde la orientación psicoanalítica se omite la generalización de los casos. De tal modo que, investigaciones previas han explorado el valor significativo de dicho enfoque.

Como aporte al entendimiento de subjetividad, Naranjo (2005) desarrolló una investigación en la ciudad de Arica en Chile, titulada *“La noción de sujeto en psicoanálisis: una relectura de la obra freudiana, a propósito del concepto de represión”* de tipo descriptiva con un enfoque cualitativo. La autora buscó analizar la relación que Lacan establece mediante la lectura de Freud, con el objetivo de explicar y comprender cómo se determina estructuralmente el vínculo entre sujeto, lenguaje y cultura, teniendo en cuenta a la represión como elemento fundamental que articula las dimensiones de lo imaginario, simbólico y real (Naranjo, 2005, p. 2). Además, la autora llevó a cabo la investigación a través de una revisión bibliográfica de postulados teóricos de autores como Freud y Lacan. Y presentó como parte de sus conclusiones una teorización acerca de los tres registros propuestos por Lacan. Ya que sirvieron para entender, en primer lugar, el problema de la sexuación, es decir, cuestionar la idea de que la sexualidad de un individuo y que sus elecciones no dependen de su origen biológico, ya que lo masculino y lo femenino devienen como lugares de “posición”, y no como cualidades predeterminadas (Naranjo, 2005, p. 17).

Sumado a esto, Alcívar y Alcívar (2019) desarrollaron una investigación en la ciudad de Guayaquil en Ecuador, titulada *“Los mecanismos de defensa: una comparación teleológica entre Sigmund y Anna Freud”* de tipo descriptiva con un enfoque cualitativo. Los autores realizaron dicha investigación con el fin de analizar la naturaleza del inconsciente y su relación con los mecanismos de defensa (Alcívar & Alcívar, 2019, p. 2). Además, los autores mencionados elaboraron su investigación mediante el uso de la revisión bibliográfica y debate entre las propuestas compartidas por Sigmund Freud y Anna Freud. Acerca de las conclusiones, los autores explican que los mecanismos de defensa, al menos los principales que fueron analizados, demostraron la condición natural de la psicología humana. Además, compartieron que

existe la necesidad de buscar en una etapa determinada de la vida una condición que signifique afianzar los conceptos personales pero también defender en alguna medida, y aislarse en otra, bajo actitudes o aspectos que son propios de la inmadurez de la personalidad, pero también de un enfoque distinto sobre el papel de la sociedad y su entorno (Alcívar & Alcívar, 2019, p. 11).

En este orden, Mass y García (2018) aportaron con su investigación realizada en la ciudad de Barranquilla en Colombia, titulada *“Vicisitudes del cuerpo en Psicoanálisis”* de tipo interpretativa con un enfoque cualitativo. Estos autores formularon como objetivo de su investigación plantear el compromiso del psicoanálisis con lo que pasa en el cuerpo, considerándolo fundamental dentro de la práctica y acorde a la exigencia de la demanda de un método que aborda los procesos psíquicos. Adicionalmente, los autores explicaron que el cuerpo ocupa un lugar primordial en las relaciones humanas, pues marca cómo se integra en la cultura, sociedad y cómo se relaciona consigo mismo (Mass & García, 2018, p. 2). Además, los autores realizaron esta investigación en base a la revisión documental de textos de Sigmund Freud y Jacques Lacan. Los autores comentaron en sus conclusiones que las vicisitudes del cuerpo en psicoanálisis están ligadas a la pulsión. Y señalan que la relación subjetiva depende de las experiencias humanas que se dan desde la infancia. Añaden que la pulsión sirve como soporte corporal y eso ayuda a reconocer lo normal y patológico, es decir, la forma singular en que cada paciente enferma y padece sus síntomas (Mass & García, 2018, p. 13). Finalmente, los autores hacen la propuesta de que el cuerpo no puede quedar fuera de la clínica, más bien, permite resaltar lo propio del sujeto en el psicoanálisis: la separación biológica que se traza entre el sujeto y el cuerpo se sostiene en los recortes corporales que produce la pulsión (Mass & García, 2018, p. 13).

Acerca de la amputación, Vásquez (2013) desarrolló un trabajo de investigación en la ciudad de Quito en Ecuador, titulado *“Los efectos psico-sociales del miembro fantasma en sujetos que han sufrido una amputación a partir de la teoría psicoanalítica. Estudio de cuatro casos de la fundación hermano Miguel en el periodo de Junio a Diciembre de 2013”* de tipo descriptiva con un enfoque cualitativo. Este trabajo fue elaborado debido a que la autora observó que la amputación no solo impacta físicamente, sino que también tiene afectaciones emocionales que son causadas al no haber sido elaboradas por un profesional en el ámbito psicológico.

Dicho fenómeno influyó en que la investigación se desarrollara desde una base psicoanalítica, permitiendo analizar conceptos como fantasma, miembro fantasma, construcción yoica, imagen inconsciente, angustia, vínculos y ganancias secundarias en los pacientes (Vásquez, 2013, p. 6). Además, la autora utilizó otras técnicas como la del espejo o la percepción de los colores. Dentro de este trabajo, la autora presentó como objetivo “analizar los efectos psico-sociales que se producen en el sujeto amputado” (Vásquez, 2013, p. 6). De tal forma que, la investigación se trabajó con pacientes amputados de la Fundación Hermano Miguel. Finalmente, Vásquez compartió como resultado de la investigación que durante el proceso de amputación existe un rechazo al observar la imagen mutilada del miembro amputado, lo que está ligado a la imagen inconsciente. Por ello, el sujeto debe de reconfigurar su estructura psíquica (Vásquez, 2013, p. 74).

En esta línea, Velasco (2019) aportó con su investigación realizada en la ciudad de Babahoyo en Ecuador, titulada “*Proceso de duelo por amputación en pacientes adultos*” de tipo descriptiva-analítica con un enfoque cualitativo. Esta fue realizada porque Velasco sostiene que en Ecuador no se dispone de datos sobre las complicaciones de amputaciones en pacientes diabéticos. Dichos pacientes, al no recibir seguimiento médico y psicológico adecuado, enfrentan una menor esperanza de vida y discapacidad funcional y emocional. Además, Velasco presentó que la falta de programas de rehabilitación temprana, como prótesis, genera altos costos que podrían evitarse con una atención integral adecuada. Dentro de la investigación, el autor presentó como objetivo “determinar el desarrollo del proceso de duelo por amputación en pacientes adultos del Hospital General Babahoyo (IESS)” (Velasco, 2019, p. 2). La población de la investigación de Velasco fueron 50 pacientes atendidos en la unidad de emergencia, medicina interna, y el área de traumatología o cirugía en dicha institución hospitalaria. De esta población, el autor presenta como resultados que, un porcentaje considerable de los pacientes adultos aún se encuentran atravesando por la primera y segunda fase del duelo (Velasco, 2019, p. 2).

En adición, Vásquez (2021) realizó una investigación en la ciudad de Quito en Ecuador, titulada “*Variantes en la imagen inconsciente del cuerpo en sujetos que han sufrido amputaciones*” de tipo descriptiva con un enfoque cualitativo. Esta investigación fue desarrollada debido a que el autor consideró que el paciente amputado no solo debe reconstruir su imagen corporal inconsciente, sino también su

identidad psíquica. Refiere que esto implica transformar el dolor psíquico, reducir los efectos del miembro fantasma y aceptar la pérdida (Vásquez, 2021, p. 3). Es así que, la autora de la investigación agrega que este proceso de aceptación se facilita al reconocer al "Otro" y evitar las ganancias secundarias de la amputación, buscando una reinserción social a través de la estabilidad psíquica y el reconocimiento personal, a pesar de la marca corporal (Vásquez, 2021, p. 3). En relación con el objetivo de la investigación, Vásquez optó por trabajar las variantes que se producen en la imagen inconsciente del cuerpo a raíz de la identificación de la pérdida en el esquema corporal; también se planteó la necesidad de trabajar con el cuerpo de los pacientes amputados, mediante la terapia con el espejo, la cual permitió revivir etapas primarias del sujeto para la reconstrucción de la imagen inconsciente de su cuerpo (Vásquez, 2021, p. 3). En adición, la población utilizada por la autora para dicha investigación fueron pacientes amputados que asistían a la Fundación Hermano Miguel, quienes recibieron acompañamiento físico y psicológico. Finalmente, la autora mencionó en sus resultados que logró identificar como el paciente hace uso de defensas yoicas para generar imágenes, sensaciones y percepciones que tienen un efecto alucinatorio. Esto tiene como propósito la disminución del dolor psíquico, ocultar la falta de los registros imaginarios y simbólicos, para así mantener una falsa imagen de completud. (Vásquez, 2021, p. 35).

En este sentido, Fuentes (2021) realizó una investigación en la ciudad de Babahoyo en Ecuador, titulada *“Duelo y aceptación ante la pérdida de una extremidad de un adulto de 55 años”* de tipo descriptiva con un enfoque cualitativo. La investigación de Fuentes consideró importante desarrollar la aceptación de la pérdida de un miembro, así como sus etapas. Debido a que, es posible que se presente signos de depresión como, pensamientos negativos sobre la vida, por ello, la fase de recuperación es esencial para obtener un modo de vivir más digno. (Fuentes, 2021, p. 2). Además, el autor explicó que su objetivo general fue “Identificar los factores que influyen en el proceso de duelo y aceptación ante la pérdida de una extremidad en un adulto de 55 años para brindarle una solución al paciente” (Fuentes, 2021, p. 6). Por ello, esta investigación fue llevada a cabo a partir del caso de un adulto de 55 años. Además, el autor logró obtener como resultados que el paciente experimentó y transitó cada etapa del duelo, sin embargo, destacó que antes de la intervención psicológica el paciente se

movilizó de un estado de tristeza común a un trastorno mental como lo es la depresión. (Fuentes, 2021, p. 27).

Continuando, Quintero (2019) desarrolló un estudio en la ciudad de Bucaramanga en Colombia, titulado “*Acompañamiento psicológico a un adulto mayor en el proceso de duelo por amputación supracondilea: Un estudio de caso*” de tipo descriptiva con un enfoque cualitativo. Esta investigación fue realizada por Quintero a partir de la atención de pacientes con complicaciones de pie diabético y/o en proceso de amputación, donde se observó el efecto positivo en técnicas de reestructuración cognitiva, estrategias de afrontamiento, relajación muscular progresiva y respiración diafragmática, entre otros (Quintero, 2019, p. 16). La autora además expresa que es fundamental el acompañamiento psicológico antes, durante y después de la cirugía, tanto al paciente como a su familia para favorecer una adecuada adaptación frente a la pérdida. Quintero (2019) presenta como objetivo “brindar apoyo psicológico a un paciente adulto mayor con un diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II y Pie Diabético grado III” (p. 4).

De igual manera, Díaz et al. (2013) realizaron un artículo en la ciudad de Murcia en España, titulado “*El sufrimiento de las personas amputadas: Un enfoque etnográfico con aplicaciones psicoterapéuticas.*” de tipo descriptiva con un enfoque cualitativo. En dicho trabajo los autores buscaron una aproximación al fenómeno de la amputación traumática, usando metodologías como la etnografía y asociándose a la práctica clínica de la psicología. Además, los autores presentaron como objetivos: “describir el sufrimiento y estrategias de afrontamiento de las personas amputadas, así como analizar la aparición del concepto de resiliencia en los discursos de los amputados y exponer la importancia de la ayuda psicológica en las distintas etapas” (Díaz et al, 2013, p. 1). Los autores llevaron a cabo su investigación con la participación de personas amputadas de miembros inferiores residentes en la Región de Murcia (España), utilizando entrevistas semiestructuradas, método biográfico y la observación participante para la recolección de datos (Díaz et al, 2013, p. 1). Finalmente, sobre los resultados de la investigación, los autores señalan que el sufrimiento de las personas amputadas varían según el estilo de afrontamiento de cada individuo. Así mismo, subrayan que la resiliencia ayuda a enfrentar y superar las dificultades de la condición, y también agrega que la psicoterapia ayuda a tratar los factores que inciden en la adaptación de la persona amputada (Díaz et al, 2013, p. 1).

A manera de síntesis, los autores anunciados avistan en cierta medida las variables que se establecen dentro de este trabajo, brindando información de gran utilidad para el fin investigativo. Por tanto, se resalta cómo los artículos consideran fundamental el proceso de duelo, otorgando reconocimiento a que este es un proceso no lineal y que hay diferentes fases del mismo. Por lo que, los autores coinciden en que la amputación demanda un proceso de simbolización para los pacientes. Aunque cada uno se enfoca en diferentes aspectos de este proceso, todos reconocen que el paciente atraviesa distintas fases (como la negación, la tristeza, la depresión) que afectan su bienestar emocional y físico.

# **Capítulo 1: Los procesos subjetivos desde una perspectiva psicoanalítica**

## **1.1 La noción de sujeto desde la ciencia**

A lo largo de las épocas, la ciencia ha manejado ciertos parámetros para denominar cuál es la noción del sujeto, lo que evidentemente ha construido un sesgo reduccionista debido a que la búsqueda de la conceptualización de un término como “sujeto” gira en torno a elementos inmateriales. A pesar de la visión científica que hay en el intento de clasificar al “sujeto” y el rol que encarna en las ciencias, ha sido un trabajo difícil el intentar excluir a este término, el cual es uno de los temas más polémicos a lo largo del tiempo, ya que su persistencia en la cultura permite que sea continuamente un concepto del cual debatir.

Además, es interesante desarrollar dicha noción como un término que transmuta con la llegada de transiciones y necesidades culturales, por lo tanto, se reafirma el impedimento con el que la ciencia tiene que manejar para intentar suprimir sus particularidades trascendentales, dado que lo anteriormente mencionado como elementos inmateriales, como las creencias o la fe, las sensaciones, la imaginación, y todo aquello que caracteriza la humanización del sujeto, ha sido un obstáculo no solo para la ciencia moderna, sino que ha atravesado varios conflictos epistemológicos desde la antigüedad. En relación a estas diferencias teóricas, Meza Cascante (2015) comenta que “para los positivistas el sujeto de la investigación es un ser capaz de despojarse de sus sentimientos, emociones, subjetividad, de tal forma que puede estudiar el objeto, la realidad social y humana desde afuera” (p. 5).

Se puede llegar a considerar al “sujeto”, contradictoriamente, como uno de los ejes principales de la ciencia, por su controversial teorización e incómoda relación con los postulados teóricos de la verdad, y también de la razón. Dicha tensión se evidencia de manera más pronunciada a raíz de la separación entre objeto y sujeto que tomó lugar en la Edad Media, lo que influyó en que la ciencia se centrará en desubjetivar concepciones y juicios previos a la modernidad, con la intención de sedimentar la actualmente representada “objetividad”, que es en gran medida sostenida y defendida en la actualidad como su rasgo más característico.

Desde dicha época, se ha estructurado como método de la ciencia objetiva la supresión del sujeto, deslindando las particularidades de los fenómenos que se relacionan al sujeto y sus elementos abstractos.

Por ello, es comprensible las intenciones de las acciones y debates de los filósofos de la Edad Antigua por excluir al “sujeto” de inferencias científicas, puesto que estos divulgaban la existencia de una singular relación entre el “sujeto” y la construcción de la realidad, enfatizando que en dicho proceso se hallaba la aceptación de que el conocimiento se funda de la mano de un vacío en la existencia. Como argumenta Porta (2024), “el concepto de ‘vacío’ fue definido en el inicio como diferencia y repetición, funcionando como sustrato ontológico que permite pensar tanto el sujeto como la constitución de la realidad” (p. 525). Entendiendo que, el vacío establece un espacio de separación, en tanto diferencia, que permite distinguir entidades, como la distinción entre “yo” y “otro”, obteniendo una experiencia subjetiva singular. Además, en el orden de la repetición, es aquella diferencia lo que retorna o se repite.

Por tanto, este vacío no es una dimensión per se, sino una condición necesaria para que el sujeto pueda obrar con los fenómenos. En ese sentido, el manejo del conocimiento se basa en un no-ser estructural, que permite que el sujeto emerja y construya su propia realidad.

Uno de estos debates comparte la idea de que, la percepción de la realidad es desarrollada como una construcción dinámica en la que el sujeto juega un papel fundamental. Como se afirma en el sitio World History Encyclopedia (2021): “Heráclito sostenía que la naturaleza misma de la vida es el cambio; el cambio no es un aspecto de la vida sino la vida misma, y resistirse al cambio es resistirse a la vida” (párr. 2). Esto refiere a que la realidad no permanece fija, sino que está en constante cambio y transformación, en la que el sujeto y su experiencia se encuentran en un flujo continuo de interacción y construcción conjunta.

En adición, hay filósofos que compartieron ideas que alimentaron a lo que posteriormente ocurrió con respecto al quiebre epistemológico o la ya mencionada fractura entre objeto y sujeto. En su reflexión, Castoriadis (1997) comparte que la filosofía griega, al interrogar el ser y el pensar, permitió pensar a un sujeto que no se define por su sustancia, sino por el vacío o indeterminación que lo funda. Esta idea

permite discutir que las concepciones filosóficas antiguas no dividían aún al sujeto de la realidad, pero iniciaron una tensión ontológica que lo descolocó, sentando las bases para su desplazamiento en los marcos epistemológicos modernos.

Esta división se profundiza con el pensamiento cartesiano, donde el sujeto se erige como fundamento autónomo del conocimiento a través del *cogito*. Como escribe Descartes (2011), “pienso, luego existo” (*cogito ergo sum*) es “la primera y más cierta de todas las que se me presentan” (p. 27), lo que marca el inicio de una crítica epistémica fundamental basada en el quiebre entre la *res cogitans*, o lo que se puede entender como el sujeto (que piensa, que observa), y la *res extensa*, u objeto (que es estudiado, observado).

Por lo tanto, se sostiene que una de las causas que radicalizó dicha postura fue la creencia de la estrecha ligadura del sujeto con el vacío, ideado no como ausencia sino como carácter fundante de la experiencia del mundo exterior y el saber. Debido a que, la negación o aceptación del vacío o nada fundamenta la reflexiva brecha entre la razón, o la verdad, que es sustentada por el pensamiento y conocimiento del ser, y por la multiplicidad de lo inobservable.

En otras palabras, dicha conexión entre el sujeto y el vacío manifiesta una tensión filosófica fundamental, donde el vacío se concibe como la negación o ausencia del ser, generando una fractura en la experiencia del sujeto. Sin embargo, Parménides establece que el ser es la única vía legítima para el pensamiento y el discurso, negando toda posibilidad al no-ser. Además, Parménides (2024) afirma que “Sólo el ser puede ser pensado o dicho, mientras que el no-ser es impensable” (párr. 1).

En cambio, en la Edad Media, a pesar de ser una época que protagoniza uno de los rompimientos epistemológicos con mayor impacto, a causa de la influencia capitalista, se sitúa una gran resistencia sobre el “sujeto” y la visión que guarda este con la ciencia en la actualidad. En vista de que, este es un tiempo en el que el sujeto busca responder distintos sucesos desde su fe, desde sus creencias divinas. Sin embargo, la división entre la filosofía y la teología es lo que guarda mayor predominio durante este tiempo, lo que establece el desplazamiento del sujeto de los procesos concernientes a la fundación del conocimiento que se mantienen en la ciencia moderna.

A propósito de la época moderna, aunque se busque separar la noción del sujeto del proceso u obtención del conocimiento, es evidente como este sigue perturbando la técnica y trabajo unilateral realizado por el discurso científico actual. Por tanto, tal automatización de datos, sostenidos por la propuesta de la causa y efecto, busca evitar la relativización e historización de la verdad, confrontando al sujeto con el soporte de lo fáctico. En palabras de Torija (2018), “la presencia del sujeto es una interferencia que se interpone ante una frecuencia que se cree limpia y libre de cualquier perturbación” (p. 2). Opuesto a la postura de una ciencia sin sesgo, el sujeto constituye su posición epistemológica, sus valores y condiciones culturales en la construcción del saber.

De tal forma que, la exclusión o la inclusión del sujeto, como un ente que ejerce un rol principal en cualquier tipo de ciencia contemporánea, se vuelve cada vez más endeble. Dado que, los nuevos paradigmas que son abordados en estas, condicionan una vía de integración entre lo objetivo de las ciencias y el contenido humano, como la especulación y reflexión, lo cual resalta la relevancia de poder profundizar los criterios y concepciones dogmáticas. Lo que se puede entender como doble rol, sosteniéndose por un lado, como co-constructor del conocimiento; y por otro, como portador de estructuras simbólicas, ideológicas e históricas que repercuten en lo que observa y cómo lo interpreta. Es así que, la ciencia, entonces, deja de ser un ámbito puramente objetivo y se revela como un espacio donde el sujeto influye en el objeto y viceversa.

Es por ello que, el reconocimiento de esta nueva vertiente del sujeto permite que la participación de la teoría psicoanalítica genere mayor impacto, debido a que desde este pensamiento el sujeto no es objeto, sino también historia y efecto de la palabra. Además, esta propuesta de sujeto considera también sus resonancias, exigiendo el desarrollo de una práctica clínica que no solo interprete el duelo por amputación, sino que también reconozca al sujeto-psicólogo como enunciante y participante implicado en la construcción de los procesos subjetivos.

En suma, la noción de sujeto desde la ciencia se resignifica al resaltar importancia a la voz del enunciadador como hilo conductor de sentido, considerando que desde el psicoanálisis el sujeto está dividido, encarnado en su lenguaje y condicionado por su inconsciente. Reconocer esto abre la puerta a una clínica del duelo que no solo observa

síntomas, sino interpreta discursos, es decir, no solo escuchar o atender la demanda de “lo que sucede”, sino de quien habla; enfatizando la singularidad emergente del lenguaje del sujeto y su posición frente a la pérdida.

## **1.2 La subjetividad desde el psicoanálisis**

El discurso científico ha tratado de delimitar la noción de sujeto bajo un marco categórico, sin embargo, la constitución del sujeto trasciende los criterios de dicho discurso. Dado que el sujeto se inscribe bajo la cultura, el lenguaje y el deseo no puede llegar a ser generalizado. Es por ello que el psicoanálisis propone una nueva lectura, al reconocer como un imposible reducir al sujeto y su constitución con términos empíricos. El psicoanálisis busca explorar aquello que hace singular al sujeto, teniendo en cuenta su posición simbólica y deseante.

Una de las primeras dificultades que se llega a tener al conceptualizar la subjetividad radica en pensarla como algo anacrónico. Dado que se considera a la subjetividad como algo contemporáneo, que se ve influenciado por los cambios culturales, sociales y políticos. Aquí se presenta un desafío epistemológico, por lo que se exige la revisión de los conceptos tradicionales que sugiere el psicoanálisis como: el Edipo, la función del padre, entre otros. Así lo expresa Schröder (2006) “Pensar en la existencia de nuevas formas de subjetividad nos exige revisar nuestra ‘caja de herramientas’ y renovar las preguntas” (p. 6).

De esta manera, el Edipo otorga un papel estructurante del psiquismo, de la subjetividad del humano, así como la regulación del deseo. A pesar de ello, se propone pensar en que hay más formas de subjetividad y no solo desde el modo clásico del Edipo. Se interpreta que la funcionalidad paterna puede organizarse de múltiples formas de mediación simbólica dependiendo del contexto cultural y social del individuo.

De manera previa, para comprender mejor las formas de subjetividad y su relación con la función estructurante del sujeto, resulta relevante explicar brevemente la estructura del sujeto desde la teoría psicoanalítica. Según los referentes del psicoanálisis, Freud y Lacan, se distinguen dos tipos de sujetos, el de la conciencia y el sujeto del inconsciente. En palabras de Rómulo Lander (2020) “Por un lado, el sujeto de la conciencia que está sostenido por el Yo. Por otro lado, el sujeto del inconsciente

surge de los efectos de la palabra, es decir, a efectos del lenguaje” (p. 3). El yo permite al sujeto alinearse con la realidad externa, la vivencia del cuerpo unificado y reconocimiento de uno mismo. Lo inconsciente se expresa mediante los efectos de la palabra, como el chiste, sueños, lapsus, entre otros. Resulta importante mencionar que al ser el sujeto un efecto del lenguaje, se presenta una ruptura constante entre lo que el Yo articula como anunciado y lo que el inconsciente moviliza en la enunciación.

A partir de la diferenciación entre los tipos de sujetos que propone el psicoanálisis, corresponde hablar acerca de la subjetividad. Según la base teórica, la subjetividad aparece como un funcionamiento del Yo en relación con su percepción de la realidad. Es decir, al procesar todos los estímulos externos que se llegan a experimentar y al darle un sentido, se puede contemplar a la subjetividad como aquel modo singular en el que cada persona entiende la realidad. Esta construcción se ve influenciada por factores tales como la cultura, la historia personal, los mecanismos inconscientes que se presentan en el sujeto.

Sin embargo, el psicoanálisis se limita a reconocer este concepto por subjetividad sin antes el cuestionamiento del mismo, es por ello, que se plantea el análisis de la percepción y de la realidad como conceptos psicoanalíticos. En relación con esto, Lander menciona:

La realidad se refiere a todo aquello que es percibido por el Yo, proveniente del mundo externo o del mundo interno. La percepción tiene dos pasos, el primer paso refiere a la percepción de los objetos que ocurre utilizando cualquier órgano de los sentidos [...] El segundo paso ocurre al ser integrado con las experiencias anteriores, se van a producir nuevas ideas y emociones. (p. 4)

Se entiende a la percepción como una interpretación que construye la realidad, no obstante, advierte que se trata de una realidad propia del sujeto, que se da como resultado de su propio Yo. Este proceso es lo que en el psicoanálisis se puede considerar como la construcción del objeto psíquico. De tal forma, la construcción del mismo no llega sin antes ser tomado como un objeto externo no percibido. Es ahí cuando se encuentra en “lo real”, como todo lo que existe, pero no ha sido percibido

por el yo. Al ser percibido por diferentes individuos, su interpretación es diferente para cada uno y es ahí cuando este mecanismo pasa a llamarse la subjetividad del Yo.

En adición, se concibe a la subjetividad como una estructuración del sujeto, dado que a partir de ella logra ubicarse simbólicamente en el mundo. Es decir, permite articular los conflictos entre los registros imaginarios, simbólicos y reales en los que se enfrenta el sujeto, posibilitando al Yo sostenerse. A su vez, mediante esta estructura el sujeto se posiciona frente al discurso del Otro, construyendo una identidad, en ese sentido al individuo se le da un lugar desde donde hablar, desear y actuar.

A manera de síntesis, se puede considerar a la subjetividad como aquel proceso que permite al sujeto interpretar a su manera lo que pasa a su alrededor. Resulta crucial llegar a analizar esto para poder entender los procesos subjetivos que se manifiestan durante un duelo por amputación. Se refiere a algo peculiar y nuevo por lo que pasa el paciente y cada uno de ellos tiene su forma de responder y protegerse de aquella situación que puede ser considerada como traumática. De ese modo, la subjetividad permite la construcción de nuevas formas de habitar el cuerpo y reorganizar su imagen corporal.

### **1.3 El rol del cuerpo en los procesos subjetivos**

Desde la teoría psicoanalítica, el cuerpo juega un papel fundamental como uno de los ejes transversales que se desarrollan e influyen en la construcción y constitución del sujeto. Mencionando que, el cuerpo es un elemento que se construye psíquicamente, el cual está ligado al desarrollo y atravesamiento de la sexualidad. En este sentido, la interpretación del cuerpo, a raíz del artículo de Mass y García (2018) *“Vicisitudes del cuerpo en Psicoanálisis”*, permite teorizar cuál es el rol del cuerpo en los procesos subjetivos, y brindar fundamentos para su consideración como eje trans-estructural de la clínica.

Es importante precisar que, desde el psicoanálisis, el cuerpo es separado de su vertiente orgánica o biológica, la cual no es desechada o desconsiderada del todo, sin embargo, se maneja a este término desde su relación con el circuito pulsional y como su implicación con la sexualidad permite avistar efectos del mecanismo anímico en lo corporal. Es así que, se propone entender al cuerpo como un lienzo o escenario donde

se pueden llegar a expresar los conflictos en la vida psíquica del sujeto. Según Mass y García (2018):

El cuerpo se define a partir de la función pulsional que bordea al objeto sexual, no hay objeto que pueda colmar al sujeto siempre insatisfecho. Lo que la clínica demuestra es que el cuerpo humano cumple función en el campo de los excesos. (p. 7)

Lo característico de no brindar protagonismo a lo biológico o instintivo se basa en lo enigmático e irreductible de la satisfacción pulsional, la cual traspasa las barreras de las necesidades básicas humanas, y se focaliza en lidiar con la insatisfacción del sujeto. Es decir, lo corporal excede los límites del organismo biológico: “hay por ende algo del cuerpo que objeta a ser normalizado por la cultura” (Mass & García, 2018, p. 3), oponiéndose al sometimiento del discurso médico, educativo, o científico-objetivo.

De tal forma que, el cuerpo es considerado un efecto de lo subjetivo, organizado por la inscripción del lenguaje, de la pulsión y por las huellas o marcas del goce, así como está condicionado por la cultura y el deseo en el sujeto. Por lo que, Mass y García (2018) plantean que el cuerpo, así como las pulsiones, no puede ser aprehendido por el sujeto, ya que es el discurso el cual verdaderamente permite hacerse con un cuerpo.

Sobre la implicación del cuerpo en la sexualidad, debe de aclararse que la vida sexual y el cuerpo no empiezan su relación con la genitalidad, dado que el concepto de sexualidad es más amplio que la propia reproducción sexual. Más bien, los vínculos del niño con el Otro, desde su nacimiento, brindan las primeras experiencias que estructuran el plano de la vida sexual a lo largo de su existencia. Por tanto, el cuerpo al que se remite desde esta idea es aquel que se satisface por la vía sintomática, siendo esta la única forma de economía psíquica de la pulsión sexual.

Por ende, si la sexualidad del sujeto empieza desde la etapa más temprana (infancia), la cual rige su lógica en la ganancia de placer, a partir de lo que propuso Freud como zonas erógenas del cuerpo que están relacionadas a las etapas del desarrollo psicosexual (oral, anal, fállica), es posible entender que un sujeto adulto tiene un cuerpo estructurado bajo la lógica inconsciente inscrita en su infancia. En este sentido, Freud (2003b) menciona que “La sexualidad infantil deja tras sí unas mociones pulsionales que se han tornado inconscientes por represión, pero que

continúan existiendo en el psiquismo de la persona adulta y pueden exteriorizarse como síntomas” (p. 205).

En otras palabras, a lo que Mass y García se refieren con su propuesta de “cuerpo infantil” es a este cuerpo como un núcleo estructural, en el cual se inscriben las primeras experiencias, que luego en la adultez no son accesibles desde la conciencia, quedando reprimidas o desplazadas, y reapareciendo a través de las manifestaciones del inconsciente, como síntomas, fantasías, sueños, etc.

En adición, al ser el cuerpo un elemento clave para la estructuración y desarrollo de los procesos subjetivos, es posible discutir que la pérdida de un miembro genera una escisión en las vertientes del cuerpo, tanto biológica como subjetiva. A pesar de esto, es el plano subjetivo del cuerpo el que es afectado no solo en el presente sino en el pasado, ya que un suceso como este puede reorientar el flujo de cómo un sujeto padece sintomáticamente.

En definitiva, es importante relacionar el rol del cuerpo en los procesos subjetivos con el duelo por amputación, debido a que no se trata solamente de una pérdida a nivel físico, sino de una desarticulación incluso insostenible del cuerpo. Afectando de manera irreversible los registros de lo simbólico e imaginario. Siendo que, la amputación de una extremidad o miembro tiene un efecto en el modo en que el sujeto se nombra a sí mismo, como se percibe y es percibido por los demás, generando una fractura en el narcisismo, el soporte del deseo y la identidad del sujeto.

Por ello, los procesos subjetivos del duelo implican no sólo la aceptación de una pérdida real, sino la resignificación de un cuerpo que ha sido investido libidinalmente desde la infancia. Entendiendo que, el cuerpo amputado no es solo un cuerpo mutilado o incompleto, sino que también es un cuerpo marcado por una pérdida que exige una nueva simbolización para no devenir como fuente de goce mortífero o melancolía. Refiriendo inclusive que, el sujeto al llegar a experimentar un acercamiento con la falta o división estructural, por la irrupción real de la amputación, puede desencadenar en una urgencia subjetiva por la propia imposibilidad de significación.

Acerca de la imagen del cuerpo, la enseñanza lacaniana, comparte que el cuerpo no puede ser reducido solamente a sus caracteres anatómicos, como se mencionó anteriormente. Más bien, son los encuentros pulsionales a lo largo de la vida del sujeto,

la interacción con el Otro, los significantes y las experiencias sensoriales primarias, lo que va constituyendo de forma dinámica e incompleta el cuerpo.

En primer lugar, el psicoanálisis nos permite pensar que el sujeto empieza a formarse mucho antes de su nacimiento o de su gestación. Dado que, se configura una especie de campo simbólico sobre el cual se inscribirá posteriormente el cuerpo del niño, a partir del deseo inconsciente de los padres, las expectativas y fantasías. Como señala Lacan (2007a), “Estamos hablados por el discurso del Otro antes de poder hablar nosotros mismos” (p. 89). Así se explica cómo el cuerpo del niño llega al mundo ya investido de palabras, deseos y proyecciones predecesoras, es decir, somos hablados desde mucho antes de tan siquiera ser concebidos. Por tanto, no existe un cuerpo sin la influencia del lenguaje, ya que todo cuerpo es, desde su origen, un cuerpo enunciado.

Posteriormente, luego de nacer, el sujeto ingresa a una lógica simbólica que lo precede, una red de significantes que conforman el entorno cultural, familiar y social. Es así como, Lacan denomina a esto una “cama de lenguaje”, sobre la cual se va a constituir en un futuro el cuerpo del sujeto.

En este contexto, existen dos fuerzas psíquicas que condicionan la relación entre el sujeto y su cuerpo, estas son: la introyección (Introjektion) y el rechazo o forclusión (Verwerfung). Mientras la Verwerfung implica un rechazo simbólico de ciertos significantes claves —como ocurre en la psicosis—, la introyección o Bejahung refieren al movimiento contrario: el asentimiento del sujeto hacia una identificación que le viene del Otro (Lacan, 1956, en Seminario 3: Las psicosis). Esta operación estructura como el cuerpo se va formando como efecto del descarte o incorporación de identificaciones, afectando la coherencia del cuerpo y del yo.

Dicho de otro modo, el movimiento entre estos dos elementos es una de las varias dinámicas del inconsciente. Entendiéndose que, lo que se conoce como Bejahung sería el polo opuesto al rechazo, es decir, se ubica en la lógica de la introyección, y se puede entender como aquello que sí es aceptado y asumido por el sujeto como parte de su identidad. Por otro lado, según Lacan (2005), “La Verwerfung es el rechazo de un significante del registro del inconsciente, fuera del campo de la metáfora paterna” (p. 220).

En esta línea, el cuerpo no solo se forma en lo simbólico, sino también desde lo real y lo imaginario. Una muestra de esto son las caricias, miradas, sonidos, voces, es decir, tanto los estímulos táctiles como auditivos conforman una experiencia temprana en el cuerpo, la cual crea una consistencia que sella marcas indelebles en la subjetividad. Es posible entender a estas sensaciones experimentadas como parte de lo que Lacan denominó “goce del cuerpo”. Es así que, Lacan (2012), sostiene que “El goce es aquello por lo cual el cuerpo no es solo un instrumento, sino que se experimenta como causa del deseo” (p. 65). Desde esta lógica, el cuerpo es vivido y sentido por placeres y tensiones que aún no pueden ser verbalizadas, pero que establecen una primera vivencia de sí mismo.

Continuando, es esta base sensorial donde los significantes empiezan a inscribirse. Todo aquello que compete a las palabras expresadas y brindadas por los padres, lo que dicen y como lo dicen, van construyendo paulatinamente una imagen corporal del niño. Esto es sustentado por lo que Lacan propuso como el estadio del espejo, donde el niño comienza a reconocerse en la imagen reflejada, estructurando una posible unidad. Lacan (2006c), explica que “La formación del yo [...] se origina en una relación dual con la imagen especular” (p. 97). A pesar de ello, esta imagen idealizada es interrumpida por la necesidad motriz del cuerpo real, generando así una irrupción constitutiva en el cuerpo adquirido.

En último término, para el psicoanálisis el cuerpo resulta, luego de los procesos atravesados, en incompletud. Concibiendo que, este está atravesado por el deseo del Otro y por estragos simbólicos. Es decir, “El cuerpo del hombre está hecho de lenguaje, y no simplemente de órganos” (Lacan, 2007a, p. 45). En este sentido, el cuerpo se consolida como evento colateral del lenguaje, de las identificaciones que sostienen al cuerpo y de los encuentros pulsionales, enfrentado desde la contingencia una dimensión enigmática, que se vincula directamente a lo inexpugnable del inconsciente.

Por otro lado, según el psicoanálisis, el sujeto se constituye a partir de una falta estructurante que no remite a una pérdida experimental, sino a un vacío primordial en el que se inscribe el deseo. Esta falta surge como efecto del lenguaje, en la llegada del sujeto al orden simbólico, donde el significante del Otro lo nombra, lo ubica y, al mismo tiempo, lo aliena. Por tanto, es a partir de esta alienación que el sujeto queda

dividido entre lo que es y lo que el significante dice de él. Sobre esto, Lacan (2007a) plantea que “el sujeto sólo puede aparecer en alguna parte allí donde algo se pierde del significante” (p. 27), lo que advierte de la estructura misma de la falta ineludible como constitutiva en el sujeto.

En relación a los casos de amputación, esta falta estructural puede ser entendida con intensidad traumática, debido a que la pérdida de una parte del cuerpo a parte de tener efectos físicos, también se convierte en una exhibición en carne propia de la falta. Así, el cuerpo ya no solo está manipulado por el lenguaje y el deseo del Otro, sino también por una ausencia física que puede ser investida psíquicamente como metáfora de la castración, de la incisión, de la pérdida originaria. En este sentido, Lacan (2012) afirma que “el cuerpo es el borde del goce” (p. 203), y es precisamente en esta lógica donde se tensiona el significante y lo real de la amputación.

En este caso, el duelo de una amputación permite al sujeto procesar subjetivamente, en relación a lo simbólico, dicha ruptura en su organismo, pudiendo usar la falta real como soporte para ocupar el lugar de una metáfora estructurante. Dicho de otro modo, la pérdida de un miembro, entiéndase a este como un elemento del plano real o físico, podría manejarse para la resignificación de la historia personal del sujeto, en lugar de permanecer como marca traumática, con el fin de que el sujeto pueda sostenerse en una nueva economía libidinal que le permita incluso nombrarse desde un nuevo lugar.

Así, en psicoanálisis, el cuerpo no es solo un ente biológico, sino también una superficie donde se inscriben el lenguaje, el goce y el deseo. Es por ello que, la amputación revive abruptamente la dimensión estructural de la falta, y sólo mediante su desarrollo a través de los procesos subjetivos puede inscribirse como una pérdida significativa. De tal forma que, en este proceso, es importante sostener una escucha clínica que permita al sujeto metaforizar esa pérdida sin quedar atrapado en el goce mortífero del objeto perdido. En esta línea, Freud (2003a) indica que “el duelo normal vence poco a poco la pérdida del objeto y consigue así desligar la libido del objeto perdido” (p. 245).

#### **1.4 Mecanismos de defensa.**

En relación con la perspectiva psicoanalítica, los mecanismos de defensa tienen una funcionalidad fundamental para las personas. Se entiende como los

procedimientos que protegen al sujeto de manera inconsciente de la realidad. Así lo expresa Alcivar y Alcívar (2019) “se entiende los procedimientos que mantienen el equilibrio psicológico de manera inconsciente para enfrentar la angustia o la ansiedad, estos pueden proteger al individuo de las agresiones externas o pueden afectar la visión de la realidad” (p. 2). Por otro lado, la producción de los mecanismos de defensa empieza desde la niñez, es interesante pensarlo como un recurso que permite poner palabras a aquello que no tiene lugar desde el lenguaje, secuencia muy repetida durante toda la vida del ser humano.

Dado a su importancia, se debe analizar las diferentes formas de ver estos mecanismos desde la teoría psicoanalítica, por lo que se explorará desde los puntos de vista de pioneros como Sigmund Freud y Anna Freud, resaltando las ligeras diferencias entre cada uno.

Para Anna Freud, los mecanismos de defensa son normales, autónomos y estructurados del Yo para poder enfrentar la angustia y el conflicto interno. Así mismo, ella clasifica diferentes tipos de mecanismos de defensa, los cuales son: represión, sublimación, proyección, negación, formación reactiva, desplazamiento, aislamiento, introyección, regresión y anulación reactiva.

Se explicará brevemente cada uno de ellos, la represión consiste en excluir pensamientos, deseos o recuerdos dolorosos del consciente con el fin de mantenerlos en el inconsciente. “El proceso por el cual ciertos pensamientos o recuerdos son expulsados de la conciencia y confinados en el inconsciente” (Evans, 1996, p. 169).

Por parte de la sublimación, se refiere a canalizar impulsos inaceptables hacia actividades socialmente aceptables. “La sublimación es un proceso en el cual la libido es canalizada en actividades aparentemente no-sexuales, tales como la creación artística y el trabajo intelectual” (Evans, 1996, p. 182).

De la proyección, se atribuyen sentimientos, deseos o impulsos propios hacia otras personas. “La proyección es un mecanismo de defensa en el cual un sentimiento/pensamiento/deseo interno se desplaza y ubica fuera de sujeto, en otro sujeto” (Evans, 1996, p. 153).

También, la negación es el rechazo hacia el reconocimiento de una realidad angustiante o dolorosa a pesar de ser explícitamente presente. “Para Freud, el término “negación” (Vemeinung) significa tanto la negación lógica como la acción de negar” (Evans, 1996, p. 137).

Además, la formación reactiva es la adopción de actitudes o emociones opuestas a sus deseos que considera inaceptables. “Proceso por el que un impulso o deseo inaceptable es controlado por la exageración de la tendencia opuesta” (Alcivar & Alcívar, 2019, p. 10).

Seguidamente, el desplazamiento se presenta cuando un individuo de manera inconsciente redirige sus emociones o impulsos hacia otro. “El mecanismo de defensa del yo por el cual la mente inconsciente redirige las emociones que produce una circunstancia hacia otro objeto, persona, o situación” (Alcivar & Alcívar, 2019, p. 11).

Luego, el aislamiento se evidencia cuando se separa los sentimientos o pensamientos hacia un evento o recuerdo doloroso, es decir, evita que forme parte de su experiencia subjetiva. “La persona aísla un pensamiento o un evento, rompe así sus conexiones con el resto de sus vivencias y evita que forme parte de su experiencia significativa” (Alcivar & Alcívar, 2019, p. 11).

Sumado a esto, la introyección es cuando una persona se atribuye características no propias de sí mismo, con el fin de controlar los efectos que producen las amenazas del exterior. “Las amenazas del exterior se internalizan con el objetivo de intentar controlar su efecto en nuestra estabilidad mental.” (Álava Alcivar & Alcívar, 2019, p. 10).

A su vez, la regresión se retorna hacia procesos anteriores del funcionamiento psíquico que se presenta ante ocasiones de estrés, ansiedad, entre otros. “Un retorno a procesos anteriores del funcionamiento psíquico” (Alcivar & Alcívar, 2019, p. 10).

En fin, la anulación reactiva, refiere a la actuación del sujeto en rechazo hacia el evento traumático, es decir, la persona actúa como si un evento nunca hubiese tenido lugar. “Es el proceso por el que la persona se comporta como si una idea o acción anteriores que resultan amenazadoras no hubieran tenido lugar” (Alcivar & Alcívar, 2019, p. 10).

Si bien Anna Freud logra clasificar los diferentes mecanismos de defensa, la perspectiva desde Sigmund Freud era diferente, pues él nunca llegó a utilizar el término mecanismos de defensa, los llamaba funciones defensivas del Yo evidenciados en su experiencia clínica. Para él, son funciones del Yo que emergen desde la disputa entre las exigencias pulsionales del Ello, las prohibiciones del Superyó y las demandas de la realidad.

Así como su hija, Freud logra conceptualizar y ejemplificar ciertos mecanismos de defensa, siendo estos la represión, desplazamiento, formación reactiva, negación y anulación. A fin de evitar la redundancia, solo se analizarán las diferentes formas de explicar para Sigmund Freud los mecanismos de represión y desplazamiento, dado que su concepto parte de la misma base, es decir, que sus definiciones para los mecanismos son iguales.

En primera instancia, para Sigmund Freud la represión es el mecanismo principal del Yo, considera que cualquier otra manifestación defensiva está ligada a esta. También agrega que es el mecanismo más usado específicamente de la estructura neurótica. Del desplazamiento, menciona que se expresa de dos formas diferentes. El primero siendo la transferencia que se le adhiere los sentimientos de una persona del pasado hacia una persona del presente. Considera que puede haber presencia de dicho mecanismo durante el dispositivo analítico. Álava Alcivar y Alcívar (2019) mencionan que “Este mecanismo se manifiesta de manera común en psicoterapia cuando el paciente transfiere la carga emocional adherida a uno de sus progenitores hacia la figura actual del terapeuta” p. 7).

En segundo lugar, la fobia, que para la perspectiva psicoanalítica no se origina con el objeto temido, más bien, ese objeto representa de manera simbólica una ansiedad inconsciente. De ser así, el proceso determinado es que el ello contiene la ansiedad inconsciente y pulsional, y el yo como un medidor utiliza este mecanismo para llevar dicha ansiedad a un objeto más alcanzable.

Cabe recalcar que los estudios realizados por Sigmund son previos a los de Anna Freud, por lo que se puede considerar que el trabajo realizado por Anna son avances epistemológicos de la clínica psicoanalítica. Dicho brevemente, las

conceptualizaciones de ambos autores son similares, pero su forma de explicarlas difiere.

En definitiva, los mecanismos de defensa resultan ser elementos fundamentales dentro del tema investigado. Sin embargo, es importante destacar que, si bien estos mecanismos cumplen la función de situar al yo frente a una realidad que resulta amenazante, no siempre tienen un efecto beneficioso. En algunos casos pueden resultar perjudiciales para la salud mental del individuo. Durante la práctica clínica se evidencian estas manifestaciones por parte de los pacientes hacia el surgimiento de esta nueva realidad, como es la amputación de un miembro. Por ello se debe analizar el modo en el que el sujeto lo utiliza y el sentido que adquiere dentro de su estructura psíquica.

## **Capítulo 2: Amputación**

### **2.1 Amputación desde el discurso médico e implicaciones físicas**

En primer lugar, la amputación es definida como “la resección completa y definitiva de una parte o totalidad de una extremidad” (Ocampo, et al., 2010, p. 5). Esta intervención quirúrgica puede realizarse por diversas razones médicas, entre ellas: enfermedades vasculares periféricas, traumatismos graves, infecciones resistentes al tratamiento antibiótico, tumores malignos o complicaciones diabéticas, especialmente en pacientes con presencia de neuropatía y úlceras crónicas.

Cabe mencionar que, en Ecuador, las amputaciones están mayormente asociadas a la diabetes, el cual se ha pronunciado como un problema de salud pública creciente. De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (2022), más del 50% de las amputaciones menores están vinculadas al desarrollo de pie diabético, mientras que casi el 40% de las amputaciones mayores también se relacionan con esta condición. Este patrón refleja lo observado en otros países latinoamericanos, donde la diabetes tipo 2 y sus complicaciones microvasculares son responsables de un alto número de casos de amputación de miembro inferior.

Es así como, el objetivo principal de la amputación es: “eliminar la condición patológica que amenaza la vida del paciente y crear un muñón funcional que permita su rehabilitación, incluyendo la posible adaptación de una prótesis” (Ocampo et al., 2010, p. 5).

Acerca de los tipos y niveles de amputación, existen diferentes niveles anatómicos en los que puede realizarse una amputación, dependiendo de la extensión del daño tisular o vascular. Entre estos se encuentran: “Desarticulación de cadera; Amputación transfemoral (por encima de la rodilla); Desarticulación de rodilla; Amputación transtibial (por debajo de la rodilla); Desarticulación de cuello de pie; Amputación de Chopart; Amputaciones parciales de pie” (Ocampo et al., 2010, p. 6). Según estos autores, la amputación transtibial es la más frecuente debido a la practicidad funcional que permite una mejor movilidad protésica.

En relación con las causas médicas más comunes, según Zacharia, I. (2023), más del 50% de las amputaciones están relacionadas con la diabetes mellitus y la

enfermedad arterial periférica. Sin embargo, Ocampo et al. (2010) comparten que “el pie diabético representa la principal causa de amputaciones no traumáticas en los países desarrollados” (p. 6). Esto indica que el control anticipado de estas condiciones metabólicas es fundamental para prevenir la necesidad de amputaciones.

Es importante mencionar que, hay implicaciones físicas post-amputación que tienen efectos anatómicos, fisiológicos y biomecánicos que afectan directamente la funcionalidad del sujeto. Tomando como ejemplo una amputación transfemoral, esta altera la mecánica normal del fémur y su relación con la tibia. La pérdida de inserciones musculares —como la del aductor mayor— reduce hasta en un 70% la eficacia del brazo de palanca necesario para mantener el equilibrio y la estabilidad durante la marcha (Ocampo et al., 2010, p. 9).

Por lo que, uno de los factores a destacar en la recuperación y adaptación física del sujeto es el largo del muñón, el cual tiene un impacto directo en la capacidad de uso de prótesis: “cuanto más largo sea el muñón, más fácil será sostener y alinear una prótesis” (Ocampo et al., 2010, p. 9). Dado que, un muñón corto limita la potencia muscular y aumenta el desequilibrio durante la locomoción, incrementando el gasto energético y la fatiga.

En la misma línea, hay alteraciones que se manifiestan poco tiempo después de la cirugía, generando un deterioro metabólico y sistémico. De esta forma, según el American College of Sports Medicine (citado en Ocampo et al., 2010, p. 13), las alteraciones comienzan a notarse en menos de 24 horas de reposo y afectan múltiples sistemas del organismo, entre ellos: Sistema músculo-esquelético (pérdida de masa y fuerza muscular); Sistema respiratorio (reducción de la capacidad pulmonar); Sistema cardiovascular (disminución del volumen plasmático y del gasto cardíaco); Sistema nervioso central (alteraciones cognitivas y emocionales); Sistema genitourinario (problemas de retención urinaria y formación de cálculos renales). Esto demuestra que la rehabilitación temprana es un punto importante para el manejo óptimo de la movilidad.

## **2.2 Amputación Simbólica**

Si bien, dentro del ámbito psicoanalítico no existe una definición como tal de la amputación simbólica, sin embargo, se buscará analizar ciertos conceptos del

psicoanálisis para poder representar la pérdida de un miembro. El psicoanálisis lacaniano presenta la castración simbólica, refiere a una pérdida estructural que marca la constitución del sujeto en el lenguaje y la cultura. Según Carpintero, “Definimos la Castración edípica como una estructura que permite en el aparato psíquico una organización en la alteridad para sostener el desvalimiento originario que nos hace humanos.” (2022, p. 3). Es por ello que se considera como una estructura simbólica que organiza la vida psíquica del sujeto.

Parece importante hablar en cómo se constituye dicha castración de forma explícita. En principio, el niño es inicialmente capturado en el deseo del Otro, que por lo general es el rol materno, y hay una fantasía de este con ser el falo (lo que satisface a la madre). De ahí entra en juego el significante del Nombre del Padre que marca una separación entre el niño y la madre, en él se introduce la ley simbólica en el que se refleja un límite, en ese sentido, el niño renuncia a ser el objeto del Otro y se origina la falta estructural. Así lo menciona Miller:

La metáfora paterna, con la que Lacan transcribió el Edipo freudiano, no significa sólo que el Nombre del Padre deba poner bridas al deseo de la Madre a través del yugo de la Ley. La metáfora paterna remite, en mi opinión, a una división del deseo que impone que, en este orden del deseo, el objeto niño no lo sea todo para el sujeto materno. (2005, p. 3)

Así mismo, es importante hablar sobre esta falta estructural. En principio habría que definirla, no se trata de algo material, sino una falta estructural, constitutiva del sujeto. Lacan menciona que el sujeto se constituye por una falta, que está relacionada con el deseo, el lenguaje, el otro y el objeto a. Tras el proceso de castración, “algo” se pierde, se considera que es el objeto de goce imposible de simbolizar completamente y cae tras la entrada del lenguaje al sujeto, se lo conoce como el objeto a. Es así como al presentarse la falta se funda el deseo, de ese “algo”, sin embargo, se pasa de objeto a objeto dado que nunca se puede llegar a satisfacer por completo. Es decir, la falta permite al sujeto ser un sujeto deseante. En este sentido, también se da el campo de los significantes, al no tener una significación última se da una cadena de significantes para que pueda sostenerse en su entorno.

A propósito de la relación que tiene la castración con la amputación, se puede llegar a articular que la amputación resuena con esta falta estructural. Una amputación real es como tal una pérdida que puede inscribirse en el psiquismo del sujeto y en el caso de que no pueda ser simbolizado se puede considerar como algo traumático. Así mismo, se puede considerar que la amputación actúa de forma directa con el goce del cuerpo, no solo por el dolor presente, sino por cómo afecta la imagen corporal, lo cual puede poner en crisis lo imaginario, simbólico y real. En el caso de que el sujeto no logre poder inscribirse simbólicamente en la pérdida, puede haber un exceso de real que desborda, por lo que la vivencia de la amputación de un miembro puede causar una falta de sentido en su vida, es ahí cuando puede parecer el trauma que se lo explicara más adelante.

En fin, se puede llegar a considerar como la amputación de un miembro puede afectar simbólicamente a un sujeto, y quitarle aquellos significantes que lo sostenían. En cierto sentido, hay que darle un espacio y buscar resignificar lo vivido, es decir, la pérdida no debe arrasar al sujeto, sino formar parte de su historia subjetiva.

### **2.2.1 Evento traumático**

A lo largo de las épocas, lo que se considera como “traumático” ha cambiado poco a poco, es decir, es una construcción influenciada por un momento histórico y un contexto cultural específico. Dentro del contexto positivista, el evento traumático es considerado como un evento que es objetivamente amenazante, que lleva en sí, violencia, abusos, entre otros.

Representa eventos que son emocionalmente impactantes o aterradores, que amenazan o realmente implican la muerte o la violación de la integridad corporal o que hacen que la(s) persona(s) afectada(s) sean incapaces de prevenir o detener el daño psicológico y físico resultante (Velázquez, 2024, p. 4).

Sin embargo, hay una fuerte crítica, dado que desde la perspectiva psicoanalítica se considera que de ser así, se le daría más importancia a la situación más que la experiencia propia del sujeto frente a la situación que enfrenta.

Entonces, para el psicoanálisis, el evento traumático es considerado aquella experiencia que se instaura en la psiquis de forma negativa (trauma) y requiere de

respuestas por parte del sujeto para poder ser asimiladas. Sin embargo, no se le debe dar mucho énfasis al evento traumático como tal, más bien, se debe tomar en cuenta la respuesta por parte del sujeto, dado que considera que no toda respuesta traumática está ligada a un evento traumático. Es decir, el trauma se verá reflejado en la respuesta subjetiva de cada persona y no solo en un evento objetivo.

Considerar lo anterior nos obliga a definir el trauma no como un evento de cierto tipo, con ciertas características especiales, sino como una respuesta que los organismos tienen ante condiciones variadas, individuales, ambientales y sociales que se presentan en una organización específica que resulta altamente abrumadora para ese organismo (Velázquez, 2024, p. 20).

Es importante también considerar al trauma como un encuentro con lo real, es decir, el evento traumático es traumático porque dentro de la estructura del sujeto se enfrenta a algo no inscrito ni simbolizado.

Por un lado, Freud propone una idea en la cual considera que hay una relación entre el trauma y la represión. Él establece que existen recuerdos reprimidos, sostiene que son perturbadores y permanecen inaccesibles en la conciencia debido a la represión. Aquí es cuando Freud distingue el consciente y el inconsciente, donde el trauma está instaurado en lo inconsciente. Es por ello, que cuando falla la represión, los contenidos pueden retornar, generando síntomas en el sujeto. En principio, esto puede aparecer desde sueños, actos fallidos, entre otros. Velázquez menciona: “Este término se ha empleado para referirse a supuestas MTs que se vuelven inaccesibles a la recuperación consciente debido a lo que se considera un mecanismo de represión, que supone volverse incapaz de recordar el suceso traumático” (2024, p. 9).

Resulta fundamental analizar la idea de memorias reprimida, las cuales consisten en recuerdos que se consideran perturbadores. Dichos recuerdos están dentro del inconsciente por el mecanismo de la represión. Se puede evidenciar que la mente se estructura mediante el consciente y el inconsciente. En el inconsciente permanecen los recuerdos insoportables de manera oculta como forma de protección. De esta manera, la represión opera como una defensa crucial, permitiendo al sujeto seguir funcionando en la vida cotidiana, al tiempo que los contenidos reprimidos continúan ejerciendo efectos indirectos y manifestándose en síntomas, sueños o actos fallidos.

De esta manera, en relación con el tema de investigación y la experiencia clínica dentro del hospital, no es viable llegar a la conclusión de que todo paciente está pasando por un evento traumático tras la espera de una amputación o al haber recibido una. Sin embargo, sí es importante darle un lugar de escucha para que pueda poner en palabras lo que esta experiencia representa para él/ella, sin importar si es instaurado desde lo traumático o no.

### 2.2.2 Urgencia

La urgencia es un dispositivo de gran frecuencia en el contexto hospitalario, por lo que es crucial poder conceptualizarla y explicarla desde la perspectiva psicoanalítica. Para el psicoanálisis, la urgencia es una situación por la que atraviesa el sujeto y se presenta como una crisis. Cabe recalcar que no es una crisis singular, se caracteriza por ser una situación imposible de simbolizar, es decir, que para el sujeto desborda la capacidad para poder entender o procesar. En pocas palabras, la urgencia sería una irrupción de lo real que rompe la cadena de significantes de una persona sin recursos para poder responder a ella. Simeone (2024) comenta que “Llamamos urgencia subjetiva a una crisis de la relación con la palabra. Un real ha desgarrado ese lazo, ha hecho un agujero y un traumatismo” (p. 49).

Si bien es cierto, Freud nunca conceptualizó de forma específica la urgencia, sin embargo, sí hablaba de una situación en la cual habría que atender con la mayor rapidez posible. Para Freud, la urgencia es considerada como un retorno de lo reprimido que irrumpe con fuerza. Además, considera que va de la mano con la represión y el trauma, dado que la urgencia hace presencia por la falla de este mecanismo de defensa al estar en presencia de una situación que revive una situación traumática para el sujeto. Así lo menciona Simeone:

Un evento externo que califica como trauma generará un impacto significativo en el equilibrio energético interno de la persona, activando todos los medios de defensa disponibles. Sin embargo, inicialmente, el principio de placer será abolido. Así, ante este desborde energético, el yo no puede apelar a los mecanismos de defensa. (2024, p. 51)

Por otro lado, para Lacan, la urgencia es una oportunidad única en el cual se emergen los aspectos más significativos del sujeto y que en otras circunstancias quedan

ocultas. Así mismo, expresa que es la urgencia una de las razones por las cuales muchos sujetos buscan análisis y pueden llegar a expresar una demanda. En esta línea, Simeone (2024) sostiene que “Si el paciente regresa a una sesión de análisis, no es solo por la transferencia establecida, sino por algo aún más poderoso: la urgencia que guía el análisis y que el analista debe reconocer y abordar” (p. 53).

De tal forma, puede haber una confusión entre la angustia y la urgencia. La angustia, según Freud, la distingue de dos maneras: angustia neurótica y angustia realista. La angustia realista sería esta energía psíquica que aparece como respuesta tras un peligro externo. A diferencia de la angustia neurótica, que aparece sin la necesidad de una amenaza. Además, menciona Freud que la angustia es una respuesta, como una señal de alarma. Y Simeone (2024) considera que “La angustia se percibe como la respuesta del yo ante la percepción de una amenaza” (p. 65).

Por otro lado, Lacan expresa de una forma más clara esta diferencia. Él menciona que la urgencia es una ruptura que puede expresarse de diferentes formas, y una de las más comunes es la angustia, pero es importante considerar que va más allá del sentimiento de angustia y es relevante reconocer la funcionalidad que tiene el síntoma para el sujeto. En este sentido, Simeone (2024) refiere que “Esta puede dirigir a las personas por variados rumbos, incluyendo crisis de angustia, crisis de ansiedad, ataques de pánico, estados de inhibición y crisis psicóticas” (p. 59).

Siendo un acontecimiento que puede ocurrir de manera constante dentro de un contexto hospitalario, se establecerá una diferenciación entre la urgencia médica y urgencia subjetiva. En primera instancia, la urgencia médica se establece como aquellas situaciones donde la vida del paciente está en riesgo, siendo el tiempo un factor crucial por lo que se debe actuar lo antes posible. A diferencia de la urgencia para el psicoanálisis, en el que sí advierte que sea actuado lo más pronto posible, pero no representa una inmediatez. Así, Simeon (2024) menciona “La urgencia psíquica, si bien implica actuar con prontitud (pero no netamente con ella) sino también con la pausa” (p. 54).

Resulta fundamental reconocer cuál es el rol del analista en el momento en el que esté en la presencia de un paciente en urgencia. Se advierte y menciona que no se trata de tratar de calmar al sujeto de forma apresurada, más bien, desde la perspectiva

psicoanalítica, al sujeto en urgencia se le debe permitir la oportunidad y el espacio de que ponga en palabras aquello que le causa la angustia. Simeone (2024) explica que “El desafío del practicante del psicoanálisis en el servicio de urgencias de un hospital público es proporcionar un espacio para que el paciente pueda hablar sobre lo que le causa angustia, a través de la palabra y la interpretación” (p. 63).

Por último, se ha evidenciado como la urgencia conlleva una relación con el trauma y con los registros simbólicos por parte de las personas, es por ello, que el enfrentamiento hacia una amputación puede emerger una urgencia subjetiva. Así mismo, se expresó su frecuencia dentro de los hospitales. Es un tema fundamental dado a la recurrencia en la que se presencia durante la práctica clínica y se debe tener las aptitudes para poder reconocer dichas urgencias y saber hacer durante la situación

### **2.2.3 Formación del Yo: Narcisismo, Imago corporal, Castración simbólica**

#### **El narcisismo como fundamento del Yo**

Manteniendo la idea de que la amputación no solo afecta al cuerpo físico, sino también al cuerpo simbólico e imaginario, generando rupturas en la estructura del Yo, activando defensas frente a una herida narcisista. Es importante desarrollar la noción de narcisismo, el cual ocupa un papel principal en la constitución del Yo, en tanto se refiere a la primera modalidad de relación del sujeto consigo mismo y con su imagen especular.

En este sentido, Freud (2003a) plantea que “El yo se comporta entonces como único objeto de amor, suple a los objetos exteriores” (p. 89). Esto refiere que esta forma inicial de “amor propio” funda la base estructural del yo que se sostiene en una imagen idealizada del cuerpo, es decir, Freud comparte la idea de que el narcisismo primario implica una investidura libidinal del yo, condición previa a la elección de objeto.

Además, Vásquez (2021) expresa que “el narcisismo se estructura sobre una ilusión de unidad e integridad corporal que se desestabiliza radicalmente cuando ocurre la pérdida de una parte del cuerpo” (p. 54). Desde el abordaje de los procesos subjetivos, esta idea explica que la amputación impacta en el narcisismo al comprometer la imagen especular en la que se desarrolla el yo, activando una vivencia que amenaza su unión.

A propósito de la formación del yo, Freud (2003a), señala que “Las pulsiones autoeróticas son iniciales, primordiales; por tanto, algo tiene que agregarse al autoerotismo una nueva acción psíquica para que el narcisismo se constituya” (p. 74). Es así como, se entiende que “El yo tiene que ser desarrollado”, dado que no nace como una unidad preestablecida, sino que se va formando a partir de procesos (subjetivos) internos y externos que lo van organizando gradualmente. En otras palabras, el autoerotismo —satisfacción pulsional centrada en el propio cuerpo— precede al narcisismo, pero no basta para explicar el surgimiento del Yo como instancia unificada.

Como ya se mencionó en esta investigación, el cuerpo no es solo un sistema orgánico, biológico o anatómico, sino un campo de sensaciones e investimentos pulsionales que dan lugar a una representación psíquica del propio cuerpo. Y es esta representación o imagen corporal, la que se configura en relación al Otro, especialmente con la figura materna, constituyendo el soporte del narcisismo primario. Por ello, Vásquez (2021) explica que “El cuerpo comienza a pasar de ser un sistema biológico a un sistema que tiene una dimensión y estructuración psíquica que lo anima, en donde las sensaciones y percepciones se comienzan a expresar en él” (p. 8).

Acerca de la amputación, esta estructuración detallada del Yo es profundamente alterada. Debido a que, el paciente enfrenta una pérdida física que no sólo modifica su funcionalidad motriz, sino que interrumpe la continuidad de la imago corporal. Vásquez (2021) señala que “En muchas ocasiones, los pacientes amputados buscan sostener este yo ideal y romper con la marca que les dejó la amputación y que más allá de que se reconozcan como únicos los hace sentir incómodos o juzgados” (p. 28).

En suma, el cuerpo no solo es sentido, sino que es una dimensión simbolizada, representada y revestida de significado desde la vida temprana del sujeto. Este proceso es esencial para el desarrollo del Yo, ya que emerge como resultado de identificaciones y de la subjetivación de imágenes provenientes del entorno. Por lo que, en el contexto de una amputación se puede generar un malestar que es percibido como una crisis narcisista, en la cual el sujeto debe reelaborar su relación con el cuerpo y con la mirada del Otro.

## **La constitución de la imago corporal: entre lo real y lo simbólico**

Sobre la imago corporal, esta no es una representación fija ni consciente del cuerpo físico, más bien, es una instancia inconsciente que incluye huellas mnémicas, fantasías y significantes relacionados con el cuerpo. Como sostiene Dolto (1986) “la imagen inconsciente del cuerpo es aquella que da testimonio de la falta en ser que el deseo apunta a colmar, allí donde la necesidad apunta a saturar una falta en tener o hacer del esquema corporal” (p. 33).

Es decir, la imagen del cuerpo no solo es una cuestión perceptiva, sino que está atravesada por el deseo, el lenguaje y las relaciones tempranas, así como, los primeros elementos simbólicos (miradas, palabras, caricias). En palabras de Nasio (2008) es una síntesis dinámica de tres dimensiones: la imagen de base (ligada a las vivencias corporales iniciales), la imagen funcional (relacionada con la satisfacción de necesidades y deseos) y la imagen erógena (vinculada al placer y displacer corporal).

Como señala Vásquez (2021), retomando a Dolto, “el cuerpo no es una masa biológica, sino una imagen psíquica cargada de sentido que se va configurando desde la temprana infancia” (p. 47). En este sentido, esta imagen inconsciente del cuerpo constituye un soporte libidinal, que puede sufrir alteraciones drásticas frente a eventos como la amputación, donde se rompe la continuidad de la representación corporal.

Cabe destacar que, Lacan (1984) comparte que “El estadio del espejo es una identificación, en el sentido pleno que el análisis da a este término: la transformación que se produce en el sujeto cuando asume una imagen” (p. 85). Este pensamiento explica que el estadio del espejo es un proceso en que el infante se reconoce en su reflejo, y como a través de esa imagen unificada, organiza su experiencia entre el cuerpo percibido y el cuerpo vivido, entre el Yo ideal y la experiencia real del cuerpo fragmentado.

Dicho de otro modo, esta identificación que realiza el niño en el espejo constituye la base del yo, y tiene lugar incluso antes del manejo total de la motricidad del cuerpo, pero de forma inevitable lo aliena, pues ese yo se funda en el campo del Otro como una ilusión de totalidad. Es así como este reconocimiento surge de forma indispensable: “La formación del yo [...] se origina en una relación dual con la imagen especular” (Lacan, 1984, p. 97).

En el caso de los pacientes internados que atraviesan un proceso de amputación, la fractura entre el Yo ideal y el cuerpo amputado se agudiza. Como señala Vásquez (2021) “Hay una negación a esta imagen de incompletud, por lo cual comienza a disociar su cuerpo de su discurso” (p. 27). En tal caso, la pérdida del miembro pone en crisis la imagen corporal y el vínculo con el cuerpo. En otros términos, la amputación se convierte así en un acontecimiento en el que emerge la experiencia de una herida narcisista, poniendo en juego defensas como la negación, la represión o incluso el retorno al cuerpo fantasmático del miembro perdido, guiando a la experiencia del fenómeno: “miembro fantasma”.

Es así que, Vásquez (2021) comparte que “el sujeto puede llegar a negar la falta visible, generando representaciones distorsionadas o compensatorias de su cuerpo” (p. 59), lo que demuestra el anclaje estructural de la imagen corporal en el narcisismo primario. Por lo tanto, la amputación no sólo remite a la pérdida física, sino que introduce una fisura en la imago, lo que desata intensas respuestas defensivas. Estas respuestas, son consideradas parte de los procesos subjetivos.

### **Castración y herida narcisista: la falta simbólica**

En psicoanálisis, la castración no es solamente una pérdida física o genital, sino que representa una marca simbólica que interrumpe la ilusión de completud del Yo. Freud (2003a), comparte que: “La castración amenaza con la pérdida del órgano que asegura al yo su narcisismo” (p. 34). En otras palabras, Freud plantea que la castración opera como una amenaza fundamental, que señala el límite del narcisismo y marca la entrada del sujeto al campo de la ley y el deseo del Otro.

Articulando lo mencionado con la amputación, es posible sostener que está reactiva, en términos estructurales, la noción de castración, es decir, expone la inscripción simbólica de la falta que atraviesa al sujeto. Vásquez (2021) explica este conflicto a través de los relatos de pacientes amputados, señalando que “la amputación puede ser vivida como una castración real cuando no se logra inscribir subjetivamente la pérdida como parte del propio cuerpo deseante” (p. 62). De tal forma que, los procesos subjetivos del duelo por amputación son fundamentales para permitir que esa pérdida real sea tramitada, desde el plano simbólico, evitando que se fije como marca traumática o imagen persecutoria.

Lacan profundiza esta noción señalando que la castración designa la introducción del significante de la falta en el campo del Otro. En *El Seminario 4* afirma: “la castración es el modo por el cual el sujeto se enfrenta al deseo del Otro y reconoce que allí hay algo que falta” (Lacan, 2006c, p. 111). En este sentido, el cuerpo amputado puede devenir símbolo de esa falta estructurante si logra ser simbolizado en el discurso del sujeto. De lo contrario, puede quedar como resto pulsional no elaborado, fuente de angustia o goce mortífero. Dicho de otro modo, Lacan afirma que la castración simbólica se manifiesta como una falta inaccesible que el sujeto debe elaborar para transigir al orden del deseo. Por lo que, la amputación puede actuar como una realización parcial de esta castración, generando una crisis en la estructura subjetiva.

En el contexto de los pacientes internados en un hospital de Guayaquil, los procesos subjetivos adquieren una relevancia clínica particular, debido a que el duelo por la pérdida del miembro y una hospitalización prolongada pueden intensificar la sensación de castración y generar una reactivación de conflictos infantiles no resueltos. Como señala Vásquez (2021) “El paciente no puede ver su imagen en el espejo y presenta un rechazo, haciendo que este pierda ese reconocimiento del yo y hay una ruptura en su narcisismo” (p. 27).

Por lo tanto, el malestar frente a la pérdida de un miembro puede entenderse como una manifestación de la herida narcisista, es decir, un golpe al Yo que amenaza su consistencia. En esta línea, Freud (2003a), sostiene que “El yo es sobre todo una esencia-cuerpo; no es solo una esencia-superficie sino, él mismo, la proyección de una superficie” (p. 27). Esto sugiere que el Yo se organiza espacialmente en torno a una representación corporal. Por tanto, cuando esa representación se ve afectada, como en el proceso de amputación, el Yo puede reaccionar con diferentes defensas, como la alucinación de la presencia del miembro perdido, la negación, etc.

En definitiva, cuando el cuerpo pierde una parte esencial, el Yo enfrenta una doble pérdida: la del objeto corporal y la del goce asociado a él. Esta experiencia puede activar defensas para intentar cubrir simbólicamente la ausencia. Por ende, este rechazo inicial del paciente hacia su nueva imagen corporal es clave para comprender la resistencia al proceso de recuperación y la aparición de fenómenos como el dolor del miembro fantasma, que puede funcionar como una defensa del Yo frente a la castración real.

### **2.3 Miembro fantasma**

La experiencia subjetiva posterior a la amputación no finaliza con el impacto físico o funcional, más bien, hay la posibilidad de atravesar un fenómeno que puede persistir de múltiples formas: desde una simple percepción de existencia de la extremidad o miembro, hasta dolores intensos e incluso movimientos imaginados del miembro amputado. Sobre estos signos, Scarfone (2014) comparte que, “el cuerpo en sí, puede no ser visible; el dolor, por su parte, no deja de ser real” (p. 3). De tal modo, dicho fenómeno permitirá establecer una articulación entre el cuerpo y la psique desde una visión psicoanalítica, sosteniendo que la característica corporal de la psique no se limita a estructuras biológicas, sino que atraviesa lo simbólico y lo imaginario, como se ha mencionado anteriormente.

Desde la teoría psicoanalítica, el miembro fantasma es leído como una inscripción inconsciente de lo real, también como una falla en la inscripción simbólica de la pérdida. Dado que, el fragmento retirado del cuerpo no ha sido incorporado psíquicamente como ausencia. De tal forma que, esta pérdida permanece operando como presencia dolorosa atemporal. En palabras de Scarfone (2014): “una falta de cuerpo, si se puede decir así, muestra paradójicamente que la psique es corporal o, si se prefiere, que el cuerpo es también psíquico y que, en tanto psíquico, continúa haciendo daño físicamente” (p. 5).

Desde el ámbito médico-clínico, este fenómeno se explica parcialmente como la reorganización cortical que ocurre después de la pérdida sensorial. Es decir, las áreas del cerebro que antes recibían estímulos del miembro amputado continúan activas, generando sensaciones que el sujeto interpreta como provenientes del mismo miembro. En este sentido, “Las sensaciones del miembro fantasma ocurren porque las representaciones corticales del cuerpo permanecen incluso después de la amputación, ya que los mapas somatosensoriales no desaparecen de inmediato y pueden ser activados por otros estímulos.” (Ramachandran & Blakeslee, 1998, p. 23). Esta comprensión fisiológica explica que el dolor del miembro fantasma puede ser crónico, afectando la calidad de vida, y posteriormente, el proceso de adaptación protésica.

Es importante resaltar que, en algunos pacientes, el fenómeno del miembro fantasma trae consigo una gran resistencia del cuerpo simbólico para poder aceptar la

pérdida física. Es como si el Yo mantiene una imagen corporal que no corresponde ya a la realidad anatómica. Resultando en consecuencias en la estructura del aparato psíquico, dependiendo del sujeto, estas pueden ir desde la negación ante la pérdida, hasta una conexión con la identidad previa a la amputación. En esta línea, es posible decir que el miembro fantasma representa un objeto perdido que no ha sido del todo abandonado libidinalmente, y cuya persistencia corporal manifiesta el anclaje psíquico en lo que ya no está (Freud, 2003a, p. 249).

Es así como, el miembro fantasma puede entenderse como una ruptura en la economía libidinal del sujeto, parte del trauma no tramitado. Por lo tanto, el cuerpo que ha sido intervenido por una amputación, tiene la tarea de reconfigurarse como escenario con fragmentos ausentes, atravesando todo aquel impacto emocional surgido. En adición, es posible interpretar desde una analogía sobre el trauma y la compulsión a la repetición, descrita por Freud (2006d), que fenómenos como el miembro fantasma se inscriben en un circuito de repetición pasiva que huye del manejo del sujeto, es decir, Scarfone (2014) expresa que “queda en un estado de excitación, tal que el aparato psíquico es presa de producciones que escapan su control” (p. 6).

En esencia, el fenómeno conocido como “miembro fantasma” es una anomalía que proviene del plano físico, mayormente de una amputación, e intercede en el plano corporal de la subjetividad. Es así que, el dolor de este miembro fantasma pareciera estar vinculado a una última huella de la acción corporal anterior a la amputación. Como sostiene Scarfone (2014), “el cerebro hubiese quedado preso de la última actividad neuronal que se produjo justo en el momento del accidente” (p. 4). Entendiéndolo desde la intervención quirúrgica por amputación, cómo esa marca no simbolizada que persiste y se repite como retorno de lo traumático, es decir, una posible imagen mnémica motriz.

## Capítulo 3: Duelo

### 3.1 La noción de duelo en la sociedad.

Es importante poder definir lo que se entiende por duelo en la sociedad actual. En primer lugar, la Real Academia Española define el duelo de la siguiente manera: “Sentimiento de dolor o pena por la muerte de una persona” (RAE, s.f). Se puede evidenciar como en su definición se limita solo por el factor del fallecimiento, es por ello, que se analizará diferentes formas de ver el duelo para las diferentes corrientes y para la ciencia.

Si bien dentro del DSM-5 TR no se conceptualiza duelo como tal, proponen una patología relacionada que la llamarían el trastorno del duelo prolongado (TDP). Lo definen como una respuesta normal del duelo, pero persistente y prolongado, en las que se exceden los límites temporales que se establecen por las clasificaciones diagnósticas, los cuales se consideran entre más de 6 a 12 meses tras la pérdida de un familiar. Se puede llegar a diferenciar este trastorno de un duelo “normal” mediante su duración e intensidad, en las que también se puede presenciar una reducción del placer en la vida cotidiana que puede acabar en depresión. Según Yeyati (2022), para diferenciar el uno del otro, menciona: “La presencia de pasiones tristes: nostalgia, tristeza, culpa, ira, amargura y la ausencia de sentimientos de placer en la vida cotidiana lo aproximan a la depresión” (p. 3).

En otro orden, Elisabeth Kübler-Ross, en su libro titulado “*Sobre la muerte y el morir*” publicado en 1969, presenta la teoría de las etapas del duelo tras un estudio en pacientes próximos a la muerte. Son 5 las etapas del duelo, las cuales son negación, ira, negociación, depresión y aceptación (Ávila & De la Rubia, 2013, p. 2).

De esta manera, la negación se presenta como aquella dificultad de aceptar la realidad de la pérdida y amortigua los sentimientos iniciales. “La imposibilidad de aceptar y reconocer como un hecho real que se padezca la enfermedad, por lo que, el diagnóstico recibido se atribuye a errores médicos o algún tipo de equivocación” (Ávila & De la Rubia, 2013, p. 2).

En segundo lugar, la ira se refiere a aquellos sentimientos de enojo y hostilidad por la pérdida y puede ser dirigida a sí mismo, su entorno familiar, médicos, entre otros.

“La ira es definida como una reacción emocional de rabia, envidia, resentimiento y hostilidad por haber perdido la salud” (Ávila & De la Rubia, 2013, p. 2).

Así mismo, se define a la negociación, es aquella búsqueda de promesas para poder cambiar el desenlace de la situación. “El pacto/negociación es una forma de afrontar la culpa y se entabla, de forma imaginaria o real, con aquellos hacia las cuales dirigió la ira” (Ávila & De la Rubia, 2013, p. 2).

De parte de la depresión, se la describe como aquella tristeza profunda, desesperanza tras la pérdida o en este caso tras el diagnóstico dado. “La depresión son sentimientos de un profundo vacío y dolor ante la penosa situación que el paciente vive” (Ávila & De la Rubia, 2013, p. 2).

Por último, la aceptación se refiere a una reorganización interna para poder asumir la situación de la mejor manera. “La aceptación se define como el reconocimiento de la enfermedad, situación de dolor y limitaciones que conlleva” (Ávila & De la Rubia, 2013, p. 2).

Al proponer esta teoría, advierte que no debe ser considerada como algo que pasa en todas las personas, así mismo, no hay un orden sucesivo para estas etapas. Sobre las etapas del duelo, Sierra menciona: “las cinco etapas son solo descripciones que no excluyen la inmensa variedad de reacciones ante la pérdida y no tienen por qué ser sucesivas” Es decir que también se puede considerar que la teoría excluye varios sentimientos que cada persona puede llegar a tener que no forman parte de las etapas presentadas.

Desde el psicoanálisis, Freud hace aportes acerca del duelo. A diferencia del DSM, que delimita el duelo hacia la pérdida por muerte, él comenta que no solo se presenta en esos casos. Menciona que puede darse por abandono, pérdidas concretas como trabajo, salud, entre otros. También menciona que se puede hacer una posible diferenciación entre el duelo y la melancolía. Según Yeyati: “La distinción que introdujo Freud entre el duelo y la melancolía gira en torno al delirio de indignidad y al empequeñecimiento del yo, presentes en la melancolía y ausentes en el duelo” (2022, p. 3). Es decir, que cuando además del duelo se agrega una indignidad, una falta de placer y afecta en la imagen que uno tiene de sí mismo, se considera que ya es melancolía. Así mismo, Freud sostuvo que no se puede considerar al duelo como un

estado patológico ni tampoco se debe tomar como un tratamiento médico, dado que se debe operar con el tiempo.

En relación con el tema investigado, tal como lo dice Freud, no solo se trata de la muerte de un ser querido, también puede ser la pérdida de algo que identifica a cada uno. En pacientes próximos a ser amputados o que ya han sido amputados pueden pasar por un proceso de duelo dado a la identificación que conlleva ese miembro que van a perder o que ya han perdido.

### **3.2 El duelo como proceso de subjetivación.**

Una vez comprendido el duelo y la manera en que el sujeto lo atraviesa, resulta fundamental analizarlo como proceso de subjetivación. En primera instancia se abordará de forma más detallada lo que sería el duelo para el psicoanálisis. Según Pelegrí y Romeu (2011), “El duelo como una reacción ante la pérdida de una persona querida, de una abstracción equivalente como la patria, la libertad, un ideal, etc” (p. 2). Se puede evidenciar cómo se desvincula el duelo con el hecho de la muerte de una persona, hacia el campo más amplio de la pérdida de algo significativo para el sujeto: no sólo personas, sino también cosas, metas, lugares, etc.

Además, se puede considerar que el duelo no es solo hacia la pérdida de algo material, dado que convoca una reorganización subjetiva en el campo del deseo, goce y significantes. Es decir, la pérdida mantiene al sujeto en un vacío que exige reorganizar el goce, y se debe plantear quién es, qué desea y cómo se relaciona con los demás. Así lo mencionan Pelegrí y Romeu (2011): “el proceso de duelo es algo más que superar un dolor. Implica realizar un proceso psíquico de reconstrucción simbólica íntimamente ligado con el paso del sujeto por la castración” (p. 1).

En este caso, ante la falta repentina de algo significativo para el sujeto, requiere simbolizar la ausencia y ubicar significantes para poder sobrellevarla. En el estudio de Pelegrí y Romeu (2011), el sujeto debe construir representaciones, ficciones, significantes, rituales que le permitan inscribir dicha pérdida en su historia con la finalidad de darle un sentido a la misma (p. 3). Por otro lado, también se debe pensar que el proceso radica en si existe la posibilidad o la imposibilidad de una elaboración simbólica. Hay casos en los que se hace más difícil la representación dado a la carencia de un significante social. Por ejemplo, la muerte de un hijo, en las que no existe un

término como el de “viudo” o “huérfano”. Al haber una falla en el lenguaje en otorgar un lugar para el ser doliente, su elaboración simbólica se vuelve más difícil, generando que la subjetivación no sea posible.

Por otro lado, se puede expresar las ideas que aporta Lacan y su relación con la castración simbólica explicada previamente. Se debe considerar que sólo si el sujeto ha asumido que el deseo está estructurado por la falta, podrá subjetivar su pérdida. Según Lacan (2006b), la angustia no se produce simplemente por la pérdida del objeto, sino por lo que acontece con el sujeto, en esa pérdida, con su lugar de deseo (p. 114). Es decir, durante el duelo no solo se pierde al otro, sino también el lugar de uno mismo en el deseo de ese otro. Es por ello, que tras perder aquella posición en relación con el objeto se debe reorganizar los lugares donde el sujeto mantenía el lazo.

De otra manera, se debe considerar como las personas viven en un constante duelo desde el nacimiento. En primera instancia, se puede llegar a pensar cómo los sujetos pasan diferentes tipos de pérdidas durante toda su vida. Por ejemplo, un bebé debe tramitar la ausencia de la leche materna, un adolescente debe procesar la pérdida de la niñez, un graduado, el hecho de no volver al colegio, universidad, entre otros. En cada uno de ellos se logra presenciar una subjetivación con el fin de poder darle sentido a su vida.

A propósito de aquello, Eric Laurent presenta una expresión “el duro deseo de duelar” (2018), expresa la idea de que se trata de un deseo duro no solo por la renuncia de un goce, sino porque implica un trabajo psíquico exigente en la que se presenta al sujeto con su falta estructural. Se trata además de consentir a perder el objeto con el fin de lograr sobrellevar el duelo. En cierta medida, la frase también expresa al proceso de duelo, no como un acto automático, dado que hay una decisión inconsciente por parte del sujeto.

En el caso de la amputación, el sujeto enfrenta una pérdida real que amenaza su identidad simbólica y su integridad narcisista. Es decir, la falta de un miembro supone una reconfiguración del cuerpo en la imagen que el sujeto tiene de sí mismo. Por lo que resulta necesario nombrar la pérdida, ubicarla en el discurso y buscar formas de poder elaborar nuevas representaciones del yo y del cuerpo. Es importante, dado la

imposibilidad de restituir aquella falta, recomponer su red de significantes que permita al sujeto continuar deseando.

### **3.3 Duelo por amputación**

Desde el psicoanálisis, el duelo por amputación no se reduce a la tristeza o a la adaptación funcional posterior, sino que implica una elaboración subjetiva frente a una pérdida real que atraviesa el cuerpo y el deseo, comprometiendo profundamente su economía psíquica. En este sentido, Freud (2003a) planteó que el duelo surge cuando “el yo se da cuenta de que el objeto ya no existe más y que, por tanto, debe abandonarlo libidinalmente” (p. 244).

En el caso de la amputación, ese objeto perdido no es externo, sino parte del propio cuerpo, con toda la carga simbólica, narcisista y libidinal que ello conlleva. Por lo tanto, es importante considerar que el duelo por amputación no siempre se presenta de forma visible o lineal. Debido a que, la dificultad de desligarse de esa parte del cuerpo puede generar estados de melancolía, angustia, síntomas físicos como el fenómeno del miembro fantasma, retracción social, inhibiciones o incluso conductas de negación, ya anteriormente mencionados. En esta línea, Freud (2003a) ya advertía al señalar que, frente a ciertas pérdidas, el yo puede “identificarse con el objeto perdido, haciendo suyas las características del objeto y dirigiendo sobre sí la agresión que le correspondía” (p. 249).

En adición, el vacío que deja un miembro amputado no puede ser completamente llenado por la prótesis o la rehabilitación funcional, ya que lo perdido se aloja en el campo del deseo y del significante. Según Pelegrí y Romeu (2011):

El cuerpo dañado no puede ser comprendido solamente desde la reparación médica o quirúrgica. En muchos casos, este cuerpo herido porta una pérdida simbólica, un quiebre en la continuidad del yo corporal que afecta al sujeto en su construcción de sentido. (p. 135)

Es en este punto donde el duelo por amputación se vuelve una tarea singular: el sujeto debe resignificar la ausencia, encontrar un nuevo lugar para su cuerpo y para su deseo. Por ende, la reconstrucción simbólica es especialmente compleja en casos de amputación, ya que se trata de una castración real, inscrita en el cuerpo, que requiere

un reordenamiento para que el sujeto no quede atrapado en una escena de pérdida sin resolución.

Por otro lado, la clínica muestra que en muchos casos la persistencia del miembro fantasma no solo responde a mecanismos neurológicos, sino también a una fijación libidinal al objeto perdido. Como plantea Vasquez (2023), “el cuerpo amputado porta la marca de una pérdida que no siempre se simboliza, quedando anudada al síntoma” (p. 54). En este sentido, el trabajo de duelo por amputación puede devenir un campo privilegiado para la escucha analítica, donde el síntoma indique no solo lo que se perdió, sino lo que aún permanece activo en el inconsciente.

Desde la perspectiva lacaniana, la amputación puede leerse como una confrontación del sujeto con la castración real, en tanto aparece un vacío que desbarata la completud imaginaria del cuerpo. Lacan (2006a) señala que “el cuerpo propio es una construcción imaginaria que se arma sobre el fondo de una falta” (p. 97). De ahí que, para algunos sujetos, el duelo no sea simplemente aceptar la pérdida, dado que en la amputación, al poner en evidencia esa falta, introduce un real que no puede ser completamente simbolizado.

Cabe mencionar que, el acompañamiento clínico en estos casos debe permitir que el sujeto diga algo sobre su pérdida, que no quede encerrado en el silencio del dolor físico o en la lógica médica de la rehabilitación. Como subraya Vasquez (2023), “la intervención clínica en amputación debe propiciar espacios donde el sujeto reescriba su historia corporal y reconstituya su imagen a partir del significante” (p. 58). De este modo, la escucha analítica se vuelve un recurso clave para la tramitación simbólica de dicho duelo.

En conclusión, el duelo por amputación es, entonces, una experiencia limítrofe donde el sujeto se confronta con una pérdida de sí, con una castración encarnada, y con la necesidad de reorganizar su deseo a partir de una nueva imagen corporal. Su abordaje clínico requiere una mirada que no reduzca el sufrimiento al plano médico o funcional, sino que abra un espacio para que la palabra, el cuerpo y el dolor subjetivo encuentren un lugar de elaboración.

### 3.4 Lo sintomático del duelo; Duelo patológico

En la obra de Freud “*Duelo y melancolía*”, se hace la distinción entre un duelo considerado “normal” y una versión patológica del mismo, denominada como melancolía. En dicho texto, Freud (2003a) describe el duelo como un proceso que “se consume a sí mismo luego de desligar la libido del objeto perdido, permitiendo al yo quedar nuevamente libre para investir nuevos objetos” (p. 244). Sin embargo, esta lectura del duelo como un trabajo de desligamiento progresivo no abarca las manifestaciones sintomáticas que pueden instalarse allí donde el proceso queda detenido, se desvía, o no es tramitado o subjetivado como ha sido propuesto en esta investigación.

Por ende, el duelo puede convertirse en una vía de formación sintomática cuando el sujeto se mantiene fijado al objeto perdido, rehusando o rechazando la operación de separación. Como sostiene Vargas (2023), “en el duelo entran en juego, por lo menos, tres cuerpos: el cuerpo del objeto perdido, el cuerpo del supérstite y el cuerpo social” (p.3). Este entrecruce pone en evidencia que el duelo no es únicamente una vivencia subjetiva del dolor, sino un entramado simbólico que afecta tanto al cuerpo individual como al vínculo con los otros.

Desde esta perspectiva, se torna legítimo preguntarse sobre lo sintomático del duelo. Lacan (2007b), ofrece una clave para esta lectura al afirmar que “síntoma es aquello que es analizable” (p. 332). De este modo, cuando el duelo no es solo una respuesta al dolor por la pérdida, sino que se mantiene como un anclaje libidinal a un objeto perdido, puede constituirse como una formación del inconsciente.

Sobre algunos síntomas del duelo, Freud (2003a) plantea que “la pérdida del interés por el mundo exterior, la incapacidad de escoger un nuevo objeto amoroso, y el extrañamiento respecto de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto” (p. 242). Aunque estos síntomas podrían parecer comunes durante el proceso normal, en otros casos, estos mecanismos pueden devenir en patológicos, como sucede en la neurosis obsesiva, donde la ambivalencia se articula como autoacusación. Freud (2003a) plantea que “El conflicto de ambivalencia presta al duelo una conformación patológica y lo compele a exteriorizarse en la forma de unos autorreproches” (p. 248).

Cabe mencionar que, el trabajo clínico con pacientes en duelo —como puede ser el caso de sujetos que han perdido una parte o miembro de su cuerpo por amputación— revela la dimensión ética que implica este proceso. Tal como subraya Vargas (2023), “el duelo, lejos de responder a un trabajo que se desarrolla naturalmente hasta su consumación, implica una decisión subjetiva que no es sin la dificultad de no querer abandonar la posición libidinal” (p. 9). Esta resistencia ante el desprendimiento del objeto perdido sitúa al sujeto en una posición de suspensión, donde puede instaurarse una clínica del síntoma.

En esta línea, Lacan (2006c) introduce una lectura fundamental del duelo al afirmar que “sólo estamos de duelo por alguien de quien podemos decirnos: yo era su falta” (p. 155). Esta afirmación destaca la dimensión estructural del duelo: no se trata solo de perder a alguien amado, sino de perder la función que ese Otro cumplía para el sujeto. El dolor, entonces, no se debe únicamente a la ausencia, sino a lo que dicha ausencia revela del lugar que el sujeto ocupaba en la economía del deseo del Otro.

Por ello, la posición subjetiva frente a la pérdida no puede ser obviada en la clínica del duelo. Allouch (2006), nos dice “Que el duelo sea llevado a su estatuto de acto. [...] El acto es capaz de efectuar en el sujeto una pérdida sin compensación alguna, una pérdida a secas” (p. 9). Con esta idea, el autor propone pensar el duelo como un acto, donde el sujeto decide —o no— desligarse del objeto, es decir, poder observar el duelo desde una dimensión voluntaria.

Es así como, la postergación o negativa de esta decisión es la que da lugar a lo que algunos autores denominan duelo melancolizado, un estado en que “los síntomas permanecen porque dicha decisión subjetiva no ha sido tomada” (Vargas, 2023, p. 10).

Además, autores como Pelegrí y Romeu (2011) han señalado que el duelo, lejos de entenderse como un estado patológico en sí mismo: “no es una enfermedad sino un proceso normal del aparato psíquico. De allí que del sujeto que está en duelo suele decirse: No está enfermo, está de duelo” (p. 137). Esta diferenciación permite delimitar la diferencia entre el duelo como proceso estructurante y el duelo que se cronifica por resistencias internas o por la imposibilidad de simbolización.

Es así que, como proponen Pelegrí y Romeu (2011), el duelo implica “realizar un proceso psíquico de reconstrucción simbólica íntimamente ligado al paso del sujeto

por la castración” (p. 133). En este sentido, el duelo patológico puede considerarse una detención en esa reconstrucción, donde el sujeto se rehúsa a atravesar la pérdida como marca constitutiva, quedando fijado al objeto ausente en una dinámica de repetición que alimenta el sufrimiento.

En síntesis, estas aportaciones enriquecen la lectura psicoanalítica del duelo como un fenómeno que excede la tristeza reactiva, situándose en el eje de lo estructural del deseo y de la falta. Considerando que, el duelo puede devenir síntoma cuando se cristaliza una imposibilidad de elaborar la pérdida, es decir, cuando el sujeto queda atrapado en el goce de lo perdido, manteniendo viva una escena que no se resignifica, sino que se repite. Sin embargo, por fuera de ser un mero proceso lineal, su manifestación puede tornarse patológica cuando el sujeto mantiene un estado de duelo prolongado, que obstruye su funcionalidad y el lazo con los otros.

## **Capítulo 4: Metodología**

### **4.1 Enfoque**

En la presente investigación se adoptó un enfoque metodológico cualitativo, considerado a este como el más adecuado para explorar en profundidad los procesos subjetivos implicados en el duelo por amputación. Este tipo de enfoque permite aproximarse a las experiencias de los pacientes desde su propia perspectiva, atendiendo a la singularidad de cada relato y a la complejidad de los significados que se construyen en torno a la pérdida.

Desde el marco del psicoanálisis, el miembro amputado no se reduce a su dimensión anatómica, sino que está cargado de representaciones, significantes y vínculos libidinales que forman parte de la identidad corporal del sujeto. En este sentido, la investigación cualitativa resulta idónea para captar cómo se elabora la simbolización de la ausencia, cómo se reinscribe el cuerpo en la experiencia subjetiva y de qué manera el paciente resignifica su imagen corporal tras la pérdida.

Además, esta metodología posibilita un análisis profundo de las emociones —tristeza, ansiedad, ira y duelo— y de las narrativas que las sostienen, reconociendo que tales manifestaciones son profundamente personales y están atravesadas por factores culturales, sociales y biográficos. La recolección y el análisis de datos cualitativos hacen visible el tejido simbólico que articula la vivencia de amputación, permitiendo comprender cómo el vacío dejado por el miembro perdido se integra, o no, en la trama del deseo.

En concordancia, “la investigación cualitativa es un enfoque esencial en diversas disciplinas académicas y campos profesionales, ya que trata de comprender e interpretar los significados, las experiencias y las realidades sociales de las personas en sus entornos naturales” (ATLAS.ti, s.f., párr. 1).

### **4.2 Paradigma**

La selección del paradigma de esta investigación se enmarcó en el interpretativo, el cual se orienta a comprender el significado que los sujetos otorgan a sus experiencias y a los fenómenos que atraviesan, más que a establecer relaciones causales o

generalizaciones estadísticas. Este paradigma parte de la premisa de que la realidad social y subjetiva no es una entidad objetiva e independiente, sino que es construida y reconstruida constantemente a través de los procesos de interpretación de los propios actores sociales.

El paradigma interpretativo permitió acceder a cómo los pacientes hospitalizados llegan a darle sentido a la pérdida de un miembro, buscando poder adaptarse a una nueva realidad de su vida y de su imagen corporal. Dado que el enfoque es adaptable, se pudo precisar la investigación con la situación particular de cada paciente.

Krause (1995) menciona que “en el paradigma interpretativo la tarea del investigador científico es estudiar el proceso de interpretación que los actores sociales hacen de su ‘realidad’.” (p. 40). Es por ello que el análisis busca la comprensión de los significantes que se construyen por parte de los sujetos, como los recursos simbólicos y defensivos, con el fin de poder afrontar la amputación

### **4.3 Método**

Se empleó el método descriptivo, considerado el más pertinente, para explorar de manera exhaustiva las experiencias subjetivas asociadas al duelo por amputación en pacientes internados en un contexto hospitalario. Este método se orienta a detallar y caracterizar fenómenos tal como ocurren en su contexto natural, sin manipular variables, lo que resulta especialmente valioso en entornos clínicos donde las condiciones éticas y de cuidado limitan la posibilidad de intervenciones experimentales.

En un centro hospitalario la prioridad es cuidar la salud física y emocional de los pacientes. Por ellos se utilizó el método descriptivo, ya que permitió recopilar información importante, con datos auténticos que muestran lo que viven los pacientes. El enfoque permitió poder acompañar al paciente ante su estado emocional durante su proceso de amputación. No se centra solo en lo físico, sino también en el duelo que atraviesa el sujeto.

Se eligió este método porque ayuda a comprender de manera más eficaz las emociones y los significantes que se manifiestan durante aquel proceso. A través de

entrevistas y observaciones clínicas se pudo observar diferentes formas y factores que presenta cada paciente que resultan útiles para el uso de la clínica.

Es por ello, que el método descriptivo aportó información de gran valor para poder orientar las intervenciones psicológicas en un hospital. Tal como señalan Sampieri et al. (2018) “la investigación descriptiva busca especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (p. 92).

#### **4.4 Técnicas de recolección de información**

Para el desarrollo de esta investigación, se emplearon diversas técnicas de recolección de información que permitieron obtener una comprensión profunda y matizada del fenómeno del duelo por amputación en pacientes hospitalizados. La elección de estas técnicas se hizo con la finalidad de poder asociar la teoría con la práctica, para poder lograr un análisis más sólido y funcional para la clínica.

Primero, la revisión bibliográfica fue clave para poder ubicar el estudio dentro del marco teórico, reconocer aquello que no se ha investigado y poder justificar la importancia de la investigación. Revisar los aportes que se han estudiado previamente sobre los procesos subjetivos en pacientes amputados, permitió comparar y obtener aprendizajes que se pueden aplicar durante la práctica clínica. Como afirman Sampieri et al. (2014), “la revisión de la literatura consiste en detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que pueden ser útiles para los propósitos del estudio” (p. 61). Esta práctica aseguró que el trabajo estuviese respaldado por hallazgos previos y teorías relevantes, aportando rigor académico y profundidad analítica.

En segundo lugar, se recurrió al estudio de casos, técnica que permitió examinar casos específicos que ilustran situaciones singulares de pacientes en duelo por amputación, lo que permitió identificar patrones en las respuestas emocionales, simbólicas y comportamentales de los pacientes. Según Arroyo et al. (2023), un estudio de caso cualitativo es una estrategia de indagación que “implica una investigación en profundidad de un fenómeno en su contexto real” y “ofrece a los investigadores la oportunidad de comprender en profundidad detalles intrincados que podrían no ser tan evidentes o accesibles mediante otros métodos de investigación” (p. 1).

Se puede considerar que las técnicas utilizadas brindaron una mirada completa al objeto de estudio, permitiendo la integración entre la teoría psicoanalítica y la práctica clínica, en la que hubo solidez para analizar los procesos subjetivos en el duelo por amputación.

#### **4.5 Instrumentos**

En el marco de esta investigación, se utilizaron dos tipos principales de instrumentos que permitieron la recolección y análisis de información de forma rigurosa y coherente con el enfoque cualitativo adoptado.

En relación a la bibliografía empleada, se utilizó artículos científicos, capítulos de textos, y otros tipos de fuentes que aportaron a los antecedentes y marco teórico, considerando los conceptos, propuestas, y otros elementos que enriquecieron el estudio del fenómeno en esta investigación. Tal como señalan Sampieri et al. (2018), “los instrumentos son recursos que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente” (p. 233), lo que resalta la importancia de su selección y adecuación a los objetivos del estudio.

En segundo lugar, se implementó el estudio de casos elaborados a partir de las prácticas preprofesionales realizadas en un hospital de Guayaquil. Estos casos, contruidos a partir de intervenciones reales durante la atención a pacientes en proceso de duelo por amputación, recogieron descripciones detalladas de las interacciones, manifestaciones emocionales y recursos simbólicos desplegados por los sujetos.

Cabe mencionar, que hubo la revisión y supervisión profesional de orientación psicoanalítica durante la construcción de cada caso presentado. Es así que, los instrumentos utilizados posibilitaron el manejo y articulación de información teórica y clínica.

#### **4.6 Población y muestra**

La población de estudio estuvo conformada por pacientes en proceso de duelo debido a amputaciones, quienes se encontraban internados en un hospital de Guayaquil. Esta población es especialmente relevante para la investigación, ya que permite analizar de manera directa los aspectos subjetivos y emocionales que

atraviesan propiamente estos durante el duelo, lo que contribuye a comprender mejor sus necesidades y a desarrollar estrategias de acompañamiento psicológico adecuadas.

En relación a la muestra, se realizó un trabajo con pacientes que cumplían ciertas consideraciones, como haber estado internado en el hospital durante el desarrollo de la investigación y recolección de información, así como estar atravesando un tratamiento quirúrgico de amputación. De esta manera, esta fórmula ayudó al estudio de las experiencias subjetivas de cada paciente, asegurando los datos de modo fidedigno. Como señalan Sampieri et al. (2018), “la muestra en la investigación cualitativa se selecciona con base en criterios que permitan comprender el fenómeno en profundidad, más que en su representatividad estadística” (p. 98).

## **Capítulo 5: Presentación y Análisis de resultados**

En relación al objetivo general de nuestra investigación, y considerando la metodología previamente planteada, en este capítulo se exponen los resultados obtenidos a partir del análisis de los casos elaborados durante la práctica preprofesional. Dichos casos constituyen la base empírica desde la cual se examinan los procesos subjetivos vinculados al duelo por amputación, permitiendo un diálogo entre la experiencia clínica y los referentes conceptuales del psicoanálisis. Por ello, este ejercicio analítico permite comprender la manera en que la pérdida de un miembro afecta la organización subjetiva, la simbolización del cuerpo y las dinámicas de elaboración del duelo.

### ***Caso: La adaptación de nuevas capacidades***

#### **Resultados**

El caso de la paciente A, evidenció como la proximidad de una amputación generó una crisis subjetiva. Ella presentaba pérdida de apetito, insomnio y llanto durante la entrevista. Todo esto se presentaba por un sufrimiento que no se reducía a dolor físico sino a un malestar ligado al sentido que tenía su vida.

Es por ello que es importante cuando ella expresó “Yo no quiero perder la pierna porque no sé si pueda volver a trabajar”. Al decir eso, condensó la urgencia subjetiva, en la que se presentó un padecimiento simbólico. Para A, perder la pierna significa perder su lugar en el mundo laboral, que formaba parte de su identidad.

La paciente A mostró resistencia frente a la cirugía, por el temor de una discontinuidad de su vida cotidiana y su función social. Sin embargo, tras la escucha, y la intervención, se logró recordarle su capacidad de adaptación tras una hospitalización anterior, lo que emergió un cambio en su posición. A, luego de aquella intervención, se mostró más tranquila y se implicó en el proceso de recuperación.

#### **Análisis**

El caso presentado permitió comprender que la urgencia subjetiva en torno a la amputación de A no se jugaba únicamente en la inmediatez biológica de la infección, más bien se da la angustia de cuando lo real del cuerpo irrumpe y obliga una

reconfiguración de identidad. En A, la negación a aceptar la cirugía se vinculaba a la falta de un significante que la sostuviera como trabajadora o como alguien “capaz”.

Esto reafirma lo planteado por Seldes (2019) quien sostiene que la urgencia “saca al sujeto de sus rutinas y lo fuerza a elaborar una nueva relación con lo real” (p. 19). La paciente presentaba pérdida de apetito, falta de sueño, lo que se puede leer como una respuesta somática de aquello que aún no puede simbolizarse.

Así mismo, se señala que el cuerpo también es un espacio de inscripción significativa, es decir, en A la pierna no solo se presentaba como un miembro funcional, sino un soporte simbólico de su lugar como trabajadora.

Finalmente, el efecto clínico más relevante fue que la escucha permitió a A desplazar su posición subjetiva, pasando de la angustia ante la pérdida, hacia la implicación al proceso médico, buscando nuevas formas de adaptación. Se puede evidenciar como durante el proceso duelo por la pérdida de un miembro no solo implicaba en A la aceptación de un límite corporal, también requería de la reconstrucción simbólica que permita al sujeto reinscribirse en su entorno.

### ***Caso: La paz del corte***

#### **Resultados**

El caso de la paciente S, mujer de 47 años recientemente amputada, permitió observar la dificultad del duelo frente a la pérdida de un miembro. Se llegó a destacar que para S hubo una sensación de “paz” luego de la cirugía debido al dolor físico que aquejaba anteriormente. Así mismo, comentó que aceptaría nuevamente la amputación si fuera necesario, priorizando su vida antes que la extremidad.

Por otro lado, la paciente describe las sensaciones de hormigueo, incomodidad e ilusión de que aún tiene la pierna amputada, lo que no le permitía conciliar el sueño y descansar adecuadamente. Este es el fenómeno del miembro fantasma que se explicó anteriormente. Se puede llegar a pensar este fenómeno como parte del proceso subjetivo del duelo, en el que el cuerpo simbólicamente aún conserva la parte perdida.

En una segunda sesión, S manifestó angustia tras recibir la noticia del alta médica. Expresaba su deseo de permanecer hospitalizada hasta el retiro de los puntos de sutura.

Claramente, como lo menciona S, hay un miedo de enfrentar las complicaciones postquirúrgicas y el posible dolor que ya vivió antes de la amputación.

Finalmente, S mencionó la posibilidad de acceder a una prótesis, mostrando apertura hacia una reconfiguración de su vida tras la pérdida del miembro. Sin embargo, se debió divulgar más acerca del miedo de su retorno a su hogar.

### **Análisis**

El caso de S evidenció que el duelo por amputación implica un proceso subjetivo complejo en el que se entrelaza el cuerpo, lo simbólico y el lazo con el Otro. Es interesante, como la paciente mostró en su discurso mucha paz y gratitud, lo cual puede interpretarse como una primera elaboración simbólica: Al reconocer que aquella amputación fue para preservar la vida, dándole sentido a la intervención médica.

El fenómeno del miembro fantasma, manifestó la persistencia de la extremidad en el registro simbólico e imaginario, a pesar de que en lo real estaba extirpada. Es importante considerar que el cuerpo se constituye mediante la inscripción de significantes y este fenómeno reafirma que el duelo no puede comprenderse únicamente desde la medicina, sino también desde el impacto que genera en la constitución subjetiva.

Por otra parte, el hospitalismo en S reflejó una modalidad de resistencia hacia el enfrentamiento del dolor presentado antes de la intervención y la reinscripción social y familiar. Se considera que en este caso el hospital operó como refugio frente a la angustia, pero también como obstáculo para poder iniciar aquel proceso de reintegración. El presente caso aporta nuevas ideas, al evidenciar que la aceptación de la amputación puede coexistir con dependencia institucional y con el fenómeno del miembro fantasma. Por lo que se afirma que el duelo no es lineal y se manifiesta en distintas formas.

Finalmente, la elaboración del duelo no depende únicamente de la pérdida física, sino de qué manera el sujeto logra resignificar su relación en el cuerpo, su estada en el hospital y las aspiraciones o deseos del futuro.

### **Caso: *Del gesto al Deseo***

## **Resultados**

El caso de la paciente A, adulta mayor de 84 años, permitió observar cómo los procesos subjetivos se articularon en torno al duelo por amputación. En el primer encuentro, antes de conocer la decisión médica, la paciente desplegó un relato biográfico cargado de significantes que estructuraban su identidad: se describió a sí misma como “soberbia” y “resabiada”, aludiendo a una resistencia sostenida frente a los controles médicos. A nivel corporal, un gesto particular se repetía durante su narración: extender la mano abierta, como si recibiera una tarjeta. Este gesto apareció asociado a las oportunidades laborales que marcaron su vida, configurándose como un signo de memoria y de convocación del Otro.

Posteriormente, tras la amputación, la paciente retomó el hilo conversacional y expresó un deseo explícito de cambio, señalando que quería dejar de ser “resabiada y soberbia”. Finalmente, la intervención se vio interrumpida abruptamente debido a su descompensación clínica y desaparición del hospital, dejando una ausencia que operó como huella en la transferencia.

## **Análisis**

Este caso permitió comprender que el duelo por amputación no se limita a una pérdida física, sino que involucra una compleja reconfiguración subjetiva. Los resultados revelaron que los significantes “soberbia” y “resabiada” funcionaron como marcas narcisistas que estructuraban el modo en que la paciente se posicionaba frente a su enfermedad. Freud (2003a) había planteado que “el yo se constituye a partir de investiduras libidinales que, en su retorno, lo convierten en objeto de sí mismo” (p. 91), lo cual se evidenció en la forma en que A sostenía una autoimagen rígida que atravesaba su modo de vincularse con el tratamiento.

Por otro lado, el gesto repetido de extender la mano se interpretó como una representación de la relación de A con el Otro. Lejos de ser una mera acción motriz, se trató de un signo cargado de memoria simbólica que daba cuenta de cómo el cuerpo se instituye como superficie de inscripción de significantes. Lacan (1984) señalaba en este sentido que “el cuerpo, lejos de ser una sustancia biológica, se constituye como superficie de inscripción de los significantes” (p. 116). El resultado de este hallazgo

reafirmó el rol central del cuerpo como soporte de historia y no únicamente como objeto biológico afectado por la amputación.

Asimismo, la amputación introdujo un acontecimiento real que posibilitó un movimiento subjetivo: la emergencia de un deseo de transformación. Es por ello que en A, la pérdida no se redujo al dedo amputado, sino que habilitó la apertura hacia un reposicionamiento frente a su propia historia, aunque interrumpido por la fragilidad de su salud.

Es importante hacer mención de la ausencia de la paciente en la última sesión, simbolizada por la cama vacía, ya que se evidenció que la transferencia también juega una lógica en la falta, y no solo en la presencia del sujeto.

Finalmente, este caso permitió observar que en el duelo se trabaja tanto con significantes narcisistas como con gestos que sostienen la memoria simbólica del sujeto. Además, como aporte a la teoría psicoanalítica, con este caso se reafirmó que la transferencia, al igual que el duelo, cuando es interrumpida deja una huella en el lazo analítico.

### **Caso: *El objeto enfrascado***

#### **Resultados**

El caso de L, hombre de 73 años hospitalizado por la amputación de un dedo, permitió observar la complejidad de los procesos subjetivos implicados en el duelo por amputación. Desde las primeras verbalizaciones —“Siento que me falta algo, tengo algo menos”— se evidenció que la pérdida trascendía lo anatómico, comprometiendo su imagen corporal y su percepción subjetiva de sí mismo. Durante la hospitalización, manifestó una vivencia de desarraigo respecto a su hogar y, a nivel simbólico, expresó el deseo de conservar su dedo amputado en un frasco. Su motivación se orientaba tanto a mantener un lazo con lo perdido como a exhibirlo ante los demás como advertencia preventiva. Este pedido fue negado por el equipo médico, lo que llevó a L a aceptar la imposibilidad de conservar el fragmento.

#### **Análisis**

Este caso posibilitó comprender cómo la amputación no solo implica la pérdida física de un miembro investido libidinalmente, sino también la afectación directa de la imagen corporal y del narcisismo del yo.

La peculiar demanda de L, de conservar en un frasco el dedo amputado, fue interpretada como un intento de negación a la ruptura del vínculo con el objeto perdido. Desde el psicoanálisis, es posible entender este deseo desde la lógica del fetiche, a propósito de que se adjudicará un valor simbólico al objeto amputado para perpetuar un lazo. Lacan (2007b) sostenía que “el objeto a es el resto de la operación significativa, aquello que no se integra pero que sostiene el deseo” (p. 690). En L, el dedo amputado representaba al mismo tiempo la falta y la posibilidad de poder darle un sentido.

Por otro lado, resulta importante considerar que L no buscaba guardar la pérdida para sí mismo, más bien, deseaba convertirla en un signo visible y compartirlo a los demás. Esto mostró que se ubicaba en una posición de saber sobre la pérdida, buscando darle un sentido que fuera más allá de lo personal.

Además, la experiencia hospitalaria y la espera del alta introdujeron un momento de transición, en el que el paciente debía reorganizar su vida cotidiana a partir de la huella de la pérdida. En el caso de L, la amputación afectaba directamente esa superficie yoica, y el trabajo de duelo consistía en reconfigurar la representación de su cuerpo y su lugar en el mundo.

En conclusión, el caso agregó un aporte significativo, debido a que reveló como el duelo por amputación implica singularidades en el duelo atravesado por cada sujeto. El deseo de L, muestra una forma posible de buscar darle un registro simbólico a la pérdida, con el fin de no separarse del miembro amputado. Los hallazgos confirmaron la importancia de entender la amputación como una castración real que activa procesos de duelo particular en cada sujeto. Además, se ve presente los mecanismos de defensa, el valor de la transferencia y las dificultades de llegar a simbolizar tras esta pérdida, aportando nuevos matices para comprenderlo.

En conjunto, el análisis realizado no solo valida el marco teórico propuesto, sino que amplía las posibilidades de intervención clínica al situar al paciente no únicamente como un cuerpo dañado, sino como un sujeto que, en el tránsito de su duelo, busca reconfigurar su deseo y su vínculo con el propio cuerpo.

## CONCLUSIONES

La investigación permitió comprender que los procesos subjetivos del duelo por amputación en pacientes internados en hospitales no se reducen a la aceptación de la pérdida física, sino que implican un conjunto de significantes que afectan al sujeto en su identidad, en la relación que tiene con su cuerpo y en el vínculo con el Otro. A través del análisis de casos fue posible determinar que para los pacientes la amputación no se vive solamente como procedimiento médico, sino como irrumpe en la continuidad de su vida, que puede llegar a generar un quiebre en la forma en la que se identificaban.

Los resultados reafirman que desde una perspectiva psicoanalítica, el duelo implica un proceso subjetivo en el que se debe resignificar el objeto perdido para sostenerse frente a la falta. El objeto de pérdida no es solo la extremidad física, sino también las identificaciones y representaciones que se articulaban alrededor de ella. La experiencia clínica permitió que los pacientes reduzcan su angustia y una implicación en la elaboración de posibles formas de adaptación tras la pérdida.

De esta manera, el objetivo general se cumplió al aportar una comprensión clínica de los procesos subjetivos del duelo por amputación, así mismo muestra que la labor del psicólogo no solo consiste en contener, sino en posibilitar la emergencia de significantes que permitan al paciente reinscribirse. La investigación reafirma los postulados teóricos del psicoanálisis sobre el duelo y la pérdida, además, las amplía al contexto hospitalario.

Por otro lado, la revisión bibliográfica permitió delimitar la noción de los procesos subjetivos desde la perspectiva psicoanalítica, definiéndolo como construcciones singulares que emergen en la relación del sujeto con el lenguaje, deseo y la falta. Los textos utilizados mostraron que lo subjetivo no se reduce a categorías universales, sino que debe comprenderse en su articulación particular con los significantes que sostienen a cada persona.

En el marco de la investigación se posibilitó reconocer que el duelo por amputación no solo se reduce a una reacción emocional o un proceso de adaptación biológica, más bien, como un acontecimiento que borda lo simbólico, imaginario y real del sujeto. De acuerdo con la teoría psicoanalítica, el cuerpo también es una superficie de inscripción

de significantes, por lo que la pérdida también afecta de manera directa a la identidad y a la forma en el que el sujeto se sostiene frente a su entorno.

Así, el análisis bibliográfico permitió reconocer que en los procesos subjetivos se ve implicado la identificación, la simbolización, la elaboración del duelo y la posibilidad de reinscribir la falta en la trama de la vida. Se puede determinar que el marco teórico ofrece recursos conceptuales para la aportación clínica, brindando una mirada que difiere del campo médico o biológico.

En adición, en el transcurso de la práctica clínica preprofesional, realizada entre octubre de 2024 y agosto de 2025 en un hospital de Guayaquil, se observa explícitamente cómo los procesos subjetivos surgen, se tensionan o se silencian en el contexto hospitalario, especialmente frente a una experiencia intensa y compleja como lo es la amputación de un miembro.

El contexto detallado está condicionado por un enfoque biomédico que prioriza la urgencia, la eficiencia de la atención y la resolución de la enfermedad. En este marco, el cuerpo del sujeto suele ser tratado como un objeto divisible, intervenible y medible, llegando a compararse con un maniquí anatómico “silenciado, sin voz”, en el que la subjetividad pierde protagonismo.

Por otro lado, el área de cirugía vascular se caracteriza por abordar afecciones severas del sistema circulatorio, en las que la amputación aparece como última alternativa terapéutica. Por tanto, la experiencia de la pérdida de un miembro no se inscribe únicamente en el cuerpo físico, sino que impacta de manera profunda en la imagen corporal, el narcisismo y la organización subjetiva del paciente.

Además, este enfoque biomédico contrasta con la perspectiva psicoanalítica, donde el cuerpo y su rol no se reducen a lo orgánico o biológico, sino que se conciben como una superficie —o borde— de inscripción simbólica y pulsional. Como superficie, porque en él se instauran los significantes, las huellas del lenguaje y las marcas del deseo del Otro.

Aunque una de las limitaciones de la práctica está relacionada con la poca extensión de encuentros con los pacientes, es posible detectar manifestaciones del sujeto en el lenguaje, en los silencios o en el rechazo a la prótesis, como signos de dificultad para

simbolizar la pérdida. Esto se hace evidente en expresiones como: “la pierna o la vida”, “la parte muerta”, “me lo cortaron”, que muestran el intento de desarraigarse subjetivamente del cuerpo perdido, el cual, para algunos, aparece como ajeno, fuera del yo.

Desde la teoría freudiana, el cuerpo es sede del goce y del conflicto. Por ello, el dolor en el miembro ausente puede remitir a un retorno de lo reprimido, una insistencia de lo pulsional en el cuerpo simbólicamente partido, lo que posteriormente se desarrolla en relación con el fenómeno del miembro fantasma descrito por el discurso médico.

La pérdida de un miembro afecta directamente la imagen corporal. Por lo tanto, una amputación puede producir una ruptura insostenible en la estructura narcisista del sujeto. Esto se observa en frases como “ya no soy el mismo de antes”, “ahora soy inválido”, “estoy incompleto”. En estos casos, la percepción del sujeto sobre su cuerpo deja de ser integradora y se convierte en una fragmentación del yo.

En el ámbito clínico también se identifican mecanismos de defensa activos, como la negación, la cual se hace evidente en pacientes que dicen: “todo está bien” o “estoy tranquilo, no pasa nada”, aun cuando el deterioro y el impacto emocional y físico son notorios. Asimismo, se manifiesta una contradicción o clivaje, ya que el sujeto puede mantener un discurso de aceptación mientras el cuerpo expresa sufrimiento.

La intervención clínica, o evaluación psicológica, como se denomina en el lugar de prácticas, aunque limitada en tiempo y frecuencia, permite alojar elementos significativos en el discurso de los pacientes tratados. Es así que, una verdadera escucha analítica ofrece un espacio para que el sujeto se inscriba a partir de su decir, es decir, que transite del decir al dicho y del dicho al hecho. En algunos casos, una pregunta oportuna o un silencio sostenido posibilitan iniciar la elaboración simbólica del duelo, enriqueciendo el desarrollo de los procesos subjetivos.

En definitiva, la experiencia clínica muestra que la amputación no puede entenderse únicamente como pérdida física, sino como una ruptura subjetiva que exige un abordaje que incluya al cuerpo simbólico, al deseo y al goce. Escuchar la enunciación del paciente y atender principalmente a su demanda es, en este contexto, una manera

de reconocerlo como sujeto que atraviesa un duelo y no solo como un cuerpo lisiado, otorgándole dignidad en el momento conflictivo que transita.

A partir de lo que se pudo observar, analizar desde lo clínico y lo teórico, se recomienda dar un acompañamiento a los pacientes que atraviesan un duelo por amputación. Es importante poder reconocer la singularidad de cada proceso y que en él suelen aparecer manifestaciones del paciente hacia cómo está afrontando dicho duelo.

En el plano teórico, es pertinente conectar los conceptos del duelo y melancolía con la vivencia corporal de la amputación, con el fin de que el paciente pueda simbolizar aquello que ha perdido y poder buscar una reconstrucción desde la pérdida.

En lo clínico, se recomienda crear espacios donde el paciente pueda sentirse escuchado de manera constante durante su hospitalización. Esto puede llegar a facilitar al profesional en detectar resistencias, retrocesos o bloqueos, y al mismo tiempo ofrecer una contención emocional adecuada a cada proceso que manifiestan los pacientes hospitalizados.

Por último, se reconoce la importancia de que los terapeutas trabajen en equipo y cuenten con espacios de supervisión, para poder tener nuevas miradas tanto del psicoanálisis como de otras corrientes, permitiendo la comprensión y la posibilidad de intervenciones más precisas.

## REFERENCIAS

- Agustina Simone. (2024). El poder del psicoanálisis en la urgencia (1era ed.). Universidad del Aconcagua.
- Alcívar, M., & Alcívar, J. (2019). Los Mecanismos de defensa: una comparación teleológica entre Sigmund y Anna Freud | Perspectivas. <https://revistas.uniminuto.edu/index.php/Pers/article/view/2068/1853>
- American College of Sports Medicine. (2000). Manual de consulta para el control y la prescripción de ejercicio. Badalona: Paidotribo. <https://www.paidotribo.com>
- Arroyo-Rodríguez, A., Amezcua, M., & Orkaizagirre-Gómara, A. (2023). Diez claves para la elaboración de un Estudio de Caso cualitativo. Index de Enfermería, 32(2). Recuperado de <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20235871>
- Aulagnier, P. (1975). La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ávila, M. M., & De la Rubia, J. M. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10(0). [https://doi.org/10.5209/rev\\_psic.2013.v10.41951](https://doi.org/10.5209/rev_psic.2013.v10.41951)
- Carpintero, E. (2025). El Complejo de Edipo como continuidad entre el campo del deseo y el. Topía. <https://www.topia.com.ar/articulos/complejo-edipo-como-continuidad-campo-del-deseo-y-campo-lo-socio-historico-politico>
- Castoriadis, C. (1997). El ascenso de la insignificancia. Barcelona: Tusquets.
- Descartes, R. (2011). Meditaciones metafísicas (G. Graíño, Trad.). Madrid: Alianza Editorial. (Obra original publicada en 1641). [https://www.alianzaeditorial.es/primer\\_capitulo/meditaciones-metafisicas.pdf](https://www.alianzaeditorial.es/primer_capitulo/meditaciones-metafisicas.pdf)
- Díaz Agea, J. L., Leal Costa, C., & Gómez García, M. (2013). El sufrimiento de las personas amputadas: Un enfoque etnográfico con aplicaciones psicoterapéuticas. Revista de Psicología de la Salud (New Age), 1(1), 25–55. <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/887/1232>

- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162–167. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72706-6](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72706-6)
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Dominios Institucionales – UCSG. (s/f). Edu.ec. Recuperado de <https://www.ucsg.edu.ec/institutos/institutos-icseha/dominios-institucionales/>
- Eric Laurent (2018, Abril) “Psicosis ordinarias y otras bajo transferencia”. XI Congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.
- Evans, D. (2007). *Diccionario introductorio de psicoanálisis Lacaniano*. Editorial Paidós SAICF.
- Freud, S. (2003a). Duelo y melancolía. En *Obras completas* (Vol. XIV, pp. 241–258). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2003b). Tres ensayos de teoría sexual (J. Etcheverry, Trad.). En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (Vol. VII, pp. 125–245). Buenos Aires: Amorrortu. (Obra original publicada en 1905)
- Freud, S. (2006a). El yo y el ello (1923). En *Obras completas* (Vol. XIX, pp. 1–26). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2006b). Introducción al narcisismo (1914). En *Obras completas* (Vol. XIV, pp. 73–108). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2006c). Lo inconsciente (1915). En *Obras completas* (Vol. XIV, pp. 159–214). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2006d). Más allá del principio del placer (1920). En *Obras completas* (Vol. XVIII, pp. 7–64). Buenos Aires: Amorrortu.
- Fuentes Chompol, U. (2021). Duelo y aceptación ante la pérdida de una extremidad de un adulto de 55 años [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Babahoyo]. <https://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/9985/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000433.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- García, A., & García, B. (2012). Síndrome de institucionalización y retorno al hogar: dependencia emocional y síntomas psicológicos. *Revista de Psicología Hospitalaria*, 27(3), 85–95.
- Guerrero-Velazquez, A. (2024). El trauma está en la respuesta. Hacia una visión postcausal en la definición de trauma psicológico. *Revista de Humanidades de Valparaíso*, 26, 75-102. <https://doi.org/10.22370/rhv2024iss26pp75-102>
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (7.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19–39. [https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w23896w/inv\\_cualitat\\_krause.pdf](https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w23896w/inv_cualitat_krause.pdf)
- Lacan, J. (1984). *Escritos 1*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado 1949)
- Lacan, J. (2000). *El seminario, libro XX: Más allá del principio del placer (1972–1973)*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2005). *Seminario I: Los escritos técnicos de Freud (1953–1954)* (A. Rodríguez, Trad.). Paidós.
- Lacan, J. (2006a). De 'Trieb' en Freud y del deseo en el psicoanálisis. En *Escritos 1* (pp. 73–99). Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (2006b). *El seminario 10: La angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2006c). *El seminario, libro 4: La relación de objeto (1956–1957)*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2007a). *El seminario, libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (A. González, Trad.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1973)
- Lacan, J. (2007b). *Seminario 23: El sinthome (1975–1976)* (J. A. Miller, Ed.; A. Rodríguez Huéscar, Trad.). Paidós.
- Lacan, J. (2007c). *Seminario 3: Las psicosis (1955–1956)* (J. A. Miller, Ed.; A. Rodríguez Huéscar, Trad.). Paidós.

- Lacan, J. (2012). Seminario 20: Aún (1972–1973) (T. Dubost, Trad.). Paidós.
- Lander, R. (2020). Sujeto, subjetividad y subjetivismo. <https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/2020-1-tropicos-6.pdf>
- LOH Medical. (s. f.). Amputaciones y problemas de movilidad - Soluciones. <https://www.lohmedical.com/es/soluciones/amputaciones-y-problemas-de-movilidad>
- Mass Torres, L. R., & García Manjarrés, J. E. (2018). Vicisitudes del cuerpo en psicoanálisis. *Revista Psicoespacios*, 12(20), 3–21. <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- Meza Cascante, L. G. (2015). El paradigma positivista y la concepción dialéctica del conocimiento. Instituto Tecnológico de Costa Rica. <https://revistas.tec.ac.cr/index.php/matematica/article/view/2296/2087>
- Miller, J.-A. (2005). El niño, entre la mujer y la madre. *Vertualia*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2022). Informe anual de morbilidad: Enfermedades crónicas y sus complicaciones en Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/estadisticas-epidemiologicas/>
- Naranjo Lama, A. (2005). La noción de sujeto en psicoanálisis: una relectura de la obra freudiana, a propósito del concepto de represión. *Límite. Revista de Filosofía y Psicología*, 1(12), 119–134. <https://www.redalyc.org/pdf/836/83601205.pdf>
- Ocampo, M. L., Henao, L. M., & Vásquez, L. (2010). Amputación de miembro inferior: cambios funcionales, inmovilización y actividad física. Documento de Investigación No. 42. Bogotá: Universidad del Rosario. <https://core.ac.uk/download/pdf/86438821.pdf>
- Parménides. (2024). El poema “Sobre la naturaleza”. En *El Ser y el No-Ser: una exploración filosófica*. Recuperado el 19 de junio de 2025, de *FilosofíaEnLaRed*. <https://filosofiaenlared.com/2024/08/que-es-el-ser-y-el-no-ser/>

- Pelegri Moya, M., & Romeu Figuerola, M. (2011). El duelo, más allá del dolor. Desde el Jardín de Freud, (11), 133–148. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/27228/27505>
- Porta Caballé, A. (2024). El principio mitológico y el origen racional del concepto de 'vacío' en la filosofía presocrática. *Anales del Seminario de Historia de la Filosofía*, 41(3), 515–526. <https://doi.org/10.5209/ashf.90057>
- Quintero Mantilla, M. S. (2019). Acompañamiento psicológico a un adulto mayor en el proceso de duelo por amputación supracondílea: Un estudio de caso. [https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5164/digital\\_36190.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5164/digital_36190.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ramachandran, V. S., & Blakeslee, S. (1998). *Fantasmas en el cerebro: Investigaciones sobre las alucinaciones, la percepción y la conciencia*. Barcelona: RBA. <https://es.scribd.com/document/452784945/V-S-Ramachandran-S-Blakeslee-Fantasmas-en-el-Cerebro-Debate-Madrid-1999-pdf>
- Scarfone, D. (2014). Fantasmas del cuerpo, restos de lenguaje. *Revista Alter*, 2, 91–97. <https://revista-alter.bthemattic.com/files/2014/10/6.-Fantasmas-del-cuerpo-v.-ALTER-2.pdf>
- Schroeder, D. (2006). *Subjetividad y Psicoanálisis. La implicación del psicoanalista*. [www.academia.edu](http://www.academia.edu).
- Secretaría Nacional de Planificación. (2021). Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025. <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creacio%CC%81n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>
- Seldes, R. (2019). *La urgencia dicha (Colección Diva)*. [Buenos Aires]: Paidós. 140p.
- Torija Aguilar, J. (2018). La presencia del sujeto en el pensamiento científico de la cultura occidental. *Revista Filos. Open Insight*. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-24062018000200005&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-24062018000200005&script=sci_arttext)
- Vásquez Silva, M. G. (2021). *Variantes en la imagen inconsciente del cuerpo en sujetos que han sufrido amputaciones* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad

Católica del Ecuador].  
<https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/5acf1d36-72b2-4009-94ce-ddc9a8061ea1/content>

Vázquez Silva, M. G. (2013). Los efectos psico-sociales del miembro fantasma en sujetos que han sufrido una amputación a partir de la teoría psicoanalítica: Estudio de cuatro casos de la Fundación Hermano Miguel en el período de junio a diciembre de 2013 [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCE.  
<https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/f01d1986-d122-40b0-ae38-663c2339f043/content>

Velasco Paredes, T. (2019). Proceso de duelo por amputación en pacientes adultos [Universidad Técnica de Babahoyo].  
<https://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/6720/P-UTB-FCJSE-PSCLIN-000225.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World History Encyclopedia. (2021). Heráclito: Todo fluye.  
<https://www.worldhistory.org/trans/es/2-75/heraclito-todo-fluye/>

Yeyati, E. L. (2022). Trastorno por duelo prolongado: un nuevo diagnóstico en el DSM-5TR. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*.  
<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.179>

Zacharia, I. (2023). Rehabilitación tras la amputación de un miembro. Manuale Merck versión para el público general; Manuales de Merck.  
<https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/fundamentos/rehabilitaci%C3%B3n/rehabilitaci%C3%B3n-tras-la-amputaci%C3%B3n-de-un-miembro>

¿Qué es la investigación cualitativa? (2024, julio 10). ATLAS.ti.

## ANEXOS

- **Casos:**

### **La adaptación de nuevas capacidades**

Me asignan una interconsulta en el área de cirugía vascular en un hospital de la ciudad, debido a una resistencia sobre la intervención quirúrgica por parte de una internada.

Me presento con la paciente A, de 59 años, y le pregunto cuál fue el motivo de su ingreso, ella me comenta que fue ingresada por la aparición de una úlcera en la pierna izquierda. Le pregunto si ha sido diagnosticada anteriormente con alguna condición, y me contesta que a los 2 años fue valorada con polio. Indago acerca de cuán informada está ella de la intervención médica, y me hace saber que hay gran posibilidad de una amputación por cirugía mayor, es decir, era muy probable que le amputen gran parte de su extremidad inferior izquierda.

Le pregunto cómo se ha sentido durante su hospitalización, en medio de lágrimas, expresa que no se esperaba la magnitud de su operación. También me dice que no ha podido dormir, esto debido al dolor que siente por el vendaje que le aprieta. Por otro lado, me comparte que perdió el apetito tres semanas antes de que esté hospitalizada, y le pregunto, por qué cree que se debe eso, y me responde que puede ser por la infección.

Continuo la evaluación preguntándole sobre su trabajo, me comparte que ella trabaja en la parte administrativa de una escuela, en el centro de copiado. Además, averiguo si ha sido hospitalizada con anterioridad, a lo que me contesta que una vez fue operada de la vesícula, estuvo en reposo por un mes y luego regresó al trabajo con normalidad.

Le cuestiono qué es lo que más le consterna de ser operada, esto para saber qué sentido le da la paciente a esta pérdida de un miembro. Me expresa que le preocupa no poder realizar su labor con normalidad, y que por ello no ha dado una respuesta inmediata para que la puedan intervenir, me dice: “Yo no quiero perder la pierna porque no se si pueda volver a trabajar”.

Es en esta frase donde se ubica a la urgencia subjetiva. Dado que, no se trata solo del miedo a una intervención quirúrgica o al dolor físico, sino de una crisis simbólica: la posibilidad de la amputación interpela directamente su lugar en el mundo, su

identidad como trabajadora y su función social. Debido a que, el trabajo no es solo una actividad laboral para A, sino un sostén de su coherencia subjetiva, un punto de anclaje desde el cual se reconoce como capaz, útil y autónoma. La amenaza de perder la pierna no es solo una pérdida corporal, sino un cuestionamiento radical de su continuidad como sujeto funcional en su entorno.

Por ello, la urgencia, en este caso, no reside únicamente en el tiempo biológico de la infección o en el criterio médico, sino en el tiempo del sujeto: en el momento en que el cuerpo, hasta entonces dado por sentado, irrumpe como un real que exige una reconfiguración inmediata. Como señala Seldes (2019) “La urgencia aparece como una ruptura en la línea del tiempo, saca al sujeto de sus rutinas y lo fuerza a elaborar una nueva relación con lo real” (p. 19). En A, esta ruptura se manifiesta como una imposibilidad de decidir: no puede decir “sí” a la cirugía porque no puede imaginar un después, un cuerpo otro, un trabajo otro. Es así que, su angustia no es solo por la pérdida, sino por la falta de un significante que la sostenga en ese nuevo estado.

Además, la pérdida del apetito semanas antes del ingreso, por ejemplo, puede leerse como un primer síntoma de esta crisis subjetiva: el cuerpo ya anticipaba lo que aún no se podía simbolizar. Por tanto, el malestar físico (el dolor del vendaje, el insomnio) se entrelaza con un malestar más profundo: el de no saber qué hacer con un cuerpo que ya no obedece, que ya no encaja en el orden conocido.

Intervengo diciéndole que, así como logró adaptar sus habilidades poco a poco después de una experiencia de hospitalización y reposo médico, así se encuentra en la posibilidad de poder adecuar sus nuevas capacidades a su labor dentro del trabajo, tomando en cuenta que ya tiene experiencia. Antes de retirarme le expreso que considere su decisión, y me despido.

En un segundo momento, saludo y le pregunto a la paciente cómo se siente. A me comparte que se ha tranquilizado un poco y que reconsideró su decisión. Me dice que se siente menos ansiosa y que está dispuesta a implicarse en el proceso y la recuperación.

Con esta experiencia clínica es posible rescatar dos puntos importantes, el primero, es la importancia del espacio de escucha que se le dió a A, lo que permitió entender de mejor forma su malestar. Y el segundo, la precisión surgida en la intervención, la cual resalta los recursos de ella para hacerle frente a lo real de la pérdida de una de sus extremidades, y a la alta posibilidad de adaptación que se puede permitir.

## La paz del corte

Durante la visita a los pacientes del área de cirugía vascular de un hospital en Guayaquil, me acerqué a una paciente para brindarle atención psicológica. La paciente S tiene 47 años y recientemente fue sometida a una operación de amputación. Fue ingresada por una infección en su pie derecho, presentando úlceras y heridas.

Además, la paciente presenta quejas acerca de otras instituciones, mencionando que recibió un trato despreciativo y no le dieron información sobre su estado médico. Parece pertinente preguntar cómo ha conllevado la experiencia en el hospital en el que se encuentra, la amputación y cómo esto ha afectado en su estado emocional. Ella sostiene que siente una sensación de “paz”, refiriendo que ya no experimenta aquel dolor intenso. Añade que “si le volvieran a decir que tiene que ser amputada, no lo dudaría y aceptaría, ya que era su vida o su pierna”. También expresa estar muy agradecida con la intervención médica y el trato recibido, mencionando su deseo de poder abrazar a la doctora que la operó, dado que se ha sentido informada en todo momento sobre su evolución clínica.

Le pregunto cómo recibió la noticia de que perdería una extremidad, y me expresa que sintió enojo por no haber sido evaluada con anticipación en los otros centros de salud. Sin embargo, lo que más enfatiza es que ha estado experimentando el fenómeno del miembro fantasma, explicándome con detalle las sensaciones que atraviesa. Aunque me parece increíble lo que comparte —por estar investigando justamente la particularidad de este caso— trato de mantener el semblante de tratante. Sin embargo, lo que más destaca de este fenómeno es que luego de su cirugía ha permanecido con ella una sensación de incomodidad, describiendo de manera desconcertada que ella siente que aún posee la pierna, y que hay un hormigueo que le impide descansar correctamente, obligándola a moverse en su propia cama, sostiene: *“Es como si se me durmiera la pierna”*. Acerca de esta sensación tan vivida que comparte, no la contradigo o invalido lo que siente, dado que, más allá de la explicación médica-científica, ella psíquicamente está atravesando un proceso de duelo por la extremidad amputada.

En una segunda sesión, S comenta que vive con sus tres hijos, aunque no menciona en ningún momento al padre de ellos. Durante esta visita, manifiesta que no desea irse del hospital. Explica que, en la visita médica, recibió la noticia de que probablemente le darían el alta en dos días, lo cual le generó gran desconcierto. Inmediatamente, pensó

en todo el dolor que había experimentado, desde las curaciones de sus heridas hasta la amputación de su pie afectado.

Agrega que desea permanecer ingresada hasta que le retiren los puntos de sutura, y que, en caso de cualquier complicación, allí podría recibir los cuidados que no están disponibles en su hogar. Intervengo explicando que el proceso de recuperación domiciliaria está acompañado del suministro de medicamentos para el manejo del dolor, y que es necesario iniciar una adaptación al cambio radical que implica la pérdida de su pie, desde el entorno familiar. No obstante, ella responde: “Ya no quiero seguir llorando, solo quiero reír”. Explica también que solo imaginar volver a experimentar todo lo que atravesó antes de la cirugía le genera pánico, miedo y angustia.

A partir de ello, intento orientar las intervenciones hacia el abordaje del síndrome de institucionalización, también conocido como hospitalismo. Este se manifiesta como una “dependencia emocional del entorno hospitalario, dificultad para el regreso al hogar y síntomas psicológicos asociados a la prolongada permanencia institucional” (García & García, 2012, p. 87). El caso de S muestra indicios de esta problemática, al evidenciar un fuerte vínculo con el espacio hospitalario como lugar de contención, seguridad y alivio frente a su experiencia traumática previa.

En la última sesión, S comparte algunos detalles sobre la posibilidad de obtener una prótesis en el futuro. Lo más relevante es que ha logrado aceptar la decisión médica. Sin embargo, considero que, al haber varios elementos posibles para guiar el tratamiento, no logré situar las intervenciones de forma concreta en ninguno. Reconozco que mi propio sesgo pudo haber estado influido por el interés personal en el desarrollo de mi trabajo de investigación.

### **Del gesto al Deseo**

La paciente A, una adulta mayor de 84 años, fue hospitalizada por una infección en el dedo del pie derecho. Su condición de salud requería un procedimiento de amputación, aunque en el momento de la primera entrevista ella aún no había sido informada al respecto.

En el primer encuentro, A compartió un buen recibimiento hacia el tratante. Durante esa sesión, ella estaba en compañía de una de sus hijas, quien optó por solo brindar

escucha durante la conversación. En relación al diagnóstico, la paciente expresó tener cierta responsabilidad, ya que comparte que no se realizó los chequeos adecuados y no mantuvo un tratamiento constante para controlar su la diabetes. En este sentido, A compartió: “yo soy soberbia y resabiada”, refiriéndose a su actitud de resistencia frente al control médico, introduciendo así algunos significantes-amo relevantes de su historia personal.

A, al relatar su vida, comenta que aún siendo adolescente, su padre le entregó herramientas para que comenzará en la agricultura, reforzando su vínculo con el trabajo a una edad temprana. Menciona que tuvo que aprender mediante la experiencia dada a su nulo conocimiento sobre la agricultura. Además, cada vez que relataba acerca de cómo alguien le daba una oportunidad laboral o le facilitaba una herramienta, lo acompañaba con gestos: extendía la mano abierta como si recibiera una tarjeta o indicación.

A lo largo de la conversación, A fue construyendo una línea temporal de sus distintos trabajos: agricultora, lustradora de zapatos, jardinera, limpiadora de pisos en instalaciones portuarias, y colaboradora en tareas con marinos. Detalló que a pesar de no haber tenido algún tipo de preparación previa, siempre aceptó cada oficio que se le ofrecía, aprendiendo y mejorando en el camino. Algo particular que se logra resaltar en la historia de A es que cada oportunidad de trabajo llegaba de la mano de alguien que le entregaba una tarjeta, realizando ese gesto de extender la mano, como si reviviera ese momento de ser convocada. Además, aunque A tenía una edad avanzada, acompañaba cada una de sus historias con nombres completos, lugares y edades, lo que evidenció un alto grado de lucidez y memoria.

Cerró la sesión manifestando que siempre ha sido alguien que valora la palabra, que le gusta hablar con la verdad y socializar. A partir de su discurso, se le invitó a pensar sobre la contradicción entre esta actitud y la autopercepción de ser “soberbio y resabiado”. Se concluyó el encuentro informándole que nos volveríamos a ver tras su operación.

En términos transferenciales, se generó un vínculo significativo que permitió dar lugar a una segunda sesión. En esta nueva entrevista, ya se había llevado a cabo la amputación, la cual —según sus palabras— “no tuvo novedades”. A retomó lo conversado previamente, comentando que se quedó pensando en lo que había dicho y reflexionó al respecto. Manifestó su deseo de cambiar, de dejar de ser “resabiada y soberbia”, y de adoptar una actitud diferente, como una forma de darle un giro a su

posición fantasmática. Compartió, además, que todos sus hijos la habían visitado y que incluso había mantenido una conversación telefónica con su exesposo.

En la última sesión, no se logró realizar una adecuada intervención, limitándose el encuentro a un breve saludo. Debido a que, A se mostró descompensada debido a una complicación respiratoria, por lo que recibió asistencia de oxígeno.

Finalmente, en una siguiente visita, A ya no estaba en su cama y, debido al cambio de turno del personal médico, no se obtuvo información clara sobre su estado de salud, o si fue dada de alta o derivada a otro centro de salud. En el registro clínico quedó, sin embargo, un espacio en blanco reservado para esa sesión no acontecida, como huella de una transferencia que había marcado tanto a la paciente como al practicante.

Esta interrupción repentina de la intervención remite a una dimensión esencial de lo transferencial: la marca que deja la ausencia. Como señala Lacan (1984), “la transferencia no se reduce a la presencia del paciente, también se manifiesta en los efectos de su falta” (p. 251). En este sentido, la imposibilidad de continuar la escucha no clausura el lazo analítico, sino que lo deja suspendido, evidenciando la implicación del analista frente a un sujeto que, aun en su desaparición, persiste como pregunta.

### **El objeto enfrascado**

L, de 73 años, se encuentra ingresado en un hospital de la ciudad debido a complicaciones derivadas de un uñero mal curado. Relata que, al intentar manipularlo por su cuenta, la lesión se agravó progresivamente, conduciendo a la necesidad de amputar el dedo afectado.

Durante la sesión, estaba acompañado por su esposa, quien se mostró implicada en la situación médica del paciente. El paciente vive con su hijo y esposa. Refiere que la hospitalización ha sido difícil dado que extraña su cama, su sala, los ruidos familiares de la casa. Comenta que estar en el hospital ha ocasionado como si su vida estuviera en pausa.

Él comenta “*Siento que me falta algo, tengo algo menos*”. El paciente no se refería tan sólo a la pérdida de una extremidad, más bien, tiene un sentimiento de no estar completo que afecta a cómo él se percibe a sí mismo, en su imagen y personalidad. De esta manera, la pérdida del dedo simboliza algo que va más allá de lo físico, tanto la vulnerabilidad frente a algo inesperado y el no poder controlar el propio cuerpo.

L comenta que ha considerado la posibilidad de poder conservar su dedo amputado en un frasco. A nivel simbólico, esto puede entenderse como un intento de mantener un lazo con lo perdido, de apropiarse de la experiencia y resignificarla. Debido a que, en su discurso sostenía ideas como: “*No quería perder mi dedo*”, “*Le pedí al doctor que me diera mi dedo para conservarlo en un frasco, pero lamentablemente me dijo que no*”. Su motivación, según explica, es que sirva como advertencia sobre las consecuencias de la negligencia en el cuidado de la salud, e incluso imaginó la posibilidad de dar una charla para prevenir a otros. Este deseo fue negado por el equipo médico, explicándole que el tejido se descompondría y que no era posible. L cuenta que intentó argumentar sus razones, pero terminó aceptando la indicación.

Además, se revela una particular elaboración psíquica de la pérdida: L no renuncia del todo al objeto que fue extraído de lo imaginario, sino que se intenta sustituirlo por un resto tangible que prolongue, en lo simbólico, la relación con lo perdido. Esto se evidencia en el discurso del paciente, cuando comparte que lo que lo motivó a querer conservar su dedo era la posibilidad de exhibir su falta ante los otros, es decir, poseer una especie de tótem que simbolice su historia y su vínculo con el objeto amputado. Por lo tanto, dicho objeto, más allá de su materialidad, hubiese funcionado como un recordatorio tangible, un testigo de su historia, pero también como un modo de no soltar del todo aquello que formaba parte de su cuerpo.

En términos psicoanalíticos, lo perdido adquiere un valor simbólico que desborda su materialidad; como señala Freud (2006), “no hay nada más cargado de significado que el objeto perdido, pues su ausencia convoca tanto el dolor de la pérdida como el deseo de retenerlo” (p. 94). Así, la intención de L no solo responde como un relicario personal o desde un “objeto de prevención” hacia otros, sino también a una necesidad íntima de mantener un vínculo concreto con aquello que formaba parte de su cuerpo, manteniendo viva la presencia del fragmento ausente.

Finalmente, el paciente comparte estar en espera de recibir el alta médica y poder regresar a casa, aunque es evidente que su experiencia hospitalaria y la amputación han dejado una huella que va más allá de lo físico. Dado que, el retorno no será al mismo lugar desde el que partió: llevará consigo la experiencia de la pérdida, el duelo por el miembro amputado y la necesidad de reconstruir su relación con su propio cuerpo.



## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Nosotros, **Chavez Haz, Hugo Enrique y Corozo Toledo, Hugo Adrián**, con C.C: #093101667 ; #0954518015. Autores del trabajo de titulación: **Procesos subjetivos del duelo por amputación en pacientes internados en un hospital de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

**Guayaquil, 2 de septiembre de 2025**

f. Hugo Chavez H.

Nombre: **Chavez Haz, Hugo Enrique**

C.C: **0931016687**

f. Hugo Corozo

Nombre: **Corozo Toledo, Hugo Adrián**

C.C: **0954518015**



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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                   |                                                                        |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>TEMA Y SUBTEMA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Procesos subjetivos del duelo por amputación en pacientes internados en un hospital de Guayaquil. |                                                                        |    |
| <b>AUTOR(ES)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Chavez Haz, Hugo Enrique<br>Corozo Toledo, Hugo Adrián.                                           |                                                                        |    |
| <b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Psic. Cl. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco, Mgs.                                               |                                                                        |    |
| <b>INSTITUCIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.                                                    |                                                                        |    |
| <b>FACULTAD:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Facultad de Psicología, Educación y Comunicación.                                                 |                                                                        |    |
| <b>CARRERA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Psicología Clínica.                                                                               |                                                                        |    |
| <b>TÍTULO OBTENIDO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Licenciado en Psicología Clínica                                                                  |                                                                        |    |
| <b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2 de septiembre de 2025                                                                           | <b>No. DE PÁGINAS:</b>                                                 | 82 |
| <b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Procesos subjetivos, Amputación, Duelo, Contexto hospitalario.                                    |                                                                        |    |
| <b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Procesos subjetivos; Amputación; Duelo; Castración; Simbólico.                                    |                                                                        |    |
| <p><b>RESUMEN/ABSTRACT:</b> La investigación, en esencia descriptiva, trató los procesos subjetivos del duelo por amputación. Este trabajo fue de suma importancia debido a que los pacientes al atravesar una intervención quirúrgica como lo es la amputación no solo enfrentan la problemática física, sino también dificultades emocionales y psicológicas que influyen en su adherencia al tratamiento. Especialmente se abordó como objetivo general investigar los procesos subjetivos del duelo por amputación en pacientes internados en un hospital de Guayaquil, por medio de un estudio cualitativo, como aporte para la comprensión clínica de psicólogos clínicos que sigan la orientación psicoanalítica. Los resultados destacaron que el duelo por amputación constituye una relación con los procesos subjetivos, ya que no se limita a la dimensión física de la pérdida, sino que implica profundas transformaciones en la imagen corporal, en el narcisismo, en la simbolización del cuerpo y el vínculo con el Otro. Es así como, el estudio de casos posibilitó determinar que para los pacientes la amputación no se vive solamente como procedimiento médico, sino como irrupción en la continuidad de sus vidas, generando un quiebre en la forma en la que se identificaban.</p> |                                                                                                   |                                                                        |    |
| <b>ADJUNTO PDF:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> SI                                                            | <input type="checkbox"/> NO                                            |    |
| <b>CONTACTO CON AUTORES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Teléfono:</b> +593-963236543 / +593-982155205                                                  | <b>E-mail:</b> hugo.chavez@cu.ucsg.edu.ec / hugo.corozo@cu.ucsg.edu.ec |    |
| <b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Nombre:</b> Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.                                                |                                                                        |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Teléfono:</b> +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419                                                  |                                                                        |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>E-mail:</b> francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec                                                  |                                                                        |    |
| <b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                   |                                                                        |    |
| <b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                   |                                                                        |    |
| <b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                   |                                                                        |    |
| <b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                   |                                                                        |    |