

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA.

"IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO, ESQUEMA CORPORAL E
IMAGEN CORPORAL: UNA DIFERENCIACIÓN."

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito
curricular conforme O.C.S. 143|89

ALEWAERTS FIORINI, MARÍA NOEL: Mat. 4374|98

D.N.I. N°: 26.631.475

ORTIZ, LUCIANA: Mat. 3862|96

D.N.I. N°:26.457.560

SUPERVISORA: Lic. Marta Trevín.

SEMINARIO DE RADICACIÓN: "Psicología Clínica de Niños y Familia."

FECHA DE PRESENTACIÓN: 16 de Mayo del 2005

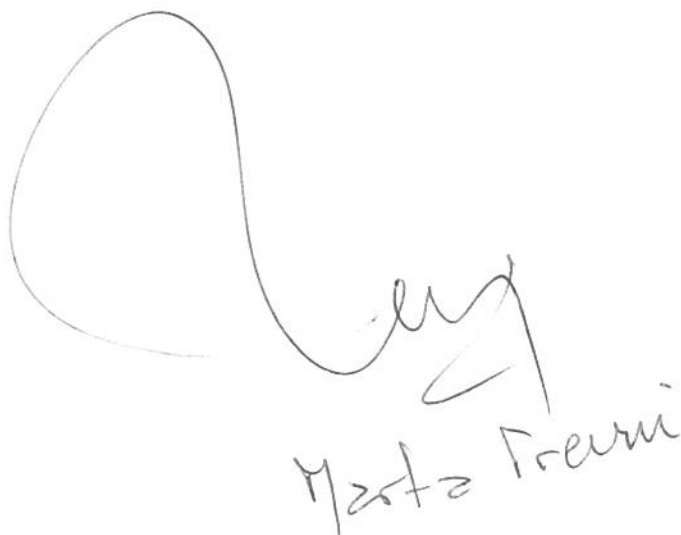


N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
TP9 A	Cedido por el Alumno a través de D.V.S. de Alumno
	N° INVENTARIO:
	A-389

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Alewaerts Fiorini, María Noel y Ortiz, Luciana de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores.”



“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Alewaerts Fiorini, María Noel matrícula N° 4347|98 y Ortiz, Luciana matrícula N° 3862|96, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 16 días del mes de Mayo del año 2.005”

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop followed by a series of connected strokes that form the name 'Marta Fiorini'.

Firma, aclaración y sello del Supervisor

La presente cumple con los
requisitos y satisface los
objetivos.

 Marta Greui

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Alewaerts Fiorini, María Noel matrícula N° 4347|98 y Ortiz, Luciana matrícula N° 3862|96.”

 LucAs Cos/MI

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de aprobación.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INVESTIGACIÓN DE PREGRADO

PROYECTO: "Imagen Inconsciente del cuerpo, Esquema corporal e Imagen corporal: una diferenciación."

ANTEPROYECTO

ALUMNAS: Alewaerts, Noel	4374 98
Ortiz, Luciana	3862 96

SEMINARIO DE RADICACIÓN: "Psicología Clínica de Niños y Familia."

SUPERVISORA: Lic. Marta Trevín.

Descripción Resumida: La presente investigación bibliográfica tiene como objetivo la definición y comparación de los conceptos de: "Imagen inconsciente del cuerpo, "Imagen corporal" y "Esquema corporal." Se arribará al concepto de "Imagen inconsciente del cuerpo", según lo formula su creador F. Doltó e "Imagen corporal", según P. Schilder. En lo que respecta al concepto de "Esquema corporal", se tratará de ubicar las fuentes

primarias, en donde será necesario un rastreo bibliográfico para llegar a determinar desde que disciplinas y en que época y contexto histórico se formula.

En primer lugar, se tratará de definir los tres conceptos, según lo formulan sus autores.

Luego se procederá a su comparación, estableciendo similitudes y diferencias.

Y finalmente, se tratará de ver sus incidencias en el campo clínico, según su uso.

Palabras Claves: imagen, cuerpo, esquema e inconsciente.

Descripción Detallada.

Motivos y antecedentes: Motiva la realización de la presente investigación el advertir el uso que muchas veces se hace de estos conceptos, tomándolos como equivalentes o sinónimos. Esperamos poder llegar a determinar que pertenecen a contextos teóricos diferentes y que no designan el mismo fenómeno; por lo tanto de poder llegar a establecer lo anteriormente enunciado serán también diferentes sus incidencias en la práctica clínica y orientarán la dirección de la cura hacia diferentes objetivos.

Como antecedentes podemos ubicar los distintos campos teóricos en que producen los conceptos.

Desde la Teoría Psicoanalítica, Françoise Dolto impone el término Imagen Inconsciente del cuerpo como la encarnación simbólica del sujeto deseante, propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia, y es eminentemente inconsciente.

Desde la Neuropsicología la Imagen del Cuerpo es la representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo. Se diferencia del esquema corporal en que este último es la percepción espacial, periférica y esquemáticamente conciente, estructurada y plásticamente contorneada, formada por la información sensorial previa y común.

Desde la Psicomotricidad, la Imagen Corporal es operador en el Estadio del Espejo que unifica, al mismo tiempo al sujeto y a las sensaciones propioceptivas, interoceptivas, cinestésicas y kinestésicas configurando el esquema corporal y postural del cuerpo.

Objetivos generales:

- Rastrear los orígenes de los conceptos de “Imagen Inconsciente del Cuerpo, “Imagen Corporal” y “Esquema Corporal.”
- Ubicar dichos conceptos en un marco teórico.
- Establecer su incidencia en el campo clínico.

Objetivos particulares:

- Definir cada concepto según sus fuentes primarias.
- Comparar los conceptos teóricos en cuestión.
- Extraer conclusiones en relación a su aplicación en la dirección de la cura.

Métodos y técnicas:

La investigación que vamos a llevar a cabo es de tipo bibliográfico. Por lo tanto, las técnicas y los métodos que se emplearán serán de búsqueda y análisis de materiales teóricos y textos en su fuente primaria. Por lo mismo se recurrirá a diferentes bibliotecas.

Lugar de realización del trabajo:

- Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología.
- Biblioteca pública Municipal "Leopoldo Marechal."
- Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Biblioteca de la facultad de Psicología.
- Biblioteca del Colegio de psicólogos.
- Biblioteca del Centro Médico.

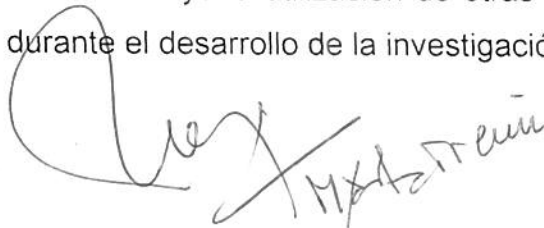
Cronograma de Actividades.

Actividades	Entrevista con la supervisora	Búsqueda de material Teórico en biblioteca	Elaboración del plan de trabajo	Presentación del plan de trabajo. Entrevista con la secretar	Trabajo sobre los textos y desarrollo. redacción	Revisión y corrección. Síntesis y conclusiones	Entrega de la investigación
MES 1	➤	➤					
MES 2	➤	➤					
MES 3		➤			➤		
MES 4	➤	➤	➤		➤		
MES 5	➤	➤	➤	➤	➤		
MES 6	➤	➤			➤	➤	
MES 7	➤	➤			➤	➤	
MES 8	➤	➤			➤	➤	
MES 9		➤		➤	➤	➤	
MES 10		➤			➤	➤	
MES 11					➤	➤	
MES 12					➤	➤	➤

Bibliografía básica de referencia:

- Azcoaga, J. E.; Fainstein, J. D.; Ferreres, A. y col.: "Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y en el adulto (Neuropsicología)." Editorial Paidós. Bs. As.-Barcelona. 1983
- Doltó, Françoise: "La imagen Inconsciente del cuerpo." Editorial. Paidós. Bs. As. 1984
- Levin, Esteban: "La clínica psicomotriz." Editorial Nueva Visión. Bs. As. 1991
- Schilder, Paul: "Imagen y apariencia del cuerpo humano." Editorial Paidós. Bs. As. 1977

No se excluye la utilización de otras fuentes bibliográficas que úedan surgir durante el desarrollo de la investigación.



Firma del supervisor



COSMI

Firma de los alumnos



P| área de investigación

Resultado de la evaluación (aprobado|rehacer)

Fecha:



INDICE GENERAL:

INTRODUCCIÓN.....	1	
1.LOS ORÍGENES		
Rastreado los inicios del concepto de Esquema corporal.....	4	
Schilder, el pionero del concepto de Imagen corporal.....	6	
Aparición del término de Imagen Inconsciente del cuerpo.....	7	
2.HACIA UNA DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS		
Esquema corporal desde la Neuropsicología contemporánea.....	9	
Imagen corporal.....	17	
Imagen Inconsciente del cuerpo.....	22	
3.CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN CADA MARCO TEÓRICO		
Trastornos del Esquema corporal.....	29	
Alteraciones de la Imagen corporal.....	32	
Patologías de la Imagen Inconsciente del cuerpo.....	40	
4.COMPARANDO LOS TÉRMINOS DE ESQUEMA CORPORAL, IMAGEN CORPORAL E IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO.....		50
5.CONCLUSIONES.....	58	
BIBLIOGRAFÍA GENERAL.....	61	

INTRODUCCIÓN.

Con el término esquema corporal, imagen del cuerpo e imagen inconsciente del cuerpo, se nombran conceptos que, a menudo, son considerados como equivalentes o sinónimos tanto en el ámbito de la práctica como en las comunicaciones teóricas. Estas formulaciones no son a veces claras más que en el contexto teórico en el cual han sido definidas.

Utilizadas en otros campos, éstas pueden perder su valor teórico y crear confusiones sobre un plano teórico. Provocan numerosos equívocos no sólo en su contextualidad teórica sino también en la práctica clínica.

Según doctrinas neurológicas, tanto el sentimiento como el comportamiento del cuerpo están íntimamente ligados a la integración de un cierto número de aferencias y eferencias o a un circuito aferoefereencial que da al cuerpo su unidad y le permite crearse un modelo. Según la tendencia doctrinal, se pone sobre todo de manifiesto la propioceptividad, el sistema sensorial (visual en particular) o la motricidad. En estas teorías se ve un mundo de sensaciones y emociones que van a organizar en forma de sentimientos y que abren la vía al conocimiento del cuerpo y el mundo de los objetos.

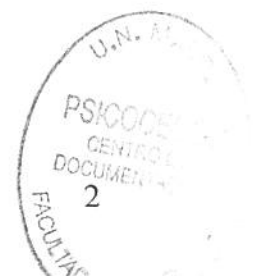
Partiendo sobre todo de la psicopatología del adulto este modo de pensar, basado sobre una patología lesional, ha enriquecido la forma de concebir mecanicista de la organización del sistema nervioso central. Pero sin embargo, aportan muy poco sobre la dinámica de la organización.

Completamente particular es la posición de los fenomenólogos. Según Merleau-Ponty, el esquema corporal es un sistema de equivalencia, una invariante inmediatamente dada por la cual las diferentes funciones motrices son automáticamente traspasables, es decir que no es solamente una experiencia de mi cuerpo, sino además una experiencia de mi cuerpo en el mundo y que es él quien da un sentido motor o una señal verbal. Para los fenomenólogos el cuerpo-objeto y el mi-cuerpo son dos percepciones parciales del mismo fenómeno, la corporalidad toda entera pertenece inmediatamente a la apertura del hombre sobre el mundo. No es otra cosa que el dominio de esta apertura presentándose bajo la forma corporal.

En los trabajos psicoanalíticos clásicos, la noción de cuerpo va la mayoría de las veces a la par con los desenvolvimientos del Yo. El cuerpo está presente en la teoría de Freud, aunque los post freudianos, especialmente la corriente americana, le conceden poca importancia. A partir de la obra de P. Schilder y más actualmente la de Doltó, el cuerpo comienza a adquirir nuevamente trascendencia.

Demostrada la multiplicidad de concepciones con relación al conocimiento del cuerpo, es que esta investigación pretende delimitar los conceptos, ligando a cada uno al contexto teórico del cual surge y en el cual se desarrolla.

En el presente trabajo de investigación se arribará, en un principio, a las fuentes primarias que dieron origen a los conceptos de "Esquema Corporal", "Imagen Corporal" e "Imagen Inconsciente del Cuerpo".



Seguidamente se definirán, dentro del marco teórico del cual surgen, cada uno de los términos.

En un tercer apartado se procederá a considerar la importancia teórica que poseen dichas nociones en el campo Clínico. Por esto se tomará en cuenta la fenomenología de distintos trastornos, según lo conceptualiza cada marco teórico, que dará cuenta de una concepción del sujeto de la clínica.

Para finalizar se expondrán diversas comparaciones entre los conceptos, con el objetivo de lograr una delimitación de los mismos.

CAPÍTULO UNO

LOS ORÍGENES

En este capítulo se procurará rastrear los orígenes de “Esquema Corporal”, “Imagen Corporal” e “Imagen Inconsciente del Cuerpo”. Esto llevará a una ubicación de dichos conceptos, con sus respectivos marcos teóricos; tratando de definir cada uno de los términos según sus fuentes primarias.

1.1. Rastreando los inicios del concepto de Esquema corporal.

Se puede considerar a la Neurología, y por supuesto a los neurólogos, los pioneros en la aportación de estudios y conocimientos sobre el esquema corporal, siendo el primer concepto que surge, a principios del S. XIX, el de cenestesia con el que se hace referencia a la organización del conjunto de sensaciones internas procedentes del cuerpo, transmitidas a los centros superiores por vías nerviosas y cuya alteración patológica se denomina cenestopatía.

Deny y Camus en 1905 usaron la noción de cenestesia, que no sólo significaba representación somática sino la noción de otros datos sensoriales. La palabra esquema, en relación con el cuerpo, fue utilizada en el año 1905 por un médico francés llamado E. Bonnier, quien consideró que los caracteres esenciales del concepto esquema consisten en una configuración topográfica y, por consiguiente, espacial del cuerpo; esta

configuración permitiría la posición vertebral equilibrada y la localización de excitaciones y de las correspondientes reacciones.

Posteriormente Head y Holmes, en 1911, introducen el concepto esquema corporal, considerado como un esquema postural (Mapa Corporal) construido a través de estímulos propioceptivos que se proyectan en el córtex cerebral (lóbulo parietal derecho).

Dice Head: "Además de su función como órgano de atención local, la corteza sensorial es, asimismo, la alacena de las impresiones pasadas. Estas pueden surgir en la conciencia como imágenes, pero con mayor frecuencia –como en el caso de las impresiones especiales- permanecen fuera de la conciencia central. Allí forman modelos organizados de nosotros mismos que podríamos llamar esquemas. Éstos, modifican las impresiones provocadas por los impulsos sensoriales aferentes, en forma tal que la sensación definitiva de posición o de localización surge en la conciencia cargada de la relación con algo ocurrido anteriormente. La destrucción de estos esquemas, por una lesión de la corteza, torna imposible todo reconocimiento de la postura o de la localización de un punto estimulado en la parte afectada del cuerpo." (Schilder, 1977 Pág.15)

Propone para designar este patrón, sobre cuya base se miden todos los cambios subsiguientes de la postura, antes de ingresar en la conciencia, la palabra esquema. Mediante alteraciones de la posición, construimos un modelo postural de nosotros mismos, sujeto a continuos cambios. Cada postura o movimiento nuevo queda registrado sobre este esquema plástico, y la actividad de la corteza pone a cada nuevo grupo de sensaciones

provocadas por la alteración de la postura, en relación con aquél. Y continúa: "Gracias a la existencia de estos esquemas podemos proyectar nuestro reconocimiento de la postura, movimiento y localización, más allá de los límites de nuestros propios cuerpos, hasta el extremo de cualquier instrumento que tengamos en la mano." (Schilder, 1977 Pág.16)

El modelo de cuerpo de H. Head se refiere más bien a referencias posturales y a actitudes que aportan al cuerpo su unidad, siendo completamente distinto según el lugar que ocupa en el espacio.

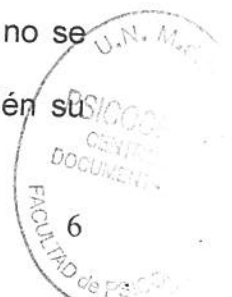
Será Pick, también neurólogo, el que amplíe esa noción de esquema corporal añadiendo a los estímulos propioceptivos otros estímulos sensoriales, principalmente los visuales. Distinguió varios esquemas, uno para cada modalidad sensorial del cuerpo, que son la base de la conciencia de nuestro cuerpo.

1.2. Schilder, el pionero del concepto de Imagen corporal.

Schilder (1977) reúne, a partir del modelo dinámico de Head, los aspectos relacionales del cuerpo, el modelo neurológico y el modelo psicoanalítico de Freud.

Fue el pionero en proponer la génesis de la imagen corporal, denominándola como la representación de esta vivencia integradora.

Este autor, sin desdeñar los datos neurológicos, precisa que los procesos que colaboran en la construcción de la imagen del cuerpo no se sitúan tan sólo en el campo de la percepción, sino que tienen también su



desarrollo paralelo en el campo libidinal. Por esto describe dos estructuras de la imagen corporal, la fisiológica y la libidinal.

Por imagen del cuerpo Schilder entiende aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo.

1.3. Aparición del término de Imagen Inconsciente del Cuerpo.

Desde Schilder a las ideas de investigadores psicoanalíticos posteriores, se mantiene la idea de una formación única, sea llamada imagen o esquema.

Francoise Doltó propone justamente esta modificación. En su libro "La Imagen Inconsciente del Cuerpo" (1994) ella plantea desde el psicoanálisis, una diferenciación entre esquema e imagen corporal, como dos estructuras psíquicas que coexisten en el individuo pero son independientes.

Doltó, el creador de la noción de "Imagen Inconsciente del Cuerpo" explica que este término resulta de un juego de palabras divididas en tres partes. La primera letra "i" del término "Identidad"; el "ma" primera sílaba de la palabrea mamá que el niño siempre pronuncia precedido por "mi mamá" y seguido de "mi mamá me ama" que marca la identidad absoluta. Y finalmente el "gen", última sílaba de la palabra imagen que significa la tierra, la base e incluso el cuerpo, y también el "yo", pronombre personal de la primera persona singular. Entonces, i-ma-gen, es decir sustrato relacional al otro. Fue así como nació este término.

No es una imagen en el sentido corriente del término. No es una imagen especular, es una imagen inconsciente, esa imagen es sustrato relacional del lenguaje.

CAPÍTULO DOS.

HACIA UNA DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS.

En este segundo capítulo, se presentarán las definiciones de cada uno de los conceptos, según sus fuentes primarias.

En la actualidad existen definiciones clínicas, psicoanalíticas, psiquiátricas y psicogenéticas.

Se observa una evolución en las concepciones relativas al cuerpo, que ha ido con el tiempo sustrayéndose de la influencia neurológica o psiquiátrica para tomar un sentido psicológico, en la medida que se ha resaltado el carácter de la imagen como construcción y no exclusivamente como alteración. En esta transformación hay sin duda un interés específico por el desarrollo infantil.

2.1. Esquema Corporal desde la Neuropsicología contemporánea.

Teniendo en cuenta que este concepto surge y toma cauce desde la Neurología, se desarrollará la definición de dicho término dentro de este marco teórico, para lo cual se tomarán las teorizaciones de Azcoaga.

Azcoaga, en 1979, define al esquema corporal como un conjunto de gnosias organizadas en forma dinámica. El curso de organización de una gnosia consiste en la aferencia simultánea de un conjunto de estímulos que llegan a la corteza cerebral, creando así las condiciones para una síntesis, por la única circunstancia de coincidir.

Cuando esta coincidencia se repite varias veces, la síntesis tiende a consolidarse. Coincidencia en el tiempo, reiteración, reforzamiento y motivación, serán las condiciones para la elaboración de los estereotipos senso-perceptivos o gnosis.

El esquema corporal, es un proceso gradual que supone la correlativa organización de una serie de gnosis correspondientes o aferencias propioceptivas, del equilibrio, visuales, táctiles, etc.

Este autor emplea como referente a Frederiks (1975), el cual relata: "el esquema normal del cuerpo es la percepción espacial del cuerpo, periférica y esquemáticamente consciente, estructurada y plásticamente contorneada, formada por la información sensorial previa y común (en especial, somestésica)." (Azcoaga, Fainstein, Ferreres y col., 1983).

Desglosa la definición de la siguiente manera:

Percepción consciente periférica: ya que nos hacemos claramente conscientes de nuestro cuerpo o de partes del mismo sólo en determinadas circunstancias, por ejemplo cuando nos estudiamos la mano.

Estructurada: porque si bien el esquema normal del cuerpo no es homogéneo, tiene una estructura. Somos más conscientes de las manos que de los hombros, por ejemplo.

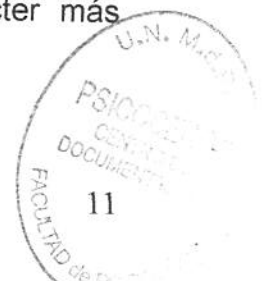
Plástica: por la variabilidad del mismo en función de posición, situación, intención o programa para realizar.

Formada por la información sensorial previa y común: entendida

como síntesis aferente fundamental para la organización de las excitaciones aferentes que deben dirigirse hacia los aparatos efectores, la que está supeditada a dicha síntesis.

Sin duda alguna la actividad cinestésica desempeña un papel primordial en la integración del esquema corporal infantil: así lo señaló en su momento H. Wallon (1954). Dicho autor en el análisis que hace del papel que desempeña el esquema corporal, considera que el movimiento se desarrolla tomando como punto de apoyo el propio cuerpo. Son, pues, las realidades tónicas, posturales, las que constituyen la plataforma de partida, la que a su vez está constituida por la motricidad, guiada y ajustada por las percepciones, especialmente las visuales, pero también las auditivas, laberínticas, cutáneas, etc. Todas estas informaciones, progresivamente organizadas, son las que experimentan y crean el espacio del cuerpo, que, a su vez, harán posibles las relaciones con el mundo exterior.

Esta actividad cinestésica puede descomponerse en aspectos parciales: los reflejos posturales, la actividad exploratoria, los reflejos defensivos, la actividad de juego y aun los movimientos espontáneos e inmotivados, todos aportan una información propioceptiva que contribuye a la delimitación del espacio extracorpóreo y gradualmente aporta a la definición de los límites, de las posiciones del propio cuerpo. La información propioceptiva, cinestésica, constituye el componente esencial, ya que, aporta los aspectos centrales, en la organización de las sucesivas síntesis que, estabilizadas, constituirán el material de otras síntesis de carácter más complejo e integrador.



A la información cinestésica se agrega la visual. Las gnosias visoespaciales, relacionadas con la posición y la actividad de los miembros, con la medición de las distancias y las relaciones en el espacio, aportan referencias que se integran en las correspondientes síntesis parciales.

Otra referencia en la organización de la representación del propio cuerpo es la táctil.

Las aferencias laberínticas se agregan a las ya comentadas. Estas informaciones regulan la posición de la cabeza y operan, a través de los músculos cervicales, en la posición del tronco y de los miembros.

Habría que agregar el papel de la socialización, que sin constituir en esencia un aspecto sensoperceptivo contribuye a la imagen de sí mismo, en cuanto el registro de la condición del otro aporta a las propias características individuales. Por consiguiente, la interacción social tiene una condición neuropsicológica. Por ejemplo, las distinciones del otro y de sí mismo frente al espejo en etapas tempranas de la vida. Asimismo, la ejecución de gestos asimétricos indica que junto con factores que son nítidamente espaciales – como la vigencia del miembro preferido- hay otros que son de carácter social e implican una diferenciación que se hace paulatinamente entre los primeros años; de este modo los contactos sociales, implican una actividad analítico-sintética que perfecciona la organización del esquema corporal.

Principales etapas en la organización del esquema corporal.

El esquema corporal resulta de una síntesis gradual, progresiva sobre la base de la organización de los diferentes “espacios”.

El *espacio bucal*, constituye el órgano de exploración inicial. Gradualmente la boca va constituyendo un punto de referencia estable para la exploración de objetos, mediante las “reacciones circulares primarias”.

La exploración genera un conjunto de informaciones –táctiles de la piel y las mucosas, propioceptivas del orbicular y de la lengua, gustativas, olfatorias, térmicas, dolorosas- configuran síntesis estables que permiten el reconocimiento de objetos determinados, por ejemplo, los dedos. Estas síntesis llevan a la identificación de los objetos no conocidos. Pero esto todavía no constituye un “esquema” de la boca ni de cavidad bucal. Más tarde, se incorporará la “imagen” de la boca y, posteriormente, la de la cavidad bucal propiamente dicha.

En una segunda etapa, la *separación del cuerpo con respecto al espacio circundante* será el marco en el que se desarrolla la organización paulatina del esquema corporal. Esta separación tiene lugar a medida que la dependencia cinestésica y propioceptiva del cuerpo del lactante va convirtiéndose en autonomía. Esa actividad, que alrededor de los tres meses incluye los primeros ensayos de prensión, instauro la integración de varias funciones cerebrales superiores, y es la iniciación efectiva del esquema corporal por una de sus partes: los miembros superiores y las manos.

A partir de esta etapa y hasta los 9 o 10 meses los niños manipulan sus manos y sus pies como si fueran extraños a ellos y los descubren, debido a experiencias dolorosas. Como señala Hécaen y Ajuriaguerra (1952), la participación del dolor en esa exploración de partes del cuerpo

introduce un componente de disgusto, y por lo tanto, de carácter afectivo, que debe considerarse un factor presente desde entonces en la integración del esquema corporal.

La organización del esquema corporal comienza con la diferenciación del espacio ocupado por el cuerpo, que se produce a partir de la actividad de los miembros. Simultáneamente se estructuran gnosias visuoespaciales y el propio esquema corporal en sus primeros aspectos fragmentarios y disociados.

En un tercer momento, la *posición erguida* y la *marcha* ayudan a la adquisición de la representación del propio cuerpo. Es decir, la marcha incorpora un nuevo conjunto de informaciones cinestésicas de los miembros inferiores pero también del tronco y de los superiores.

Sucesivamente continúa la exploración de las partes del propio cuerpo con las manos y el hallazgo en sí mismo y en los otros, de partes de la cara, cuya identificación se facilita con la utilización de la función nominativa. Con el progreso del control de la marcha, avanza también la integración de esas formaciones propioceptivas y cinestésicas y de las vestibulares, con lo que se va configurando cada vez más esa síntesis compleja, dinámica, pero a la vez estable, que es el esquema corporal.

En la siguiente etapa, aparece la *identificación frente al espejo*. R. Zazzo (1974) investigó las diversas etapas por las que pasa el reconocimiento ante el espejo: la primera, alrededor de los tres meses, se caracteriza porque el niño fija su mirada en el espejo pero no da muestra ninguna de reconocimiento. La segunda etapa, a los seis meses, se

caracteriza por la sorpresa que le produce contemplar una imagen de la persona que se halla a su lado. Sin embargo, aún no distingue su propia imagen. Alrededor del año, el niño comienza a explorar su imagen especular, pero mediante actividades en su propio cuerpo, verificando los cambios que se producen en la imagen consecutivamente a los movimientos que realiza. Aproximadamente a los quince meses las actividades de exploración evolucionan hacia el reconocimiento de que se trata de su propia imagen, la cual se consolida hacia los dos años.

Se llega a la última etapa con la *representación gráfica*. Las regularidades registradas en el dibujo de la figura humana desde los 3 a los 7 años son muy demostrativas de las etapas sucesivas de reconocimiento del propio cuerpo y, sus irregularidades, son altamente demostrativas de “proyecciones” en el propio esquema corporal.

Con lo anteriormente detallado se quiere significar que Esquema Corporal es la percepción de la posición de las partes del cuerpo en el espacio. En todo movimiento, la relación espacial entre las diferentes partes corporales está cambiando constantemente. Las aferencias sensoriales provenientes de los propioceptores en los músculos y las articulaciones brindan información sobre la posición de las partes del cuerpo en cualquier movimiento. Esta aferencia propioceptiva de cada parte es integrada en la percepción espacial de todas las partes en el esquema corporal.

Se va organizando de esta manera, sobre la base de estructuras innatas (Mehler, 1992), en las que se apoyan e intervienen los procesos madurativos, de desarrollo y de aprendizaje, contando además con otros

factores no menos decisivos, para la correcta adecuación neuropsicológica de esta estructura compleja, tales como los fenómenos psicológicos y sociales concurrentes en el desarrollo del niño.

En síntesis, se puede decir que el esquema corporal es la representación que logra el niño de su propio cuerpo y de éste con respecto a los demás y al medio circundante.

Head postula que hay básicamente dos tipos de esquemas: los posturales que dan la sensación de la posición del cuerpo, la dirección del movimiento y permiten conservar el tono muscular y los esquemas de superficie del cuerpo que dan cuenta de los puntos en la cual la piel es tocada, la posibilidad que dan estos esquemas es que gracias a su plasticidad y su asociación que hacen que se modifiquen continuamente permiten realizar diariamente las actividades mas triviales aún con elementos externos como puede ser un bastón o una cuchara solamente con el tacto, sin la necesidad de mirar permanentemente.

La noción de esquema corporal corresponde al sustrato neurológico de la imagen del cuerpo. Vinculado a las sensaciones cinestésicas y musculares, contiene los esquemas de acción y las preformas motrices elementales. Su desarrollo ontogenético es temprano y tiene una funcionalidad adaptativa básica al permitir asegurar el cuerpo en el espacio.

2.2. Imagen Corporal.

Luego de haber definido el concepto de "Esquema Corporal", a continuación se expondrán las teorizaciones de Schilder (1977) referidas a "Imagen del Cuerpo".

Dicho autor define a la imagen del cuerpo como aquella representación que nos formamos de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece. Esta imagen es integrada por registros visuales de algunas partes de la superficie corporal; impresiones táctiles, térmicas, de dolor y de presión; registro de sensaciones provenientes de los músculos y sus aponeurosis; sensaciones provenientes de la inervación de los músculos; y sensaciones provenientes de las vísceras; además, percibimos la unidad corporal. Pero Schilder considera que la imagen corporal es más que una percepción; no es una sensación o imaginación, sino una apariencia propia del cuerpo. Para designar a esta imagen, utiliza la expresión esquema del cuerpo o esquema corporal o siguiendo a Head, modelo postural del cuerpo. La define como la imagen tridimensional, anatómica, que todo el mundo tiene de sí mismo; como una estructura psíquica que incluye la representación consciente e inconsciente del cuerpo.

La imagen corporal se ubica en el lado de nuestra vida psíquica correspondiente a las impresiones. Pero no hay ninguna impresión desprovista de dirección. No hay percepciones sin acciones. Toda impresión lleva consigo impulsos eferentes. Las percepciones sólo se forman sobre la base de la motilidad y sus impulsos. Cabe esperar, por lo tanto, que los

cambios operados en la motilidad ejerzan una influencia determinante sobre la estructura del modelo postural.

Por otro lado, cuando percibimos o imaginamos un objeto, o cuando construimos la percepción de un objeto, no actuamos como un mero aparato receptor. Siempre existe una personalidad que experimenta la percepción. El modelo postural del cuerpo se halla en perpetua autoconstrucción y autodestrucción internas.

Schilder fue uno de los pioneros en proponer la génesis de la imagen corporal en las relaciones vinculares y en extender su existencia más allá de límites del cuerpo: "...existe una vinculación sumamente estrecha entre nuestra imagen corporal y la de los demás, determinadas por factores de proximidad espacial y afectiva. Existe un continuo intercambio entre las partes de nuestra imagen corporal y las imágenes de los demás, hay proyección e identificación." (Schilder, 1977)

La imagen del cuerpo no es un fenómeno estático desde el punto de vista fisiológico. Se construye y estructura gracias a un continuo contacto con el mundo. Es una estructuración en la cual tiene lugar permanentes cambios, y todas estas modificaciones guardan relación con la motilidad y con las acciones en el mundo externo.

La imagen corporal, y especialmente sus partes ópticas, es necesaria para la iniciación de un movimiento.

Apoyándose en el modelo postural de Head, Schilder hace una incorporación en el concepto, proponiendo para la Imagen Corporal dos tipos de estructuras. Por un lado, hace una detallada descripción de las apraxias



y las agnosias para poder dar cuenta de la base fisiológica de la imagen corporal, pero comienza a vislumbrar que esta estructura del cuerpo no tiene una determinación puramente orgánica sino que también tiene una determinación psicológica.

La imagen corporal en la esfera de la percepción depende del mundo inanimado, o mejor dicho, del mundo que tiene la apariencia de inanimado. La imagen corporal en la esfera libidinal depende, en gran medida, de nuestras actitudes para con el objeto de amor o, en un sentido más amplio, el mundo animado, es decir, el mundo que tiene la apariencia de la animación de la vida.

A través de numerosas investigaciones, Schilder llegó a la conclusión de que la estructura de la imagen corporal en su sentido puramente fisiológico se basa, en gran medida, en procesos que permanecen en el fondo de la conciencia. Es allí donde tiene lugar una activa construcción de la imagen del cuerpo. Parte de esta construcción se halla por cierto completamente fuera del campo de la conciencia, pero también está representada por procesos psíquicos conscientes e "inconscientes". Los movimientos nos proporcionan nuevas impresiones táctiles que nos ayudan a determinar la localización relativa de un punto tocado.

La experiencia del propio cuerpo trata de una unidad en desarrollo. Existen cuatro planos generales que interfieren constantemente. El primer plano es el puramente fisiológico, el cual se caracteriza por ser simpático, periférico y medular. El segundo plano, es el que se relaciona con las actividades focales del cerebro, su mecanismo es fisiológico pero tiene

resonancias en la conciencia. Un tercer plano guarda relación con las actividades orgánicas generales vinculadas con la región cortical. Y, por último, existe un cuarto plano cuyos procesos se desarrollan en la esfera psíquica pero influyendo, al mismo tiempo, sobre lo que acontece en la esfera somática. Hay en este modelo una permanente interacción de estos cuatro planos.

Los procesos que construyen la imagen corporal no sólo se desarrollan en el campo de la percepción sino que también tienen su paralelo en la arquitecturación del campo libidinal y emocional. En los objetos de amor exteriores, nuestras relaciones con ellos y sus actitudes hacia nosotros adquieren enorme importancia.

La percepción, dice Schilder, es siempre nuestro modo de percibir. Somos seres emocionales, personalidades. Nosotros amamos nuestro propio cuerpo, somos narcisistas. La topografía del modelo postural del cuerpo será base de actitudes emocionales hacia el cuerpo. Nuestro conocimiento dependerá de las corrientes eróticas que atraviesan nuestro cuerpo y dejará sentir, a su vez, su influencia sobre ellas. Las zonas eróticas habrán de desempeñar un papel particular en el modelo postural del cuerpo.

Las observaciones clínicas le permitieron al autor formular los siguientes principios:

La influencia emocional altera el valor relativo y la claridad de las distintas partes de la imagen corporal, de acuerdo con las tendencias libidinales. Esta alteración puede ser un cambio operado en la superficie del cuerpo, aunque también en sus partes internas.

La actitud hacia las distintas partes del cuerpo puede obedecer al interés dispensado a nuestro cuerpo por las personas que nos rodean. Nosotros elaboramos nuestra imagen corporal de acuerdo con las experiencias que elaboramos, a través de los actos y actitudes de los demás. Las acciones de la gente pueden provocar sensaciones cuando nos tocan y nos manipulan. Pero también pueden influir sobre nosotros con palabras y acciones que dirijan nuestra atención sobre partes determinadas de su cuerpo y del nuestro.

El interés que muestran los demás por sus cuerpos y las acciones de los otros sobre ellos inciden en el interés del sujeto por las partes respectivas de su propio cuerpo.

Aquellas enfermedades que provocan acciones particulares sobre el cuerpo también modifican el modelo postural.

La unidad emocional del cuerpo sólo puede preservarse una vez alcanzado el Complejo de Edipo y una vez que se han desarrollado relaciones objetales completas.

Podemos tomar partes de los cuerpos de los demás e incorporarlas a nuestra imagen corporal. (En la psicopatología general este fenómeno recibe el nombre de "personalización".) Podemos introducirnos ciertas partes del cuerpo de los demás identificándonos con ellos. Esta identificación puede conducir, a su vez, a sensaciones y percepciones en el cuerpo o actitudes psíquicas hacia las partes del cuerpo, que pueden aflorar a la conciencia o bien pueden permanecer en lo inconsciente.

La imagen del cuerpo no se da por sí sola, sino que hay que desarrollarla y construirla. De este modo, la libido narcisística se adhiere a las distintas partes de la imagen del cuerpo, y así, en las diferentes y sucesivas etapas del desarrollo libidinal, el modelo del cuerpo va cambiando de continuo.

En la estructura total del esquema del cuerpo, las zonas erógenas desempeñan el papel preponderante, y cabe suponer que la imagen del cuerpo debe centrarse durante la etapa oral del desarrollo en torno a la boca, y durante la anal, en torno al ano.

En la construcción del esquema del cuerpo habrá una continua interacción entre las tendencias del yo y las libidinales o, en otras palabras, entre el yo y el ello.

Resumiendo, Schilder insistió en la raíz común de los procesos psíquicos y orgánicos, postulando que la "Imagen Corporal" es una representación que nos formamos de nuestro propio cuerpo. Es una apariencia propia del cuerpo. Su génesis la ubica en las relaciones vinculares, ya que esta imagen se construye a través de un contacto con el mundo.

2.3. Imagen Inconsciente del cuerpo.

Para finalizar con la descripción de cada uno de los conceptos, se abordará el término "Imagen Inconsciente del Cuerpo" según lo postula su creador Françoise Dolto.

La imagen inconsciente del cuerpo es una imagen propia para cada individuo, ligada al sujeto y a su historia. Es la encarnación en el inconsciente de las experiencias emocionales interhumanas y de los deseos, la que se torna preconscious y consciente al asociarse al lenguaje. La imagen del cuerpo no es la imagen dibujada o representada en el dibujo; ha de ser revelada por el diálogo analítico con el niño.

Constituye el soporte del narcisismo y a través del mismo se articula con el esquema corporal y con el otro. En ella tiempo y espacio se entrecruzan, presente y pasado se superponen.

Es específica de una libido en situación, de un tipo de relación libidinal.

Es el mediador de las tres instancias (Ello, Yo, Superyo), en las representaciones alegóricas que el sujeto aporta. En cualquier representación libre, se representa, se dice la imagen del cuerpo; y las asociaciones que el niño proporciona vienen a actualizar la articulación conflictiva de las tres instancias del aparato psíquico.

“Se la puede considerar como la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante y ello, antes inclusive de que el individuo en cuestión sea capaz de designarse por el pronombre personal “ Yo”, antes de que sepa decir “ Yo”. Lo que se quiere hacer entender es que el sujeto inconsciente deseante en relación con el cuerpo existe ya desde la concepción. La imagen del cuerpo es a cada momento memoria inconsciente de toda la vivencia relacional, y al mismo tiempo es actual, viva, se halla en situación dinámica, a la vez narcisística e interrelacional:

actualizable en la relación aquí y ahora, mediante cualquier expresión fundada en el lenguaje, dibujo, modelado, invención musical, plástica, como igualmente mímica y gestual.” (Dolto, 1986)

Esto significa, que constituye la esencia del narcisismo primordial. Representa al deseo de vivir preexistente a la concepción, encarnado al deseo de sus progenitores.

Se puede entrar en contacto con el otro, sea de comunicación o de evitamiento, gracias a la imagen del cuerpo portada por el esquema corporal.

“La imagen del cuerpo se estructura mediante la comunicación entre sujetos y la huella, día tras día tras día memorizada, del gozar frustrado, coartado o prohibido (castración, en el sentido psicoanalítico, del deseo en la realidad). Por lo cual ha de ser referida exclusivamente a lo imaginario, a una intersubjetividad imaginaria marcada de entrada en el ser humano por la dimensión simbólica.” (Dolto, 1986)

Puede hacerse independiente del esquema corporal. Se articula con él a través del narcisismo, originado en la carnalización del sujeto en la concepción.

Dicha imagen está constituida por la articulación dinámica de una imagen de base, una imagen funcional, y una imagen de las zonas erógenas donde se expresa la tensión de las pulsiones.

Dichas imágenes se hallan relacionadas por algo que las mantiene cohesivas y que se llama *imagen dinámica*, se designa con ello la metáfora subjetiva de las pulsiones de vida que, originadas en el ser biológico, son

continuamente sustentadas por el deseo del sujeto de comunicarse con otro sujeto, con ayuda de un objeto parcial sensorialmente significado. La imagen dinámica corresponde al "deseo de ser" y de perseverar en un advenir. Este deseo, en cuanto fundamentalmente sellado por la falta, está siempre abierto a lo desconocido. Expresa en cada uno el "Siendo": el sujeto con derecho a desear.

La *imagen de base* es la primera componente, es la que permite al niño experimentarse en una "mismidad de ser", es decir, en una continuidad narcisista o en continuidad espacio temporal que persiste desde su nacimiento. De esta mismidad, proviene el sentimiento de existir de un ser humano.

La imagen de base es constitutiva del narcisismo primordial, narcisismo del sujeto en tanto sujeto de deseo de vivir. Cada estadio viene a modificar las representaciones que el niño puede tener de su imagen de base; en otras palabras, hay una imagen de base propia de cada estadio. Aparece de este modo, después del nacimiento, primero una imagen de base respiratorio-olfativo-auditiva; es la primera imagen aérea de base. Le sigue una imagen de base oral que comprende no solamente a la primera, sino igualmente a toda la zona bucal, faringo-laríngea, que, al cavum y al tórax, les asocia la imagen del vientre, la representación de lo lleno o de lo vacío del estómago, la cual puede hallarse en resonancia con las sensaciones fetales de hambre y de repleción estomacal. Por último se añade la imagen de base anal.

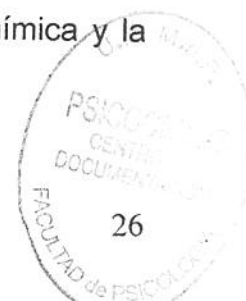
Esta arquitectura relacional lo es únicamente si, mientras presta sus cuidados al niño, la madre nutricia habla.

La segunda componente de la imagen del cuerpo es la *imagen funcional*.

Mientras que la imagen de base tiene una dimensión estática, la imagen funcional es imagen estética de un sujeto que tiende al cumplimiento de su deseo. Una demanda localizada en un lugar erógeno provoca el deseo a través de la mediación del esquema corporal, según la predominancia de determinada zona erógena. Gracias a esta imagen funcional, las pulsiones de vida pueden apuntar, tras haberse subjetivado en el deseo, a manifestarse para obtener placer, a objetivarse en la relación con el mundo y con el otro.

La tercera componente de la imagen del cuerpo es la *imagen erógena*. "Está asociada a determinada imagen funcional del cuerpo, el lugar donde se focalizan placer o displacer erótico en la relación con el otro. Su representación está referida a círculos, óvalos, concavidades, bolas, rayas y agujeros, imaginados como dotados de intenciones emisivas o receptoras pasivas, de finalidad agradable o desagradable." (Dolto, 1986)

Los tres componentes de la imagen se metabolizan, transforman y se reorganizan. Aunque para ello es necesario que la imagen funcional permita una utilización adaptada del esquema corporal; y, que la imagen erógena abra al sujeto la vía de un placer compartido, humanizante por lo que tiene de valor simbólico y que puede hallar expresión no sólo en la mímica y la



acción sino con palabras dichas por otro, memorizadas en situación por el niño, quien se servirá de ellas con discernimiento cuando hable.

La imagen del cuerpo es la síntesis viva, en constante devenir, de estas tres imágenes.

La imagen del cuerpo es aquello en lo cual se inscriben las experiencias relacionales de la necesidad y del deseo, valorizantes y/o desvalorizantes, es decir, narcisizantes y/o desnarcisizantes.

La imagen del cuerpo, 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.

El lugar, fuente de las pulsiones es el esquema corporal, por lo tanto, el lugar de su representación es la imagen del cuerpo. Solo puede ser estudiada la elaboración de la imagen del cuerpo en el niño, en el momento de la estructuración de su esquema corporal, ya que luego queda reprimida, por el descubrimiento de la imagen escópica del cuerpo, y posteriormente por la castración edípica.

“En el niño, durante los tres (o cuatro) primeros años, ella se constituye en referencia a las experiencias olfativas, visuales, auditivas, táctiles, que poseen valor de comunicación a distancia, sin contacto de cuerpo a cuerpo con los otros: la madre, primeramente, pero también las otras presencias del entorno. Cuando no hay nadie, cuando hay una experiencia sensorial nueva en ausencia de testigo humano, se trata, teóricamente, del esquema corporal solo.” (Dolto, 1986)

En cambio, cuando hay presencia de otro, real o memorizado, el esquema corporal, lugar de la necesidad que el cuerpo en su vitalidad orgánica constituye, se entrecruza con la imagen del cuerpo, lugar del deseo. Y será este tejido de relaciones el que permitirá al niño estructurarse como humano. Más adelante, las relaciones humanas así introyectadas posibilitarán la relación narcisista consigo mismo (narcisismo secundario).

Si el esquema corporal y la imagen del cuerpo se hallan en relación, es sólo por los dos procesos que son tensiones de dolor o de placer en el cuerpo, por una parte, y palabras venidas de otro para humanizar estas percepciones, por la otra.

Concluyendo, la imagen del cuerpo se transforma en un operador fundante e instituyente de las peripecias y la estructuración subjetiva del niño. Solo a partir de ella se configura todo el espectro imaginario con el cual el niño conformará las funciones imaginarias del Yo, funciones en las cuales podrá reconocerse, diferenciándose de otro, al producirse el funcionamiento escénico de la imagen corporal.

“Lo que resulta misterioso, y si se quiere secreto, es que esta imagen, si bien está unida, no está completa (es no toda), es decir, está agujereada, en movimiento, en falta, lo que la torna deseante. Allí reside su valor anticipatorio y a la vez anhelante frente a la inmadurez neuromotriz del bebé en los primeros meses de vida.” (Levín, 2003)

CAPÍTULO TRES.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS CLÍNICOS SEGÚN CADA MARCO TEÓRICO.

En este capítulo se abordarán las patologías propias de cada uno de los conceptos analizados en este trabajo, con el fin de intentar delimitar, posteriormente, su incidencia en el campo clínico.

3.1. Trastornos del Esquema Corporal.

Los pacientes con trastornos del esquema corporal tienen dificultades con las tareas constructivas y a menudo parecen torpes. No pueden conectar la localización de los puntos en el ambiente con la extensión y la dirección del movimiento, a pesar de que la propiocepción puede ser normal.

Las aferencias motoras en la capacidad constructiva exigen el planeamiento y la organización de movimientos en relación con los elementos espaciales de una tarea. Cuando los objetos son movidos por la mano, las aferencias del procesamiento espacial son integradas en el sistema motor por una programación correcta de la acción muscular. Cuando el déficit está en el sistema de acción se conoce como *apraxia constructiva*.

El conocimiento espacial es importante para todas las actividades del espacio personal y de alcance, particularmente cuando existe un elemento constructivo en la tarea. La orientación espacial de las partes del cuerpo entre ellas es básica para todos los movimientos asociados con estas tareas.

Dentro de los trastornos del esquema corporal se encuentra la *asomatognosia*, que implica no percibir cómo se relacionan las partes del cuerpo entre sí y cuáles son sus posiciones relativas en el espacio. Es un trastorno espacial del esquema corporal. El mismo se identifica cuando se solicita al paciente que arme un dibujo o un modelado, al considerar las partes del cuerpo en la relación correcta entre ellas.

El paciente con *asomatognosia* tiene un déficit del balance y el equilibrio. Los movimientos son imprecisos, a pesar de que la propiocepción es normal.

Asomatognosia total implica ideas de negación o pérdida total del cuerpo, próximo a la vivencia corporal de los delirios de negación (Síndrome Cotard).

Estudios en neuropsicología han sugerido que el trastorno del esquema corporal está asociado con el lóbulo parietal izquierdo.

Otra de las incidencias clínicas a mencionar es la referida a los *trastornos motivados por mala organización* del Esquema Corporal. Vista la importancia del componente visual en la organización del sistema corporal, parece normal que el conocimiento del cuerpo esté alterado en los ciegos de nacimiento. Según Stockert, el modelado de los niños que nacen ciegos se caracteriza porque, si bien los diversos detalles están relativamente bien formados, no llegan a componer una figura de conjunto ni se respetan las exactas proporciones.

En los paráliticos cerebrales, al síndrome de la parálisis se suma un síndrome sensitivo, caracterizado a veces por una discriminación táctil

disminuida y por cierta proporción asteroagnósica. Las observaciones de Abercrombie son claras respecto a la representación de la figura humana, en general los niños tienden a representar con restricciones referidas a las partes que tienen afectadas. Pero como dice el autor, esto no significa que tengan una imagen distorsionada del cuerpo humano en general.

El no distinguir derecha-izquierda, localizar los dedos y dibujar son síntomas propios de los retrasados. Tampoco pueden distinguir perfectamente derecha-izquierda, los niños psicóticos. A menudo la imagen que recoge el observador es una marcada distorsión, a veces regresiva, pero otras francamente aberrantes.

El *Síndrome de Gertsman* aparece en las lesiones del cerebro izquierdo y se caracteriza por una incapacidad para distinguir derecha e izquierda, una agnosia digital, acalculia y agrafia.

Casi todos los trastornos descritos anteriormente se aprecian en el plano de las organizaciones cognoscitivas y de la capacidad representativa, o en el plano de una mala organización espacial por alteración de la lateralidad o por fallos en una cierta "presentificación", al no poder situarse el cuerpo como un objeto en el campo de relación o el individuo en cuestión como individuo en el terreno de las representaciones espaciales.

La *autotopoagnosia o síndrome de Pick* es la pérdida de la localización de las diferentes partes del cuerpo.

En el *miembro fantasma*, el paciente percibe el miembro ausente y toda las sensaciones (táctiles, cenestésica, etc.) propias de cualquier



miembro normal en el marco de una amputación brusca del miembro u órgano (ojo, recto, laringe).

3.2. Alteraciones de la Imagen Corporal.

El trastorno de la imagen corporal es la incapacidad para percibir el aspecto de nuestro propio cuerpo. La imagen corporal se basa en la representación de nuestro propio cuerpo en la imaginación y en la memoria visual y puede no ser igual que el aspecto físico exacto de nuestro cuerpo.

Los individuos normales pueden percibir que las caderas o la nariz son más grandes de lo que realmente son. Se identifica una pérdida de la imagen corporal cuando se solicita al paciente que haga un dibujo o que dé una descripción verbal de su persona. En estos pacientes podemos descubrir *macrosomatognosia*, *microsomatognosia* y *anosognosia*.

Distintos autores han descrito diferentes causas que pueden provocar un aumento en la imagen corpórea, se citará algunas de ellas:

Algias. Un órgano doloroso es percibido, "sentido", con dimensiones mayores a las que posee en estado normal.

Distintas lesiones neurológicas: *Parálisis de Brown-Sequard* (parálisis unilateral de la médula espinal) en la cual el lado lesionado es el que se percibe de mayor tamaño. *Trombosis de la arteria Cerebral Postero-Inferior* (aquí también el aumento es percibido de forma unilateral). *Esclerosis múltiple* (unilateral). *Enfermedades vasculares periféricas*. *Estados tóxicos agudos*.

Las distintas causas que pueden provocar una disminución patológica en la percepción de la imagen corporal son:

Sección transversal de la médula espinal, en la cual se ha perdido la inervación tanto aferente como eferente (sintiéndose el paciente seccionado a nivel de la cintura).

Lesiones del lóbulo parietal.

La *anosognosia* se define como la ausencia de conciencia de enfermedad, ya sea como la indiferencia ante la enfermedad, bien una hemiplejía o una ceguera (Anosodiaforia), ya sea como el no reconocimiento o ausencia de conciencia del cuerpo, un miembro o un hemicuerpo (Hemianosognosia).

Los estudios de Anton y Babinski sobre la *anosognosia* constituyen una contribución ulterior para la comprensión de la estructura del modelo postural del cuerpo. Los pacientes de este tipo o bien no advierten la presencia de una parálisis o bien se olvidan por completo de un lado entero de su cuerpo. Cuando el sujeto ignora un lado del cuerpo, parte de las sensaciones pueden transferirse al lado sensible del cuerpo. La omisión de las impresiones recibidas por una mitad del cuerpo, la no percepción de una mitad, puede darse sin la transferencia de los impulsos hacia el otro lado. De modo entonces que puede basarse en un mecanismo del tipo llamado puramente psíquico. Pero también puede deberse a mecanismos orgánicos. Este mecanismo regresivo orgánico puede ser de carácter general - "*Korsakoff*" - pero también puede basarse en una lesión focal. La regresión orgánica puede llevar o bien a pasar por alto la hemiplejía o bien a descuidar

por completo un lado del cuerpo. También puede provocar ilusiones y distorsiones con respecto a la percepción de dicho lado. En la mayoría de estos casos, hay perturbaciones de la sensibilidad que indican una seria lesión de las vías de conducción centrales; pero existe una perturbación en el mecanismo parietal especial, cuya integridad asegura el modelo postural del cuerpo. Todos estos mecanismos deben hallarse en perfectas condiciones para poder alcanzar un acabado conocimiento del modelo postural de nuestro cuerpo.

Las percepciones, en todo el campo de la Psicología, tienen significado sólo en la medida en que constituyen la base para las acciones.

El modelo postural del cuerpo – el conocimiento de los miembros y de sus relaciones recíprocas – es necesario para iniciar cualquier movimiento. Y aun en todas las acciones dirigidas contra el propio cuerpo, también es necesario su conocimiento. Cuando el conocimiento de los miembros no basta para iniciar el movimiento, el individuo acrecienta sus conocimientos mediante movimientos de prueba. Todo conocimiento sin movimiento debe ser siempre incompleto. El espacio de nuestro cuerpo posee una caracterización particular, pero además hace falta un conocimiento espacial del ordenamiento de las partes separadas de nuestro cuerpo, para tener éxito en los movimientos hacia dichas partes.

En casos de *histeria* y en los de la llamada *aliquiria*, la parte psicógena de nuestras emociones vinculadas con el modelo postural del cuerpo provoca fenómenos muy semejantes a la represión orgánica. No sólo hacen falta movimientos activos voluntarios y semivoluntarios para

construir el modelo postural del cuerpo, sino también todo el estado tónico del cuerpo habrá de darle forma al modelo postural. Es muy especialmente el tono de los reflejos posturales y rectificatorios el que distorsiona el modelo postural del cuerpo, y será en el tono donde se construya un modelo postural correcto del cuerpo. Pero entre estas actitudes cambiantes y los diversos impulsos, el modelo postural del cuerpo corre peligro de no proporcionar ninguna ayuda definida. El único remedio es, entonces, la construcción de posturas primarias.

Cuando el punto hacia donde se dirige el movimiento se halla determinado, la acción debe adaptarse al objeto hacia el cual apunta dicho movimiento. El conocimiento de este objeto es indispensable, entonces, para poder manipularlo. Siempre que una *agnosia* o cualquier dificultad semejante nos impida adquirir una percepción nítida de un objeto dado, la acción resultará, en consecuencia, deficiente; pero la *apraxia* es la incapacidad para manipular un objeto, pese a retenerse el conocimiento teórico de dicho objeto. Siempre resultó en extremo difícil distinguir entre las distintas perturbaciones de la percepción y, en particular, entre las agnosias y las dificultades para la acción. Heilbronner, sobre todo, fue quien señaló esta dificultad. Sabemos bien que, desde un punto de vista metodológico, siempre que se planteen dichas dificultades habrá implicados problemas de cierta importancia. Verdad es que toda percepción cabal sólo es posible cuando podemos manipular el objeto experimentado. El conocimiento y la percepción no son productos de una actitud pasiva, sino que se adquieren

mediante un proceso activo, en el cual la motilidad como tal desempeña su papel.

Claro está que todo el problema resulta incomprensible, si se toma la motilidad como unidad indiferenciada. Pero la motilidad presenta planos muy distintos. Cuando hay apraxia, se presenta gran parte de la motilidad ubicada en otro plano. De otro modo, no sería posible ninguna percepción de cierto valor. Aún la falta de acciones en el plano superior habrá de provocar una disminución definida de nuestro conocimiento de los objetos.

La acción puede ser o bien una acción sobre nuestro propio cuerpo o el cuerpo de alguna otra persona, o bien puede hallarse dirigida hacia un objeto definido. Dado que el conocimiento de nuestro propio cuerpo es una función gnóstica diferente de las funciones gnósticas relativas a los objetos, el individuo puede fracasar en las acciones concernientes a su propio cuerpo y desempeñarse satisfactoriamente en las referentes a la de otros objetos. En otras palabras: la ejecución cabal de un movimiento que tiene por meta nuestro propio cuerpo depende del conocimiento del modelo postural del cuerpo y de la posibilidad de aplicar nuestro conocimiento a la acción. No cabe ninguna duda de que los movimientos que tienen su meta sobre nuestro propio cuerpo difieren psicológicamente y, por lo tanto, también fisiológicamente, de los movimientos referidos a los objetos. No se conoce ningún caso en que el empleo del conocimiento de los objetos sufra perturbaciones, siendo normal el del conocimiento del propio cuerpo. La aplicación del conocimiento del cuerpo en las acciones dirigidas hacia el propio cuerpo es, pues, la función más vulnerable. Claro está que para el

individuo también es importante encontrar un punto determinado de su cuerpo, por ejemplo, cuando dicho punto es fuente de dolor; pero en tal caso habrá mecanismos primitivos de nivel inferior que acudirán en ayuda del sujeto. Es de vital importancia, sí, encontrar la boca del propio cuerpo y también es cierto que hay individuos que pueden verse imposibilitados de hacerlo; pero no lo es menos que la orientación final puede alcanzarse igualmente, merced a la ayuda de una corrección táctil inmediata; de modo tal que el propio cuerpo ofrece, gracias al múltiple flujo de las sensaciones, la posibilidad de rectificar la acción errónea dirigida hacia el propio cuerpo, cuando ha fracasado el primer movimiento. La imagen corporal desempeña, por lo tanto, un importante papel en todo movimiento; pero adquiere mayor significación en aquellos casos en que el movimiento se dirige hacia el propio cuerpo.

En los *fantasmas* de personas que han perdido sus miembros en forma más o menos repentina, es donde el modelo postural del cuerpo adquiere su expresión más evidente. La actitud hacia el fantasma demuestra que las personas afectadas por la pérdida de un miembro procuran crear la integridad del cuerpo. Tienen éxito en esta recreación, sobre todo cuando existen parestesias de tipo periférico que contribuyen al proceso constructivo. La estructura fisiológica del fantasma y del modelo postural del cuerpo es en sí misma, generalmente, muy semejante a las estructuras psicológicas relacionadas con el cuerpo como un ente total y con su integridad. Los factores psicológicos determinan la forma final del fantasma y también la forma final de la no-percepción de ciertas partes del cuerpo.

Cuando se amputa una pierna, aparece un fantasma: el sujeto siente todavía su pierna y experimenta la impresión de que aún la tiene. Dice Schilder que este fantasma, esta imagen animada de la pierna, es la expresión del esquema corporal.

El primero que observó este fenómeno fue Weir Mitchell. La mayoría de los investigadores ha comprobado que el fantasma se halla representado principalmente por sensaciones táctiles y kinestésicas. Pero, se ha advertido que casi siempre hay también imágenes ópticas relativas al fantasma. Al principio, el fantasma suele adoptar la forma de la extremidad perdida, aunque con el transcurso de los años va cambiando de forma, desapareciendo algunas de sus partes.

“El fantasma de una persona amputada es, por lo tanto, la reactivación, por parte de las fuerzas emocionales, de un patrón perceptivo determinado.” (Schilder, 1977).

Para finalizar, la *dismorfofobia* designa el temor de ser disforme o convertirse en ello.

Se define como la preocupación excesiva por una deformidad física (más o menos evidente o fantaseada), fealdad e incluso por la exhalación de malos olores. Dicha preocupación puede recaer en una parte determinada del cuerpo (nariz, orejas...) o en el cuerpo completo (estatura, obesidad, delgadez) provocando gran sufrimiento en quien lo padece, que acudirá a distintos médicos (médicos de familia, cirujano plástico, etc.) en un intento de remediar la supuesta deformidad. Sería una hipocondría de la estética.

Este fenómeno está sujeto a una afiliación psicopatológica, sindrónica y nosológica evidentemente pluralista:

Puede ser considerada como una auténtica fobia, formando parte del cortejo sindrónico de una fobia, un trastorno depresivo o un trastorno neurótico. También se ha señalado que la mayor parte de las dismorfofobias son fenómenos depresivos y que existe relación de semejanza entre la dismorfofobia y la despersonalización.

Como fobia anancástica dentro de la enfermedad obsesivo compulsiva.

Convicción delirante sobre la deformidad corporal, delirio dismórfico, o desprender mal olor, delirio autodisósmico, propio de un delirio depresivo. La dismorfofobia como estructura prepsicótica o psicótica aparece referida a la imagen corporal en trastornos como la anorexia mental o la obesidad.

Como alucinación olfativa corporal, frecuente en Esquizofrenias residuales y psicosis exotóxicas.

Como una actitud afectiva constituido sobre la plataforma de un sentimiento de inseguridad o personalidad insegura incluso anancástica, formando parte del desarrollo neurótico de la personalidad.

Como preocupación legítima de un sujeto normal que realmente padece la deformidad, incluso la halitosis.

La dismorfesia se encuentra sobre todo en la época de la adolescencia. Se caracteriza por un sentimiento peyorativo referente al peso, talla, proporciones del cuerpo en general y en particular sobre el aspecto del rostro y de los caracteres sexuales.

Si bien, a veces, las quejas van referidas a una parte del cuerpo, pueden también desplazarse, mostrando de este modo que el síntoma no se refiere únicamente a una sola región, sino al cuerpo en sus partes con relación a la totalidad.

3.3. Patologías de la Imagen Inconsciente del Cuerpo.

Un ser humano que no presenta anomalías neuromusculares o neurovegetativas, puede haberse encontrado con la imposibilidad de estructurar su primera imagen del cuerpo e incluso de sostener su narcisismo fundamental. Basta con que haya padecido rupturas dañinas del lazo precoz con su madre, sea en el curso de la vida fetal simbiótica, sea en el de su vida de lactante, período en que el equilibrio de la díada madre-hijo es esencial para su devenir humano.

La sustentación del vínculo inconsciente de deseo entre el feto y su genitora, y viceversa, es lo que permite al niño vivir sanamente su vida fetal. Ya no es lo mismo si la madre olvida que está encinta. En realidad en este caso, se trataría de un poderoso traumatismo psíquico en la gestante que ha sacudido hasta el sentido de su vida; quizás incluso, para haber tenido efecto sobre el feto, le ha hecho también olvidar su propia existencia.

Algo semejante se produce en los niños cuya madre sufre una hemorragia al dar a luz. Este peligro amenaza a los niños que nacen sin cesárea con placenta proveía, y que sobreviven. Están como en ruptura del vínculo simbólico con su madre, ella de su vínculo simbólico con ellos,

durante las horas en que la madre se halla en peligro de muerte y el propio niño en reanimación. La cohesión sujeto-imagen del cuerpo-esquema corporal no ha podido constituirse, porque para ellos, ir hacia la vida era correr el riesgo de morir. Algo se quebró en el vínculo de la madre con su recién nacido, debido a que en el momento del nacimiento la alegría dio paso a la angustia de una muerte inminente.

Si la madre muere finalmente de las secuelas del dramático parto, tras mantener algún tiempo de intimidad con su bebé, ello puede tener el efecto de vedar al niño su estructuración en un narcisismo primordial cohesivo. Estos dos choques sucesivos para el niño, parto de alto riesgo y luego muerte de su madre, provocan la ruptura del primer vínculo humanizador.

La muerte precoz de una mamá que se ocupaba totalmente de su hijo suprime el lugar del vínculo en el cuerpo del niño, que hacía la mediación del niño con el lenguaje y con la existencia humana que este único adulto le procuraba.

En estos casos hay dos niveles de heridas:

Una, en la relación del sujeto con su cuerpo propio, debido a que la imagen del cuerpo es apuntada de una zona erógena que se ha marchado con la madre, que era el olfato y la deglución del bebé. Esta imagen del cuerpo puede serle devuelta si se le trae nuevamente, por así decirlo, material o sutilmente, el olor de su madre conservado en sus ropas. Lo que recobra vida entonces es su cuerpo. Es su imagen de base, de cuerpo propio.

La otra herida, el trauma más profundo, es la pérdida de la relación



intersíquica que existía ya, a veces de gran intensidad, entre el lactante y su madre. Esta herida solo puede ser reparada mediante palabras verdaderas, pronunciadas por alguien que el niño conoce.

Cuando el bebé sobrevive a esta inminente muerte simbólica que le ha amenazado en sus zonas erógenas y hasta en su ser de deseo de comunicación, la consecuencia residual mínima de estos acontecimientos traumáticos y mutiladores es el retraso y los defectos de lenguaje.

Cuando no ha habido destete, es decir, separación del contacto cuerpo con cuerpo hasta allí constante para todas las comidas; o, en el caso extremo de un destete cumplido por abandono o muerte de la madre, pueden producirse severos traumas. Hay entonces entrada en un mutismo psicógeno sin daño de la audición.

En cuanto a los niños llamados *psicóticos*, enmudecidos, inestables, amurallados en la incomunicabilidad o en el sufrimiento psíquico, raramente tienen alterado su funcionamiento orgánico. El sujeto, que ha estado en el origen de su encarnación en el momento de su concepción y que ha sobrevivido al momento del nacimiento, parece ausente. Pero ¿dónde se encuentra?. En cualquier caso, no asume, por mediación de la imagen del cuerpo, un esquema corporal que vive a solas, como un espécimen anónimo de la especie. Cuando el sujeto se desolidariza de su cuerpo se trata de pulsiones de muerte del sujeto.

El *autismo* se agrava entonces de día en día, apuntando a yugular las fobias, vedando al deseo toda tendencia de objetos, y sin poder llegar a ello porque en el ser humano el vivir va sin cesar acompañado por una función

simbólica, y ésta, en sus imagerías abandonadas por objetos parciales carentes de intención, se torna cada vez más aterradora. La fobia se vuelve persecuidora y el niño cae en estados psicóticos graves.

El niño psicótico es el asiento de un verdadero tumor de la simbolización, de un tumor imaginario construido por una función simbólica que ha funcionado al vacío y sin ninguna posibilidad de relación con otro ser humano.

El esquema corporal, correspondiente a su edad, no se ha entrecruzado con las mediaciones necesarias para la elaboración de una imagen del cuerpo correspondiente, y de ello se sigue un retraso psicomotor y un retraso de lenguaje.

Muchos niños presentan actualmente este tipo de problemática de inadaptación precoz para la que el diagnóstico vacila entre neurosis y psicosis. Se puede decir que la psicosis infantil aparece en familias en las que ambos padres han tenido que superar, cada uno en la propia familia, un episodio traumático inconsciente en sus relaciones con sus propios padres, previo a la edad del Edipo.

Los procesos de la imagen del cuerpo dependen siempre, para desarrollarse, de una relación afectiva, mientras que el esquema corporal puede desarrollarse hasta en condiciones de desamparo afectivo.

La etapa de aprendizaje de la marcha y de la autonomía corporal en el espacio puede ser origen de la destrucción de una imagen del cuerpo hasta entonces sana.

La " imagen del cuerpo sana " es una imagen del cuerpo que permite la comunicación interhumana, la manipulación lúdica y utilitaria de los objetos, asociada a cierta intencionalidad, creadora de complicidad en relación con todo lo que sucede, la relación fecunda entre el niño y las personas de su familia, creación y fecundidad productivas en relación con el estadio de evolución de este niño. Una imagen del cuerpo que, en suma, permite al niño desarrollarse.

Los niños psicóticos, anulados para el deseo y que han introyectado la prohibición del desear, suelen caer en accidentes psicosomáticos y se enferman. Si su cuerpo resiste, se convierten en niños peligrosamente caracteriales.

En la prepsicosis, el narcisismo de la imagen del cuerpo del niño resulta desolidarizado del esquema corporal de su edad fisiológica; en donde a consecuencia de actitudes contradictorias de la madre, el niño queda sometido a la introyección de emociones insólitas, sin representaciones.

Surgen entonces en lo inconsciente los efectos de las pulsiones de muerte, que invisten en todo o en parte tal o cual zona funcional o erógena de su cuerpo, y esto provoca, por ejemplo, *anorexia*, *vómitos*, *encopresis*, *enuresis*, *insomnio*.

Estos niños llegados al límite de lo viviente y que son sujetos de extrema inteligencia, ya no pueden tragar, ya no pueden masticar: Su anorexia, que es una falta generalizada del deseo de amar, del deseo de desear, del deseo de intercambiar, es muy particular y psicótica.

Cuando se los quiere ayudar a beber, todo se derrama, estos niños han perdido los referentes de la relación de la zona (erógena y funcional) oral de tragar.

Se podría decir que se trata aquí de un proceso de autismo, de un desajuste entre el tren de vida relacional actual y su imagen existencial: de ahí el retorno a ciertas componentes de la imagen del cuerpo del niño que no puede seguir constantemente focalizadas en su esquema corporal de hoy, y hacerle corresponder la manifestación de sus deseos de sujeto.

La imagen disociada se escabulle del presente del sujeto: el cual, para no quedar mutilado, cosa que sucede cuando la afectada es la imagen de base, y para recuperar su narcisismo, regresa a una imagen del cuerpo anterior, a una ética arcaica del narcisismo, ética pasiva o agresiva. Esta se manifiesta en cóleras clásicas que escapan a su conciencia, lo cual por otra parte es menos grave para el futuro del desarrollo del niño que los estados estuporosos casi catatónicos, debidos a la regresión a una ética pasiva.

Posteriormente, en el período de latencia, con el Edipo se inauguró en el niño el narcisismo secundario, es decir una actitud emocional (activa y pasiva) respecto de si mismo en cuanto presentificado en el mundo por este cuerpo, con el sexo que tiene, para el que han quedado definitivamente vedadas las realizaciones procreadoras con los familiares. Después de un complejo de Edipo bien resuelto el individuo responde de una libido sólidamente estructurada para el porvenir, esa solidez aun necesita de la ayuda del entorno, y sobretodo que no surjan incidentes traumáticos emocionales en cascada.

Los niños de ambos sexos son todavía frágiles y pervertibles, debido a que sus éxitos o fracasos suscitan efectos desnarcizantes o, por el contrario, narcisizantes, sobre sus padres. Y en particular, sobre el padre que aun necesitan referirse – según su sexo- para alcanzar una estatura de adulto. Mientras que se mostraron completamente sanos en su vida familiar y social hasta la edad de las opciones genitales y después de Edipo, y que en la realidad no sean producidos incidentes, he aquí que con la nubilidad, en ciertos adolescentes o incluso en ciertos adultos jóvenes, aparece una angustia con efecto de extenuación que desorganizan el psiquismo: efectos inhibidores, destructores psicossomáticos.

Puede existir también estados de angustia mortífera que provoca depresiones, acting out de desesperación, con ocasión, por ejemplo, de la supuesta traición de los amigos.

Hay dos maneras, para un sujeto que ha alcanzado el narcisismo secundario característico de un post-Edipo sano, de desnarcisizarse, y en una forma que rápidamente ejerce efectos descreativos y mortíferos serios. O bien es la respuesta negativa a su deseo, y entonces ya no tiene razón para seguir existiendo, y aquí la destrucción de todas sus imágenes del cuerpo, que le hace perder los derechos e inclusive los medios para intentar seducir. O bien el otro deseado reacciona como si este deseo no le concerniera, lo cual puede ser entendido por el enamorado como si su deseo estuviese prohibido por una seudomagia.

En la patología de las imágenes del cuerpo después de la castración edípica, y luego en el periodo de latencia, al comienzo de la vida

responsable en sociedad, los adolescentes presentan con gran frecuencia desde el punto de vista clínico, problemas de *anorexia*, a veces leves pero que pueden hacerse gravísimos. Es preciso conocer este síntoma en relación con la imagen del cuerpo. No se remonta a la etapa del Edipo sino a mucho antes, entre los tres y seis años. El Edipo no ha hecho más que reestructurar lo que había sucedido cuando eran más pequeñas.

La *anorexia mental* o la *bulimia*, estos síndromes mucho más frecuentes en las niñas que en los varones en la etapa de la adolescencia o de la pubertad, son síntomas que encuentran sus raíces libidinales entorno a la época de una castración primaria que fue muy mal sostenida por la educación de la madre. En los varones, la bulimia es a veces un síndrome del periodo edípico; y, durante la fase de latencia, más bien se da la anorexia; en la adolescencia, otra vez la bulimia. En las chicas, la anorexia aparece en el momento del empuje puberal, y aun después.

Se trata de una perturbación en las relaciones reales entre la niña y su madre, entre la niña y la comida, entre la niña y su padre, entre su feminidad imaginaria y su inexperiencia de los varones, entre la niña y su espejo. Engordar, palabra inconscientemente referida a la de embarazo, peligroso para la estética de una joven que quiere seducir: Esto, supuestamente, le impediría gustar. Pero a quien quiere gustar es sobre todo a ella misma en el espejo, a ella misma en su propia mirada, borrando todas las redondeces femeninas de su cuerpo, incluso las más discretas.

Su problema tiene raíces en un conflicto de amor y de deseo respecto del padre, y en un conflicto de feminidad rival con la madre.

Los *vómitos del embarazo*, en la mujer encinta, también proceden de un conflicto que se remontan a la imagen del cuerpo de la primera edad, a la vez en el destete y en el inicio del Edipo.

Se ha dado el nombre de *histeria* a comportamientos que inconscientemente tendían a la manipulación del otro; mientras que se da el nombre de *trastornos psicósomáticos* a afecciones funcionales del cuerpo que no se deben a causas orgánicas: no hay infección, no hay incluso, al menos en un principio, trastornos lesionales; no hay trastornos neurológicos; y sin embargo el individuo padece un desarreglo de su salud, sufre. Su cuerpo esta enfermo, pero el origen de su desorden funcional fisiológico es un desorden inconsciente psicológico.

Una parálisis histérica conturba o hace sufrir a un individuo, inconsciente de ser él mismo el que la ha provocado; su meta inconsciente era manipular a otro por quien se siente frustrado, pero finalmente queda prisionero de un decir en su cuerpo, al que cree atacado por un agente exterior, microbiano, por ejemplo, o por un accidente causado por su torpeza y que le impide moverse. Se siente víctima de una causa que le es ajena, mientras que en realidad, sin saberlo, él mismo se autovictimiza, para un fin inconsciente, que es el de actuar sobre su entorno o vedarse él mismo el actuar. En el caso de la psicósomática, de lo que se trata es de los efectos de una lucha inconsciente (a descifrar) entre las instancias de la psique, que se hallan en contradicción en el propio interior del individuo; mientras que la histeria es una lucha imaginaria entre un individuo y otro, del que desea o

teme inconscientemente una satisfacción en una realidad que no sabe dominar de otra manera.

El trastorno psicossomático actual es la repetición, a veces amplificada, de una disfunción pasada, real o imaginaria, del cuerpo propio del paciente.

En la histeria, el que está en peligro es el narcisismo secundario; en el caso psicossomático, sería el narcisismo primario. En la histeria, la ética de lo erótico se ordena en torno a la genitalidad; en lo psicossomático, se ordena en torno a la dependencia del comer y del hacer, o de la autonomía con respecto al ser amado en la infancia, el ser amado en la relación electiva donde él ha podido acompañar los difíciles trances de las castraciones anales y orales.

Si la imagen de base se ve afectada, hay desvitalización parcial o total y hasta una reacción lesional. Si la afectada por un suceso traumático que no se habla, es la imagen funcional, hay reacción funcional, humoral, neuromuscular. Efectos descompaginadores de la homeostasis y del tono, con punto de partida inconsciente, alteran mas o menos el Yo y el orden de las instancias psíquicas, y, a partir de aquí, el comportamiento como expresión global del lenguaje. Si la afectada es la imagen erógena, puede haber anulación o, por el contrario, sobreexcitación del deseo, de una manera que desborda lo que el sujeto es capaz de dominar en cuanto al paso de su expresión al esquema corporal.

Los síntomas pueden ser entendidos como el lenguaje del Yo inconsciente en cuanto solidario del cuerpo propio, lugar del esquema corporal.



CAPÍTULO CUATRO.

COMPARANDO LOS TÉRMINOS DE ESQUEMA CORPORAL, IMAGEN CORPORAL E IMAGEN INCOSCIENTE DEL CUERPO.

El presente capítulo tiene como finalidad comparar, estableciendo similitudes y diferencias de los conceptos teóricos en cuestión.

Del análisis de algunos de los enfoques teóricos, se desprende que la imagen corporal se halla indisolublemente ligada a la realidad física, al cuerpo biológico, pero es producto tanto de la elaboración psíquica como de la interacción social. Esto lleva a decir que la noción de esquema corporal corresponde al sustrato neurológico de la imagen corporal; vinculado a las sensaciones cenestésicas y musculares, contiene los esquemas de acción y las preformas motrices elementales. En cambio la imagen inconsciente del cuerpo es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia. Es específica de un tipo de relación libidinal.

Con lo anteriormente expuesto se quiere subrayar la idea de que el esquema corporal tiene una base orgánica, ya que es un conjunto de gnosias organizadas en forma dinámica. El curso de su organización consiste en la aferencia simultánea de un conjunto de estímulos que llegan a la corteza cerebral, creando así las condiciones para una síntesis, por la única circunstancia de coincidir. Cuando esta coincidencia se repite varias veces, la síntesis tiende a consolidarse. Coincidencia en el tiempo,



reiteración, reforzamiento y motivación, serán las condiciones para la elaboración de los estereotipos sensoperceptivos o gnosias.

En comparación, la imagen corporal una fisiológica y libidinal. Con respecto a la primera, depende del mundo que tiene la apariencia de inanimado. En la esfera libidinal depende de nuestras actitudes para con el objeto de amor, es decir, del mundo que tiene la apariencia de lo animado.

Y por último, que la imagen inconsciente del cuerpo se relaciona con la comunicación, siendo soporte del narcisismo.

Como segundo punto de comparación, se puede decir que el esquema corporal es una percepción conciente, ya que nos hacemos claramente conscientes de nuestro cuerpo o de partes del mismo sólo en determinadas circunstancias; la imagen corporal está representada por procesos concientes e inconscientes; y la imagen inconsciente del cuerpo es eminentemente inconsciente, aunque puede tornarse conciente y preconciente por medio del lenguaje.

Con respecto a la estructuración, puede decirse que la imagen corporal está compuesta por una base fisiológica y una libidinal; la primera integrada por sensaciones e impresiones y la segunda, por la relación con el objeto de amor.

La imagen inconsciente del cuerpo está compuesta por una imagen de base, una funcional y una erógena, estructurándose por medio de la comunicación y la castración. El esquema corporal se halla organizado por información cenestésica y propioceptiva.

Como tercer eje, se puede plantear al esquema corporal como una percepción; a la imagen corporal como una apariencia, ya que es más que una percepción, una sensación o imaginación. Es una imagen tridimensional, anatómica, que todo el mundo tiene de sí mismo. La imagen inconsciente del cuerpo, en cambio, es memoria inconsciente de las vivencias relacionales.

El esquema corporal al igual que la imagen corporal permite la posición vertebral equilibrada y la localización de excitaciones y de las correspondientes reacciones. En todo movimiento, la relación espacial entre las diferentes partes corporales está cambiando constantemente. Las aferencias sensoriales provenientes de los propioceptores en los músculos y las articulaciones brindan información sobre la posición de las partes del cuerpo en cualquier movimiento. Esta aferencia propioceptiva de cada parte es integrada en la percepción espacial de todas las partes en el esquema corporal. Este es un punto de divergencia con la imagen inconsciente del cuerpo, ya que ésta posibilita la estructuración subjetiva del niño.

El esquema corporal se desarrolla mediante el aprendizaje y la experiencia. Se va organizando sobre la base de estructuras innatas, en las que se apoyan e intervienen los procesos madurativos, de desarrollo y de aprendizaje, contando además con otros factores no menos decisivos, para la correcta adecuación neuropsicológica de esta estructura compleja, tales como los fenómenos psicológicos y sociales concurrentes en el desarrollo del niño.

La imagen corporal se estructura por medio de la experiencia, la actividad, la enseñanza y la actitud emocional; en cambio, la imagen inconsciente del cuerpo por la comunicación entre sujetos.

De lo anteriormente planteado, se desprende que el esquema corporal es el mismo para todos, al igual que la imagen corporal; mientras que la imagen inconsciente del cuerpo es propia de cada uno, específica de una libido en situación.

La imagen inconsciente del cuerpo preexiste a la concepción, encarna al deseo de sus progenitores, en cambio el esquema corporal y la imagen corporal implican un proceso gradual a partir del nacimiento.

Por último, se puede decir que los procesos de la imagen del cuerpo dependen siempre, para desarrollarse, de una relación afectiva, mientras que el esquema corporal puede desarrollarse hasta en condiciones de desamparo afectivo.

Luego de lograr estas comparaciones, puede observarse que las confusiones se refieren a Esquema Corporal e Imagen Corporal, y no a Imagen Inconsciente del Cuerpo, que parece tener una delimitación más clara. Estos dos conceptos no parecen ser antagónicos, sino que la confusión se debería a que se originan en marcos teóricos diferentes y en épocas distintas. Es por esto que puede considerarse que la imagen corporal, es un concepto posterior y que influenciado por nuevos aportes teóricos, amplía y desarrolla el concepto de esquema corporal.

El esquema corporal tiene sus raíces en el marco de la neurología, a principios del siglo XIX; época en que la verdad es demostrada a través de lo

observable y medible. El interés por indagar el cuerpo desde la neurología surge en virtud de correlacionar alteraciones específicas en el conocimiento del cuerpo propio con lesiones locales del cerebro.

La imagen corporal aparece posteriormente, en pleno auge del psicoanálisis y de la Gestalt, en donde comienzan a otorgar un lugar de suma importancia a la influencia emocional y social. De esta manera se examinan las ideas de Head, proponiendo una nueva visión del esquema corporal.

Pareciera que los términos se van adaptando al paradigma científico de la época. Puede percibirse una evolución en las concepciones relativas a la imagen del cuerpo que ha ido, con el tiempo, sustrayéndose de la influencia neurológica o psiquiátrica para tomar un sentido psicológico en la medida en que se ha resaltado el carácter de la imagen como construcción y no exclusivamente como alteración. Desde los inicios del siglo XIX, el objetivo para el saber científico ha sido la demostración de la verdad y se ha caracterizado por la exclusión del deseo como causa de su funcionamiento.

Antes del desarrollo del discurso científico el objeto de observación era una totalidad, y su interior permanecía ininteligible.

El discurso médico fue tomando posesión para dar respuesta a este interior que permanecía invisible hasta llegar a tener la hegemonía en dar respuestas al padecimiento corporal. Para lograr este objetivo llevaron a cabo observaciones de pacientes con manifestaciones clínicas.

A partir de la década de 1930, comienza a realizarse una serie de estudios, cuyo protagonista principal es el esquema corporal del niño,

entendido como un todo. Elementos tales como el establecimiento de la lateralidad, nociones temporales y espaciales, desarrollo de la escritura incluido dentro del marco de la evolución motora general, van ganando una importancia cada vez mayor.

En la década de 1950 la escuela de Ajuriaguerra realizó una serie de investigaciones en las que se mostró la relación existente entre los desórdenes del esquema corporal y trastornos específicos de una función.

Los diferentes desarrollos conceptuales, han dado lugar en su especialización extrema, a un localizacionismo que no da cuenta del cuerpo como una construcción particular, sino que homologa para todos los individuos un concepto que remite a una relación causal entre un fenómeno clínico patológico observable y una alteración fisiológica y neurológica determinada.

Posteriormente, ante la insuficiencia de algunas explicaciones médicas los investigadores recurren a la Psicología como una alternativa viable para incluir el aspecto relacional de la constitución del cuerpo que el modelo médico deja de lado.

Esta vía de abordaje intentó demostrar que la conciencia del cuerpo es un proceso paulatino ligado a la relación vincular entre el niño y la madre, desde un estado de indiferenciación con el que se nace, hasta generar una forma de comunicación tónico postural que le permitirá generar una diferenciación entre experiencias de satisfacción y experiencias de aumento de tensión.

Esta discriminación es posible a partir de la relación que se establece entre



sus demandas canalizadas a través de la función tónico postural y las reacciones emotivas que se generan a partir de ellas en los demás.

En los trabajos de Freud el concepto de cuerpo comienza a tener una mirada diferente de la que tiene el médico, biólogo o anatomista. Según este autor, vivimos el cuerpo como pulsiones parciales que funcionan y tienden a satisfacerse independientemente, todas tienen los mismos derechos, cada una persigue su propia meta y están cargadas de un valor determinado por las experiencias de satisfacción o frustración por las cuales haya atravesado, experiencia que depende de la singularidad de la propia historia.

A partir de sus trabajos, cambia la perspectiva de análisis de los síntomas corporales, comenzando a vislumbrar la posibilidad de que tengan relación con conflictos emocionales y que tengan un significado psíquico.

En la descripción de los fenómenos histéricos Freud sostiene que una parte de ellos son originados por afectos ideógenos, es decir, que son producidos por percepciones y representaciones.

Schilder, influenciado por las teorías de su época, psicoanálisis, gestalt, sociología, expone que la imagen corporal es la representación mental del propio cuerpo, y dice que no se trata de una mera percepción, como decía anteriormente el neurólogo Head, sino de la integración de diferentes gestalten. La gestalt biológica sería estable: depende de factores hereditarios y genéticos, mientras que la gestalt en continua modificación depende de las impresiones sensoriales y motrices y de los factores sociales-ambientales y libidinosos. Rescata la importancia del dato visual que Head desestima y plantea que los datos ópticos y kinestésicos son

indisociables, pero considera a diferencia de los autores anteriores que la percepción no se da sola sino que siempre existe el impulso al movimiento, aún en casos de parálisis total es decir que la percepción y la respuesta motriz se dan siempre en todo comportamiento.



CAPÍTULO CINCO.

CONCLUSIONES

Probablemente no se dispone de una definición consensuada de Imagen Corporal y Esquema Corporal y para poder avanzar en la precisión de los términos se deberá asumir que se está ante constructos teóricos multidimensionales, y que sólo haciendo referencia a varios factores implicados se podrá intuir a qué se está refiriendo.

El diálogo entre las disciplinas y la evolución de los movimientos sociales, muestran cómo se produce históricamente el conocimiento sobre el cuerpo y cómo se integran los distintos saberes.

Puede pensarse que las diferencias entre los distintos conceptos tomados en cuenta se deben a una evolución de los términos, producto de la subjetividad de la época.

Kuhn sostiene que la adquisición de un paradigma y el tipo de investigación que este permite, es un signo de madurez en el descubrimiento de cualquier campo científico dado. Las transiciones de los paradigmas son revoluciones científicas y la transformación sucesiva de uno a otro, es el patrón usual de desarrollo de una ciencia madura. Para ser aceptado como paradigma una teoría debe parecer mejor que sus competidoras. Su surgimiento afecta la estructura del grupo que practica ese campo. En el desarrollo de la ciencia normal, cuando se produce una síntesis capaz de atraer a la mayoría de los profesionales de la generación siguiente, las

escuelas antiguas desaparecen. El nuevo paradigma implica una definición nueva y más rígida del campo.

Los nuevos paradigmas nacen de los antiguos e incorporan gran parte del vocabulario y de los aparatos, que previamente se utilizaron.

Una vez que el descubrimiento es asimilado, los científicos están en condiciones de explicar una gama más amplia de fenómenos naturales, o explicar con mayor precisión algunos de los ya conocidos; descartando, para lograr su objetivo, creencias y procedimientos aceptados con anterioridad. El fracaso de las reglas existentes es lo que sirve de preludio a la búsqueda de otras nuevas. La teoría nueva, es una respuesta directa a la crisis y muchas versiones de una, es un síntoma habitual. La crisis es la condición previa y necesaria para el nacimiento de nuevas teorías.

La decisión de rechazar o de aceptar un paradigma y el juicio que conduce a esa decisión, involucra siempre la comparación de paradigmas con la naturaleza y entre ellos. El rechazar un paradigma sin reemplazarlo con otro, es rechazar a la ciencia misma.

Luego de este recorrido bibliográfico, puede observarse un avance en las teorizaciones relativas a la imagen del cuerpo que han ido, con el tiempo y con el desarrollo científico, resaltando el aspecto psicológico en la medida en que se ha destacado el carácter de la imagen como construcción y no exclusivamente como alteración.

Desde los inicios del siglo XIX, el objetivo para el saber científico ha sido la demostración de la verdad y se ha caracterizado por la exclusión del

deseo como causa de su funcionamiento. Esto justifica la aparición del esquema corporal como un concepto observable y medible.

Con la influencia del psicoanálisis y la Gestalt, se comienza a dar importancia a otros factores como los sociales y libidinales, haciendo que la percepción conciente de nuestro cuerpo, el esquema corporal de basamento orgánico, se transforme en esa apariencia que será de ahora en más la imagen corporal.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL:

- Ajuriaguerra, J.; Rego, A.: "Manual de Psiquiatría infantil." 3° edición España. 1977
- Azcoaga, J. E.; Fainstein, J. D.; Ferreres, A. y col.: "Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y en el adulto (Neuropsicología)." Editorial Paidós. Bs. As.-Barcelona. 1983
- Békei, M.: "Imagen corporal y dolor en la teoría psicoanalítica." Revista de Psicoanálisis, editada por A.P.A. Vol. 43 N° 6 Bs. As. 1986
- Carballo Pastor, R.: "Psicología e imagen del cuerpo: aproximación a la historia de su estudio." Revista de Historia de la Psicología. Vol. 14 N° 3-4 España. 1993
- Doltó, F.: "La imagen Inconsciente del cuerpo." Editorial. Paidós. Bs. As. 1984
- Feld, V.; Rodríguez, M.: "Síndrome de heminegligencia atencional en la infancia." En "Neuropsicología del niño." Universidad Nacional de Luján.
- Kuhn, T.S.: "La estructura de las revoluciones científicas." FCE, México, 1986
- Levin, E.: "La clínica psicomotriz." Editorial Nueva Visión. Bs. As. 1991
- Levin, E.: "La función del hijo. Espejos y laberintos de la infancia." Editorial Nueva Visión. Bs. As. 2003
- Rolla, E.: "Esquema del cuerpo. Imagen del cuerpo." Revista de Psicoanálisis, editada por A.P.A. N° especial internacional Bs.As. 1995
- Schilder, P.: "Imagen y apariencia del cuerpo humano." Editorial Paidós. Bs. As. 1977