

Algunas neurológicas, del
inferencias embriológicas
psiquiátricas y psicoanalíticas esquema corporal (*)

W. CLIFFORD M. SCOTT

MONTREAL

En este trabajo, procuramos hacer un poco más que la revisión de las diferentes ciencias que se ocupan de aquellos hechos que deben ser integrados para elaborar el concepto del YO-REAL, o Esquema corporal, tal como lo expresamos aquí.

El material dado, especialmente en la sección psicoanalítica, junto con otros comentarios propios, es tan breve que forzosamente, requerirá un ulterior desarrollo en futuras publicaciones.

El problema de la naturaleza del Yo real debe ser planteado principalmente por tres razones. *Primero*, porque está presente en todo intento de esclarecimiento de los conceptos del desarrollo temprano y de las ulteriores manifestaciones en la vida adulta. Todo lo que pueda agregar claridad a este tópico, ha de ser de algún valor.

Segundo, este problema abre, según pienso, un amplio campo de fructífera colaboración en la investigación .que realicen embriólogos, neurólogos, psiquiatras y psicoanalistas. Tal cooperación puede darse mediante la observación sobre una misma persona, o a través de la formulación y descripción de hechos observados, por distintos individuos, en sus casos personales.

Lo que debe procurarse es que se reduzcan al máximo la creación de

* Traducido de Int. J. Psycho-Anal, XXIX, 1948 pp. 141-155.

nuevos términos y que éstos tengan una misma significación, cuando distintas personas se refieran a un mismo hecho.

Algunos aspectos de esta investigación deben procurar un más amplio reconocimiento de las teorías psicoanalíticas; otros han de requerir, simplemente, un mayor conocimiento. Y es con este último criterio, con el que se debe encarar el problema del esquema corporal.

A mi entender, la tercera razón por la que considero que importa el estudio de este problema, surge de mi creciente convencimiento de que es necesaria una nueva orientación en la formulación de las relaciones existentes entre el Ello y el YO.

No hay dudas de que *los puntos* de vista psicoanalíticos sobre la importancia de lo que es inconsciente y de lo que puede hacerse consciente, han experimentado un gradual desarrollo.

Pero hay dudas, quizá por las dificultades que hemos creado al intento de aclarar las relaciones entre psiquis y soma, entre cuerpo y mente, entre el Yo psíquico y el Yo corporal, casi como si esta relación fuera tan real como la existente entre uno y otro yo.

He llegado a pensar que se lograría un mayor progreso si los psicoanalistas procuraran encarar esta división entre el yo psíquico y el yo corporal como sintomática, como un síntoma de clivaje, (splitting) que no tiene por que ser, necesariamente, egosintónico.

A través de nuestra vida, las concepciones que determinan nuestra visión del mundo, y lo que sucede en él, se modifican notoriamente. Formamos parte de ese mundo y creemos en la existencia de una relación entre las fuerzas inconscientes del descubridor y los descubrimientos que provienen de la fuerza del mundo.

Sin embargo, todavía nos hemos valido escasamente de la capacidad modificadora de la realidad externa, en base al grado de mayor consciencia

que el individuo sea capaz de adquirir a través de su vida.

Los trabajos de genética, mostrándonos las mutaciones y el efecto de los cambios ambientales sobre características que se consideran determinadas por la herencia; los trabajos de embriología, que han ampliado los conceptos de integración y diferenciación; los bioquímicos, modificando nuestro conocimiento del valor del alimento; y la labor de *los físicos* y matemáticos que nos han suministrado nuevas concepciones del universo y más especialmente, nuevas ideas acerca de la relación de espacio y tiempo, deberán ser referidas, algún día, a la capacidad del individuo de conscientización.

Seguir la formulación de los físicos modernos y pensar en el “continuum tiempo espacio”, con la unidad de experiencia llamada un “acontecimiento” y su propio espacio y tiempo, es en realidad un paso tan importante, como lo fue la introducción de los números arábigos, con lo que se consiguió simplificar la dificultad que planteaban los números romanos.

Del mismo modo, cuando el problema que tenemos que considerar es el de la naturaleza del *yo real*, en cualquier etapa de su desarrollo, ya sea en la infancia, madurez o senectud, vemos los efectos de la disfunción o 21 desarrollo de lo que llamamos normal o función eficiente. Utilizamos nuestros sentidos para comparar (y valorar) la experiencia de nuestros pacientes y decidir si él es un alucinado; comparamos los datos recogidos, con nuestras creencias y en consecuencia, juzgaremos si está equivocado; y usamos nuestros conceptos de naturaleza de la realidad, de la naturaleza del cuerpo, o de las relaciones del cuerpo con la psiquis, etc., para enfrentarlos con los del paciente, cuando estamos empeñados en apreciar la naturaleza del desarrollo de su yo.

El valor o inutilidad de nuestro concepto de su Yo real es visto, no sólo cuando lo usamos con sujetos normales o neuróticos, sino cuando lo aplicamos a niños, psicóticos o individuos con enfermedades neurológicas.

Tratando con niños, psicóticos y pacientes con un proceso degenerativo neuronal, por un lado y con pacientes recuperados de ciertos tipos de desorganización por otro, el tradicional clivaje —soma-psiquis— se ha presentado, en mis manos, como un medio desventajoso.

En la búsqueda de una solución, uno ha tenido que utilizar términos; términos a veces inventados por uno mismo, o tomados de las expresiones del paciente; o utilizados por otros y a los que se les ha conferido un significado nuevo.

He adoptado el último criterio, ampliando el significado del término “esquema” y usando la expresión “esquema corporal” con el sentido que definiré y elaboraré en el presente trabajo.

Términos tales como “esquema vital” y otros semejantes han sido descartados porque ellos no enfatizan el rol central que el cuerpo juega en el esquema corporal.

En esta discusión, el límite corporal y los fenómenos relacionados con dicho límite, tienen una posición central (no periférica) en relación con todos los aspectos del esquema corporal que tengan que ver con distinciones y conexiones entre el mundo interno y externo, así como aquellas distinciones y relaciones entre un individuo y otro u otros.

Omitimos las expresiones de los pacientes. Lo hemos hecho, porque ninguna expresión nos ha parecido mejor que la de esquema corporal.

Pero también sustituiría ésta por otra, si encontrara una mejor.

Presento como ejemplo, el término empleado espontáneamente, por un paciente en la primera consulta psiquiátrica. Me adelanto a expresar que en la discusión de estos problemas, el término “esquema corporal”, se ha mostrado, a menudo, más útil. Un maestro casado, de 35 años, con un hijo de 6 meses, se quejaba que el coito con su esposa, se veía interferido por fantasías de experiencias sexuales con varones o niñas de edades entre dos y

catorce años.

Prosiguiendo su descripción, nos manifestó, que durante los últimos diez años, a pesar de este problema, en general, había mejorado. Había sido católico, pero diez años atrás “perdió el alma”. Afirmaba que había “cesado la necesidad de sentir que todas las experiencias no estaban incluidas en lo que él llamaba su cuerpo y su mente”.

Comprobó que había un incremento de su capacidad para enseñar y para compartir con niños y adultos, en los cinco años previos, cuando dejó de creer en cualquier diferencia esencial entre cuerpo y mente.

Cuando se le preguntó el nombre que dio o la forma en que denominó al momento en que dejó de interesarse en las diferencias entre alma —cuerpo y mente— respondió: “Yo, o mi enigma; el enigma del crecimiento y desarrollo”.

Los conceptos neurológicos de imagen corporal, o esquema corporal, etc.; los conceptos psicológicos de esquema, etc.; y los psicoanalíticos de Yo, imago, y objetos externos e internos, etc., pueden relacionarse hasta sus orígenes en lo que concierne al individuo.

Podemos intentar vincularlos, en base a su estado actual de desarrollo, considerando su actividad inmediata, así como previendo su actividad futura.

Antes de discutir estos conceptos en detalle, procuraremos dar una definición de esquema corporal.

El “esquema corporal” se refiere a las sensaciones, percepciones, concepciones, afectos, recuerdos e imágenes del cuerpo, conscientes o inconscientes, desde la superficie hasta la profundidad y desde la superficie hasta los límites de espacio y tiempo.

Nos hemos referido a las sensaciones, percepciones, concepciones, afectos, recuerdos e imágenes del cuerpo, conscientes o inconscientes, etc., pero esto no es todo, ya que al hablar de que los límites del esquema corporal van desde la superficie del cuerpo hasta los límites de tiempo y espacio, nos

vemos llevados a considerar la existencia de una parte de ese esquema que está sometida a cambios provenientes del mundo externo. Los límites de dicho esquema corporal, son los límites de tiempo y espacio.

Se pueden hacer críticas a esta definición. Una de ellas es que lo que he llamado “función corporal” ha sido enfatizada a expensas de la función psíquica.

Personalmente, no creo que sea así. En cualquier concepción integrada, el aspecto cuantitativo o el problema de que fue previamente considerado psíquico, existe y tendrá que ser resuelto en cada paciente y en cada situación dada.

Segundo; puede decirse que el concepto de Esquema Corporal es demasiado amplio para servir a un uso práctico. O que es otro término para “personalidad”.

Para responder a esta crítica, se requeriría un trabajo enteramente dedicado a los cambiantes usos del concepto de “personalidad”. Lo que podemos decir, sin embargo, es que, personalidad, nunca ha sido un término útil en la práctica psicoanalítica y que cuando se lo ha utilizado, ha sido más para expresar el concepto de Yo-corporal que el de Yo-psíquico.

Meyer (1915) introdujo el término “unidad psicobiológica” cuando discutía la inutilidad de la dicotomía médica entre mente y físico, pero, al describir esta unidad psicobiológica como un todo que incluye el funcionamiento de un sistema integrado, más o menos consciente y combinado con potencialidades asociativas y diferidas, describe la actitud que un observador puede adoptar hacia otra persona, más que hacia un concepto emergente, el cual, sin embargo, tiene su historia, su curso y su objetivo, en cada momento y en cada individuo dado.

Del mismo modo, el concepto de organización psicósomática, tal como aparece en la revisión de Melamun (1947), parece ser más útil descriptivamente, que como un concepto, que puede ser descubierto, como

más o menos consciente, en cada individuo.

El término psicósomático, como él afirma, es “un viejo término aplicado a un nuevo conjunto de conceptos”. (Conceptos principalmente asociados con los nombres de Freud, Pavlov, Cannon, Kretschmer, Jung, Davenport, Sheldon, Meyer y la Escuela de la Gestalt), y puede ser útil, pero en un sentido completamente diferente del de esquema corporal.

En lo que sigue, dos importantes problemas, especialmente el origen de la memoria y de la conciencia, serán discutidos en forma breve. Estas funciones han sido planteadas, por supuesto, sin intentar hacer nada más que una referencia de pasada a algunos puntos, en relación con su naturaleza y su origen, en lo que tengan que ver con el Esquema Corporal.

Sin embargo, si el concepto de Esquema Corporal muestra su utilidad, deberá vincularse con el origen y el desarrollo de la conciencia, así como también, con el de la memoria.

Embriología: En un tiempo, los estudios embriológicos eran principalmente anatómicos, *prestándose escasa* atención al *desarrollo* de la función y menos aún, el desarrollo de funciones, que en su ulterior y más elaborada forma, son llamadas “conducta”, incluyendo la conducta consciente.

Actualmente se sabe lo suficiente sobre el desarrollo embriológico, como para establecer una relación entre el comportamiento pre y post natal.

Esto es especialmente cierto si se recuerdan las amplias variaciones existentes entre el intervalo que va de la concepción al nacimiento. Este intervalo puede variar, dentro de un período comprendido en 18 semanas, desde un mínimo de 14, a un máximo de 4 semanas, teniendo en cuenta que la duración promedial del embarazo es de 40 semanas. Este grado de variabilidad abarca una amplia proporción del promedio de vida prenatal.

La actividad motriz aparece gradualmente en el curso del desarrollo embrionario, y, a menudo, esto sucede con poca o ninguna conexión con el control sensorial.

Los movimientos de la columna, de la cintura escapular, del labio superior y de la boca, se desarrollan en secuencia y alrededor de las 20 semanas, el niño traga a veces, con la boca cerrada y otras luego de haberse llenado con líquido amniótico. Más o menos al mismo tiempo, han hecho su aparición, los movimientos respiratorios. En otras palabras, el niño al nacer, ha experimentado orientación gravitacional, movimientos coordinados, movimientos respiratorios y de deglución.

A través de este período de desarrollo, van apareciendo nuevas conductas, así como nuevas estructuras que pueden reconocerse como partes previas de estructuras y funciones ulteriores.

Una vez que se ha alcanzado un grado de diferenciación, ese acto puede, nuevamente, verse formando parte de una nueva integración.

Cuanto más detallada es la observación, más tempranamente se pueden reconocer los procesos de diferenciación e integración.

Es como si planteáramos la pregunta de qué es primero, si el huevo o la gallina. Es decir, ¿Qué es primero, integración o diferenciación? La única respuesta posible es que, así como el huevo es anterior a la gallina, la diferenciación es anterior a la integración.

Gesell, (1946) recientemente resumió la literatura y describió su trabajo de un modo muy valioso. En esta sección, nos valdremos de muchos extractos de su libro.

Siguiendo los estudios experimentales, realizados por otros en fetos animales, se efectuaron observaciones de fetos humanos vivos, mediante cinemicrofotografía, debido a que las operaciones son más frecuentes. Del mismo modo, el progreso alcanzado en el cuidado de prematuros, ha hecho posible reunir una mayor cantidad de observaciones de la conducta de fetos,

durante el período de las últimas 14 semanas, que constituye una etapa normal de vida intrauterina.

De acuerdo a las comunicaciones de Gesell, el registro más temprano de movimiento fetal, lo ha conseguido en uno de 8 semanas y media (25 mm.).

La estimulación de la mejilla derecha se realizó con un fino cabello, respondiendo con la contracción de los músculos del cuello y tronco del lado opuesto, determinando una flexión contralateral del tronco. Los músculos del hombro, al contraerse, llevan los brazos y las manos hacia atrás. Al cabo de medio segundo, el feto había retornado a su posición inicial. (p. 44).

Gesell define la postura “como la posición asumida por el cuerpo, (como un todo), o por sus miembros, de tal modo que pueda realizar un movimiento o mantener una actitud”. “No se puede trazar una línea de diferenciación entre actitud y acción”. (p. 46). El ha descrito así, los comienzos de lo que los neurólogos reconocieron como la base de la imagen corporal.

Ha podido establecer que la musculatura postnatal puede estar bajo el control preneural o neural primitivo desde un período fetal primitivo. Los canales semicirculares del laberinto, se supone que ya funcionan desde la mitad de la 7ª semana. El tono primario es originalmente endógeno, pero puede ser intensificado o modulado en respuesta a cambios gravitacionales u otros estímulos.

Respuestas coordinadas se logran mediante cambios en la tensión muscular.

Mediante tales respuestas, el embrión, libremente flotante, puede mantenerse por sí mismo. El tronco y los hombros son usados antes que las manos y los dedos.

Los músculos de la cabeza se contraen antes que los de la boca. Dentro del saco amniótico los movimientos son suaves, variando entre contracciones episódicas y contracciones tónicas prolongadas, las cuales disminuyen lentamente.

El vigor y la incidencia pueden variar en función de factores constitucionales y bioquímicos. Gesell ha escrito: “Como en todo crecimiento típico, los impulsos primarios provienen desde dentro, el feto mueve primero el labio superior; en un grado de mayor madurez, mueve el labio inferior; más tarde, mueve ambos al unísono; más tarde aún, abre y cierra la boca. Traga con la boca cerrada, pero a veces, traga líquido amniótico. Su lengua se mueve, o él mueve su lengua. Puede también verse una rotación de la cabeza, en relación con reflejos orales, ya que modos de conducta alimenticia, están en proceso de desarrollo.

Ondas peristálticas recorren a lo largo del aparato digestivo. (p. 68-69).

También la motilidad respiratoria sigue un curso determinado: al comienzo (día 35) se manifiesta en forma de espasmos; luego, como espasmos rítmicos (día 40) para adquirir, alrededor del día 45 un carácter respiratorio más definido, y finalmente (día 50) el feto responde con movimientos respiratorios al más ligero estímulo, no siendo sensible a la asfixia. En el día 60, la inhibición es posible y los movimientos respiratorios no responden a estímulos táctiles, pero sí a la asfixia.

El hipo, conducta prerespiratoria, ocurre ya a los 5 meses.

El hipo del feto es visible, audible y palpable, y puede durar desde un minuto hasta media hora.

Así, en la décima semana, el tipo de modalidad respiratoria, está bien desarrollada.

Gesell dice que “un fracaso en la respiración, en el momento del nacimiento, está más en relación con la supresión de una actividad previa, que con la falla de algún nuevo mecanismo que ha de entrar en función”. (pág. 83).

Y afirma que inmediatamente después del nacimiento, “el llanto adquiere el carácter de un lenguaje respiratorio. Introduce complicaciones en

el tipo de respiración. Bajo una fuerte excitación, la respiración puede asumir varias formas, las cuales parecen ser aparentemente desordenadas: respiración doble, en la cual el tórax y el diafragma se mueven al unísono; respiración invertida, con fluctuaciones entre movimientos costales y abdominales; respiración antagónica, en la cual el tórax se distiende, junto con contracciones agudas del abdomen.

Cada niño desarrolla un tipo de respiración que es distintivo de su individualidad.

Lejos de ser una simple función automática, la respiración es, en muchos aspectos, el más complejo de todos los modos de acción.

No es sólo para mantener la vida; sostiene y regula la actividad del sistema nervioso central y por consiguiente, se convierte en un elemento accesorio de todas las otras acciones.

En razón de su mayor complejidad y de su muy remota historia evolutiva, sus mecanismos ocupan la organización y la *integración* total de todos los modos de conducta. (pág. 84).

Las implicaciones de esta historia del lenguaje, que se *origina* en un proceso respiratorio, muy elaborado y significativo, son múltiples.

Muchos aspectos del efecto de la respiración y del lenguaje sobre el esquema corporal, sólo se hacen conscientes *en* adultos en las psicosis.

Prescindiendo de ulteriores factores determinantes de síntomas que involucran la respiración y el lenguaje, los mecanismos introyectivos y proyectivos, en su vinculación directa con la respiración en sí misma, son importantes y así, tempranas reacciones ante *experiencias ¿le asfixia* o ante experiencias respiratorias satisfactorias, tienen mucho que ver con el orden o desorden de los fenómenos en los límites del esquema corporal.

La regresión a tempranas relaciones objetales, (nos referimos especialmente al aire respirado —aliento— invisible pero perceptible) dentro y fuera de la boca, nariz, tórax, etc., pueden observarse en la esquizofrenia, cuando los movimientos respiratorios, son objeto de una hipercatexis.

En algunos pacientes, la experiencia orgásmica, puede ser atribuida a la respiración. Cuando tales pacientes intentan contener la respiración y

desarrollan fenómenos asmáticos, vemos surgir severos cuadros de ansiedad paranoide concomitantemente con fantasías de modificación del tamaño y forma del cuerpo.

Llegado a este punto, se nos hace ineludible, vincular los hechos anotados por Gesell con los trabajos fundamentales de Coghill.

Dice Gesell que existen todas las probabilidades de que el desarrollo de la conducta del feto se realice a través de un proceso, en el que puedan darse aproximaciones o anticipaciones, que en un momento, puedan parecer independientes, o casi independientes, de las formas típicas, particularmente cuando estas formas están recién emergiendo, o en estado naciente.

Pero muy pronto veremos como esos aparentes fragmentos de conducta, entran sinérgicamente a formar parte de sistemas más complejos de acción. En este sentido, Gohill ha insistido, afirmando que toda organización de conducta expresa a la vez, un proceso de integración y otro de individuación, y que ambos son recíprocos. (pág. 36).

La siguiente es una cita que Gesell hace de Coghill (1940) “En base a estas consideraciones sobre la literatura de la conducta fetal, uno se inclina a considerar que no existen reflejos primarios que se integran en modos más generales, o más comprensibles, sino que esos reflejos son secundarios y que se desarrollan por individuación dentro de un total tipo de conducta de integración primaria. (pág. 37).

Uno de nuestros objetivos, es descubrir hasta qué punto esto es también cierto en otros aspectos de conducta más compleja. Gesell considera que es posible relacionar cada nuevo acto, aparentemente diferenciado, con otro similar que forme parte de un modo previamente integrado. Una de las observaciones de Coghill, que siempre debe ser mencionada, sirve para mostrar las dificultades y la necesidad de una cuidadosa atención para probar

este punto.

Sus observaciones del lento desarrollo ontogénico del ambliostoma joven, descubrieron los elementos de la unidad de la conducta natatoria.

Entre la observación del primer elemento y del último se requirieron 6 horas de crecimiento. Más tarde, cuando tal conducta está organizada en el adulto, el acto toma tres quintos de segundo.

Gesell hace dos afirmaciones sobre tópicos de corriente *interés* para los psicólogos:

1º “Los procesos de pensamiento, dependen de la respuesta postural precedente y son verdaderamente, representaciones refinadas de aquellas respuestas”.

2º: “Alrededor de las 32 semanas de la vida fetal, la región talámica parece suficientemente desarrollada como para acusar un simple e indiscriminado tipo de conciencia”. pág. 147.

En relación al sueño, somnolencia y despertar, Gesell es menos claro con respecto a la edad de los niños observados. Afirma que “el niño despierta no sólo por simple necesidad, sino por satisfacción sensorio-motriz. A medida que madura, su sueño es más profundo y su vigilia, más atenta. (pág. 148).

Ir a dormir por voluntad constituye un acto de liberación, una inhibición voluntaria del centro de vigilia.

No es diferente del aflojamiento de la prehensión voluntaria, el cual es torpe e incompleto, aún a la edad de 15 meses. A los 15 o 21 meses, el *niño*, a menudo se despierta espontáneamente durante la noche y de un modo caprichoso, permanece despierto una hora o dos. Este fenómeno no puede ser atribuido a causas psicogénicas o a factores somáticos intercurrentes. Está basado en cambios evolutivos de los mecanismos de integración y consolidación del sueño.

Durante el segundo año, dormirse puede constituir un proceso complejo lentamente adquirido.

Los 30 meses, marcan otra etapa inestable del desarrollo. A esa edad, el niño no sólo muestra dificultades para ir a dormir, sino que, a su vez, tiene dificultades para despertarse.

En la adolescencia, puede mostrar nuevamente, una mayor disposición para dormir. (p. 159).

Neurología: Los neurólogos postularon lo que llamaron imagen corporal, o esquema corporal para explicar desórdenes motores y sensoriales.

Head y Holmes (1911) introdujeron el término que el primero elaboró *más* tarde. Fue descripto como un integrador de todas las sensaciones.

Está en constante desarrollo o formación, alternándose también continuamente, ante cada nueva actividad o estímulo; pero a su vez, se lo usa permanentemente para referirse con exactitud a la ubicación o localización de toda nueva sensación o de todo nuevo movimiento.

El esquema corporal ha sido descripto como más o menos consciente, pero refiriéndolo a la conciencia, le ha creado dificultades a los neurólogos en sus publicaciones; principalmente porque ellos describen algo que es genético y dinámico y al mismo tiempo, dudan en aceptar el concepto de inconsciente dinámico. Los neurólogos describen también “fantasmas” cuando se trata de *individuos* con amputaciones. Cuando una persona pierde un miembro, más o menos súbitamente, por un tiempo, no es consciente de la pérdida. Cuando adquiere conciencia de su pérdida, cuando se le dice o ve lo que le ha pasado, *comienza* a referirse al miembro, que es denominado “miembro fantasma”. Esto es algo semejante, a su último recuerdo del miembro.

La *descripción* de las sensaciones es más vívida en el extremo distal y especialmente a nivel de las articulaciones, siendo más tórpida la percepción de las sensaciones correspondientes a las zonas interarticulares.

El miembro fantasma puede ser móvil y la mayoría de las sensaciones normales son referidas a él. Pueden a su vez mezclarse con las sensaciones

del muñón.

El paciente, puede ubicar las sensaciones del muñón, en el miembro fantasma. Estos miembros fantasmas experimentan modificaciones; pueden hacerse más cortos, menos vívidos y aún desaparecer dentro del muñón.

A menudo se desarrolla un nuevo esquema corporal permanente, cuyo límite es el extremo del muñón.

Riddoch (1941) encaró el problema del miembro fantasma y del esquema corporal. Describió este problema como una parte de la epilepsia focal sensorial.

El ataque, en este caso, sería indudablemente debido a un disturbio funcional de la corteza sensorial y adquiere un especial interés, ya que combina la pérdida del reconocimiento de impresiones somáticas de la región afectada, con las representaciones del miembro fantasma, anormalmente proyectado.

En efecto, este es un ejemplo de anosognosia local con un miembro fantasma. Anosognosia fue el término creado por Babinski (1918) para describir la falta de conciencia de un miembro paralizado por una hemiplejía, debida a una lesión cerebral, frecuentemente del lado derecho.

Riddoch consideró que la disociación del miembro fantasma y del muñón en movimiento, solo es posible luego de la pérdida de la sensibilidad en las articulaciones del muñón. El describió la pérdida del movimiento en el miembro fantasma después de la abolición de la sensibilidad postural, en las articulaciones del brazo, luego de una lesión en el plexo braquial.

Wallace (1938) comunicó un caso de brazo fantasma, en un hombre de 61 años, luego de la amputación, a nivel de la articulación escápulo-humeral; la postura pudo ser cambiada 15 meses más tarde, cuando se inyectó alcohol en el plexo braquial. Vemos pues, que no en todos los casos la sensibilidad postural del muñón es necesaria para que el miembro fantasma sea móvil.

En las lesiones del plexo braquial, el miembro fantasma puede estar

presente, y puede o no, separarse del brazo, en el espacio.

Riddoch mencionó cómo en tales lesiones, la exploración del miembro fantasma puede estar dificultada, si éste está sobrepuesto en el miembro intacto.

Esta dificultad neurológica es semejante a la dificultad encontrada en el reconocimiento del aspecto alucinatorio en una experiencia sensorial, cuando la alucinación y la sensación son muy semejantes al objeto.

Es también semejante a la dificultad para reconocer el aspecto irreal en una creencia, cuando ésta se expresa en términos realistas. Por ejemplo, las asociaciones de un fisiólogo relativas a la función de un órgano, pueden obtener una alta clasificación, si son dadas en un cuestionario de un examen, pero sin embargo, expresa un contenido imaginario significativo.

Riddoch no menciona los deseos del paciente con respecto a su muñón, o a su miembro amputado, o al miembro fantasma. He encontrado evidencia de que los deseos inconscientes, tienen mucho que ver con este fenómeno.

La persistencia del recuerdo doloroso del estado del miembro, previo a la amputación puede ser referido a culpa y masoquismo. La ausencia de un miembro fantasma, en los meses subsiguientes a una amputación, en un suicida, pueden ser debidos a la existencia de un mecanismo de negación maníaca.

Oldfield y Zangwill (1942) revisaron, con un sentido crítico, el trabajo de Head y Holmes. La noción de esquema fue introducida primero para explicar el significado de los movimientos activos y pasivos.

Head (1920) encaró el concepto de esquema como una disposición fisiológica, debida a “procesos fisiológicos, sin un equivalente físico directo” (pág. 723).

Considerado como un modelo plástico del cuerpo contra el cual los cambios de postura se registran antes de que se hagan conscientes. Las lesiones que afectan procesos fisiológicos conducen a alteración de la

atención local.

La intensidad y duración del estímulo, se perciben con errores y aparecen con frecuencia sensaciones alucinatorias. El corolario de esta situación son las alteraciones de los movimientos voluntarios y del tono estático.

El uso de los términos proyección e introyección está en relación con
este

Concepto neurológico. El término proyección, sirve para referirse al estímulo de un objeto y el de introyección, para expresar el agregado de algo a nosotros mismos, de algo en lo que participan los movimientos conscientes de nuestro cuerpo, por ejemplo, una cuchara, una espada, un auto. En otras palabras, proyección e introyección son usadas para describir, para construir un modelo plástico integrado del cuerpo y un mundo de objetos coherentes en el tiempo y en el espacio, objetos definidos como complejos únicos específicos de proyecciones.

Sin embargo, estos conceptos en neurología, permanecen estáticos y sin interrelación.

Oldfield y Zangwill resumen los puntos de vista de Head, de la siguiente manera:

“La primera función del esquema, sirve para proveer una permanente disposición fisiológica, aunque en continua modificación, la cual, actuando en cooperación con los indicios inmediatos, puede dotar a la percepción de la orientación específica para la cual está, en realidad, dispuesta. La segunda función, es la activa, sirviendo de mediadora particular de las percepciones así determinadas. (pág. 283).

En términos psicoanalíticos, el concepto de Head es un proceso inconsciente —algo tan inconsciente como los instintos— que se hace consciente como las sensaciones, las percepciones, concepto o imagen que depende del nivel fisiológico involucrado. Head también afirma que: “a cualquier nivel de respuesta fisiológica, se puede suponer, que un número de

estos esquemas, entran en operación”, sin discutir el problema de los diferentes esquemas que entran en conflicto, ni tampoco tomando en consideración, en qué medida los diferentes esquemas son debidos a desintegración, etc.

Paterson y Zangwill (1944) discutiendo la recuperación de la orientación espacial en estados confusionales postraumáticos, le dieron cierta importancia a los deseos y compararon dicha desorientación, con el fenómeno del sueño, pero no lo hicieron en detalle, dejándolo como algo aparte (su paciente creía que estaba en Grimsby y Escocia, al mismo tiempo. Decía: Grimsby y Escocia significa lo mismo, están en el mismo lugar y que él se había ido de uno a otro lugar).

Sandifer (1946) estudiando la anosognosia, especialmente de la visión y de los labios, mencionó el elemento del deseo consciente en relación con alteraciones de partes del esquema corporal. “La existencia de un fuerte deseo de estar ciego o paralizado, se manifiesta en algunos pacientes, al observar la reacción y actitud que adoptan cuando se les intenta demostrar su incapacidad”.

Una paciente estaba muy temerosa de quedarse ciega, finalmente perdió la vista, y más tarde, reaccionaba de *un modo* insultante si se le mencionaba que no podía *ver*. A *veces*, parecería que adoptan una actitud de comprensión, semejante a la que se ve en los disfásicos, para evitar lo que Goldstein llamó “la reacción catastrófica” (pág. 128).

Sandifer también comenzó a otorgarle cierto valor a la interrelación del espacio externo e interno de la superficie del cuerpo. “La construcción del esquema corporal depende del poder de percibir relaciones espaciales entre objetos o partes que forman el cuerpo y los que están fuera de él”.

La capacidad de construir el esquema de las cosas, fuera del cuerpo depende de la aptitud para percibir relaciones espaciales entre los objetos que *están fuera* del cuerpo y aquellos que lo integran. La localización de los

objetos externos presupone la percepción de relaciones espaciales entre ellos y el cuerpo que observa. El esquema corporal y el del mundo externo, están interrelacionados, no solamente por el rol que juega en la *orientación*, sino que tiene un sustrato anatómico común cuyo punto nodal es el lóbulo parietal (p. 130). Trató de aclarar el concepto de agnosia espacial y encontró útiles las ideas de Schilder.

Schilder (1942) señaló que los filósofos y psicólogos han considerado a las sensaciones y percepciones como careciendo de elementos espaciales y que las teorías que han postulado, han tenido que contemplar estas características en la experiencia. Schilder considera que en toda sensación o percepción, aún en las de naturaleza más simple, el elemento espacial y temporal le es absolutamente inherente: “Si es cierto que el espacio no es meramente algo agregado a la experiencia de los sentidos, sino que está implícito en la percepción, entonces, cuando el espacio está omitido, no es solamente este espacio el que falta en esa percepción, sino sus contenidos, pudiendo hablarse así, de agnosia espacial”. (p. 132-4).

Cuando Sandifer escribió sobre “la capacidad de construir un esquema de cosas, fuera del cuerpo” se refería a lo que yo llamaría, aquella parte del esquema corporal que está más allá de la superficie del cuerpo, más allá de los límites del tiempo y del espacio. Tal como lo han descubierto gradualmente, los psicoanalistas, de que las interrelaciones entre la realidad externa y la realidad interna —realidad cósmica y realidad psíquica— constituyen un proceso en constante evolución a través del desarrollo, así también los neurólogos, en sus estudios de la deteriorización, han sentido la necesidad de vincular el esquema del cuerpo, al del mundo de los objetos externos.

Psiquiatría: Byszowski (1943) describió muchos estados psicóticos y orgánicos que mostraban desórdenes de la imagen corporal, y enfatizó su relación con lesiones interparietales. Una de sus pacientes decía que su marido tenía el cuerpo de un amigo suyo, que su piel había sido puesta en su

cara.

Otro paciente decía haber descubierto partes de su cuerpo en el ambiente, y también describió pacientes, con lesiones temporales, que presentaban una desorganización en el relato de su pasado.

Escribió: “El síndrome interparietal está caracterizado por dos tipos de fenómenos: desórdenes de la imagen corporal y metamorfopsia. Los desórdenes de la imagen corporal comprenden; dactiloagnosia, dificultad en la diferenciación entre el lado derecho y el izquierdo, entre las extremidades superiores e inferiores, y, en general, incapacidad para reconocer las relaciones entre las diferentes partes del cuerpo, así como de su tamaño”.

La anosognosia, la asimbolia del dolor descrita por Schilder y Stungel, así como varias experiencias limitadas o generalizadas de la personalización pueden ser adscriptos a este cuadro. La metamorfopsia consiste en un trastorno del juicio de la relación espacial: los objetos son percibidos, deformados, torcidos, invertidos, aumentados o disminuidos de tamaño, más próximos o más alejados, a veces múltiples (poliopia) (p. 313). Describió varios casos de autoscopía, que consiste en verse fuera de si mismo.

Menninger-Lerchenthal ven la autoscopía como una alucinación visual kinestésica de la imagen corporal que se diva por acción de un mecanismo dependiente del aparato vestibular, del tronco cerebral y de la corteza parieto-occipital. Discutieron la explicación que Potzl dio sobre los miembros fantasmas, en los siguientes términos: “Bajo condiciones fisiológicas, los centros cerebrales, juegan un rol protector, el cual depende de las conexiones de porciones específicas de la irritación central. Sin tales conexiones, esas porciones encontrarían el medio de descarga centrifuga a través de vías motoras, filogénicamente anteriores (ej. la crisis epiléptica). La acción protectora de los centros da a estos estímulos una dirección transversa y *los* cambia en activadores, que es el impulso específico para las percepciones y para actos motores complejos.

Es el aparato parietal, particularmente el girus supramarginalis, quien realiza la actividad transversa, activando las imágenes kinestésicas del cuerpo, del lado opuesto. El tálamo es el territorio, arriba mencionado, que desempeña la actividad protectora de los centros cerebrales. En un caso de lesión simultánea de ambos aparatos, faltan los impulsos del hemisferio correspondiente. Consecuentemente, aparece una desviación unilateral del hemisferio sano; en efecto, la imagen de la mitad correspondiente del cuerpo, se proyecta en el espacio externo donde aparece, junto con otros objetos externos.

Un foco del tálamo es el que interviene en una gran parte de este proceso de proyección. El último órgano es el que absorbe, en condiciones normales, los estímulos sensoriales y kinestésicos³ previniendo la descarga centrífuga, (p. 330) y concluye: “Si extendemos el concepto de imagen corporal en la dirección de la esfera psíquica y hablamos, por ej., de la imagen de nuestro pasado, entonces podremos presentar, de una manera uniforme, una amplia serie de fenómenos clínicos y reducidos a un común denominador”. (pág. 332).

Stengel y Steel (1946) se ocuparon de la anosognosia. Su primer caso mostraba “falta de espontaneidad, euforia, síndrome orgánico amnésico y franca disminución del pensamiento. Tenía además, incontinencia de orina y materia. Había una atrofia por compresión de ambos nervios ópticos. El paciente no tenía casi conciencia de su pérdida de la visión, pero había, al principio, una diferencia en el grado de conocimiento de lo que le sucedía en cada campo visual. Mientras que negaba toda disminución de la visión en el ojo derecho, estaba completamente ciego y aún, cuando se le trataba de demostrar lo que le pasaba, a veces, de mala gana, admitía cierta disminución de la visión del lado izquierdo, donde todavía subsistía cierta función.

Estos autores aceptaron el punto de vista de Schilder, sobre la “represión orgánica”, que resulta ser semejante al concepto de represión psicoanalítico,

pero debido a una lesión orgánica.

En el segundo caso, el paciente desconocía y negaba la existencia de una paraplejía, completándose el cuadro con una reacción psicótica caracterizada por euforia, ideas de grandeza y pérdida de la memoria. Este cuadro se desarrolló en un paciente afectado de una grave siringomielia, el cual, durante muchos años, había sido consciente de sus limitaciones y que se había adaptado bastante bien a ellas. Desde un punto de vista puramente psicopatológico, este cuadro psicótico podría ser considerado como una negación total de la realidad displaciente y como un intento de crear un nuevo mundo de realización de deseos.

“Consideramos justificado aceptar que una reacción psicótica que llega a la negación de una paraplejía, haya sido precipitada por alteraciones difusas, agudas o subagudas, como consecuencia de una hemorragia cerebral focal. En nuestro caso, fue imposible referir los síntomas a una lesión cerebral localizada”.

Ellos consideran que la incapacidad de percibir sus limitaciones físicas, podía darse en casos con lesiones cerebrales generalizadas, bajo la constelación específica de los síntomas descritos y que estos estuvieran favorecidos por lesiones localizadas en ciertas áreas del cerebro que han sido descritas por otros autores.

Sin embargo, ellos no han ido más allá de considerar este síntoma (desconocimiento de gruesos déficits de funciones) como una alteración específica de la relación del self con su cuerpo.

Si el concepto de esquema corporal, se ampliara en el sentido que he mencionado, tales desórdenes no solamente podrían ser vistos como alteraciones en la relación de una parte con otra —de la psiquis con el soma— sino que, también podrían vincularse al fenómeno de los miembros fantasmas, como se vio antes a un paciente que reconocía su cuerpo mutilado después de una amputación y podía relacionarlo con la parte del cuerpo

lesionada.

Durante el curso de la vida, la historia de las actitudes para ciertas partes del cuerpo —materias fecales, pelos, uñas— puede mostrar una creciente desvalorización. La actitud para con un miembro amputado, en contraste con la que se tenga para con el muñón, o para con el miembro fantasma, puede llegar a ser de tal grado de desvalorización, que hasta puede considerársele insignificante. Nuestro problema consiste en descubrir si esta desvalorización es egosintónica o egodistónica.

Stenge y Steel interpretaron la psicosis de su segundo paciente “como una manía recurrente que podría haber sido precipitada por su situación vital”.

Las ideas de grandeza y sus fantasías, podrían ser la expresión de su esfuerzo para superar su incapacidad y para construir una nueva imagen corporal.

Posiblemente, la idea de nuestro paciente de que era omnipotente y que era capaz de cambiar al mundo, nacieron de su propio deseo de perfeccionar su cuerpo. Y esto lo logró mediante la ilusión fantasma”. (p. 387).

Una de las razones por la que presumiblemente se le da más valor a las causas orgánicas, en el fenómeno de represión, puede ser debida al temor de que, al emprender un estudio analítico de los síntomas de estos pacientes, tan graves, se movilicen ansiedades u otros afectos que aceleren la muerte.

Estos autores comentan al respecto: “la negación de una incapacidad o de una enfermedad constituye una actitud, que aunque anormal, nadie quiere desmentir, si se trata de algo inmodificable”. Y esta actitud ha obstaculizado seriamente la investigación psicoanalítica del esquema corporal, en el caso de enfermedades graves. (2).

A menudo, cuando un paciente está tratando de desvirtuar los efectos de una enfermedad, se alcanza un nivel tal, que el esquema corporal se hace más normal; tanto como para permitirle incluir un juicio objetivo de su pasada

enfermedad, pero al mismo tiempo, esto hace surgir un peligro: este peligro es debido al grado de apreciación que una persona necesita hacer para integrar el recuerdo de un largo período de enfermedad.

Puede producirse una regresión al enfrentarse a este peligro. Es bien conocida la frecuencia con que los intentos de suicidio adquieren un carácter más serio en los períodos de recuperación de un cuadro depresivo, que en aquellos momentos en que la depresión era mayor.

Los psiquiatras han comunicado como describen los pacientes sus síntomas psicóticos y sus fantasías fantasma.

Gallinek (1939) publicó el caso de un hombre de 62 años, con una esquizofrenia paranoide, que a los 50 años se amputó la mano derecha porque “Dios me ordenó que me quitara la mano que ofendía”. Este paciente creía tener su mano, pues si se la había ofrecido al Cristo invisible, también ella existiría, aunque fuera invisible. Su mano exhibía alhajas invisibles, que Dios ponía en ella.

Gallinek dice que él no ha encontrado pacientes que se refieran a pezones o penes fantasmas, aunque otros autores lo han referido en la literatura sobre el tema. Atribuye la infrecuencia de estos casos al hecho de que son órganos no vinculados a fantasías motrices. Considero que la falta de estos “fantasma” debe atribuirse al hecho de que tales pérdidas, necesariamente expresan una intensa frustración libidinal.

Recuerdo un caso de pene fantasma, en un paciente maníaco depresivo, cuyo pene era normal. El pene fantasma estaba arriba y adelante de su pene normal, pero era más pequeño. Representaba a su pene infantil, el cual servía para protegerlo de sus fantasías eróticas. Si fuera capaz de recordar su pene erecto, no podría entonces negar la posibilidad de una nueva erección.

Parapsicología: Discutiendo la telepatía, Price (1947) ha dicho que “la impresión telepática puede manifestarse bajo la forma de una aparición de tamaño natural-el fantasma telepático, como lo llama él, donde la figura del

agente, aparece de cuerpo presente y es vista exactamente como si estuviera ante los ojos de quienes lo perciben”.

Esta concepción debe compararse con la idea parapsicológica de inconsciente, el cual presupone que el inconsciente individual de diferentes personas, no constituyen entidades separadas. Price afirma “que carece de sentido suponer que las mentes constituyen entidades separadas; las mentes no son objetos en el espacio, como lo son los cuerpos. Cuando nos referimos a las mentes como entidades separadas, debemos pensar en una separación causal, presumimos que, salvo en casos de una causación psicológica, cada mente constituye un sistema cerrado o aislado. En otras palabras, estamos negando la posibilidad de que una mente afecte o influya sobre otra. Pero eso es precisamente la telepatía; la forma en que se denomina al fenómeno que caracteriza la influencia de una mente sobre otra. Y esto viene a querer decir que el inconsciente no es el límite entre una mente y otra y que si esos límites existen, son en todo caso, borrosos, sin que podamos trazar una línea de separación entre una mente y otra, ni entre los pensamientos o ideas que las ocupan.

Si profundizamos más en el inconsciente, llegará un punto en el que nos será difícil saber a quien pertenece una idea.

Psicoanalíticamente, podríamos decir que el individuo que cree que su esquema corporal puede hacerse consciente para otra persona distante, está utilizando mecanismos de proyección y está (1) probablemente más identificado con objetos externos y (2) es más apto para hacerse consciente de su esquema corporal que siente o ve afuera de sí (autoscopía). A su vez, la persona que cree que es capaz de percibir (de sentir) el esquema corporal del otro, separadamente del individuo, digamos que es capaz de ver una aparición, puede ser (1) que esté proyectando, en su ausencia, el esquema corporal introyectado de otro, o (2) que esté ampliando inconscientemente, los límites del suyo propio, a expensas de lo que introyectó.

Síntomas semejantes son frecuentes en esquizofrénicos cuya superficie corporal no está mayormente alterada, pero que creen contener partes o aspectos no asimiladas de otras personas.

Para mí, estos problemas son semejantes a los que he encontrado en algunas personas que han estado durante un tiempo, en análisis Jungiano. A través del inconsciente colectivo (1) se sienten unidos con otros, especialmente con el inconsciente de otros y (2) unidos con sus antepasados. Psicoanalíticamente, describiría esta situación como una proyección inconsciente por extensión espacial de sus límites corporales para incluir el esquema corporal de otros, así como la extensión temporal les permitiría incluir el de sus antepasados.

Psicología. Recientemente y especialmente en relación con la formulación de los problemas de la memoria y de la consciencia, los psicólogos han considerado útil el concepto de esquema, aunque se han ocupado poco de sus orígenes.

Un esquema se considera necesario para explicar la evocación y para planear la orientación inmediata.

Northway (1940) sintetizó de la manera siguiente, los usos que Bartlett hizo del concepto de esquema, cuando se ocupó de los problemas de la memoria:

(1) Son las fuerzas que desde dentro, determinan lo que ha de ser la construcción del individuo.

(2) La forma en que un individuo preserva material.

(3) Almacenamiento, cuyo contenido es retenido mientras es objeto de reorganización.

(4) De un modo aproximado, la noción de caudal de apercepción.

Bartlett considera el esquema como algo solamente vinculado al pasado.

De un modo esquemático, el pasado opera en masa, aunque no estrictamente en masa, ya que, el último elemento que intervenga en la estructuración del esquema, tiene una influencia predominante. (pág. 202).

Pero muchos aspectos del esquema, especialmente, por ejemplo, aquellos que tienen que ver con la asimilación del esquema introyectado de una persona mayor, pueden verse en el futuro; el caso de un niño que se identifica con su abuelo, que muere a los 59 años, cuando él tenía 4. Cuando este niño llega a los 59 años, las implicaciones temporales de la identificación, devienen aparentes, teniendo entonces que manejarse con la imagen internalizada de su abuelo moribundo.

Un análisis más temprano de este paciente podría hacernos perder el aspecto temporal de la relación del paciente con la imago del abuelo, con su esquema corporal, etc.

Oldfield y Zangwill (1942) en su revisión de tema, comparan la extensión del concepto de esquema, realizado por Bartlett y por Walter, con la primera formulación hecha por Head.

Esta ampliación obedecía, principalmente, a la necesidad de contemplar aspectos de la actividad normal, ya que Head lo utilizaba para referirse solamente a las consecuencias de una desintegración funcional. Bartlett criticó el uso que los neurólogos hacen del término “esquema corporal”, demasiado preciso y demasiado incompleto. Pero siguió usándolo, como el más conveniente para ayudar a resolver el problema de la memoria y lo expresa en estos términos: “Se debe a la necesidad de encontrar un modo de estar predominantemente determinado, no por la experiencia o reacción inmediatamente precedente, sino por una reacción o experiencia más remota.

..

Si solamente pudiéramos comprender la forma en que un organismo alcanza esto, habríamos avanzado un poco en la comprensión de algunos de los problemas de la memoria, porque al recordar, estamos siendo determinados *por* acontecimientos fuera de su orden preciso en una serie cronológica y estamos libres de la sobredeterminación de los acontecimientos inmediatamente precedentes” (1) p. 206).

Al discutir el problema de cómo pensamos, Walter (1946) fue más lejos que Head y Bartlett, identificando el esquema en su más importante aspecto con el concepto que resumieron Oldfield y Zangwill en los siguientes términos: “como algo *que* funciona más o menos autónomamente, sin que los estados de conciencia dirijan la situación”.

Creo que se justificaría atender a este concepto, con más interés, ya que nos podría hacer ver los orígenes de la conciencia. Para mí, es como si un psicoanalista creyera que lo consciente emergiera a punto de partida de la ambivalencia.

Quizá este problema podría encararse si *nos formulamos una* nueva pregunta, pregunta que todavía nadie ha formulado.

Norhway (1940) informó, que de acuerdo a los resultados de un estudio experimental, la memoria es un proceso activo en los niños, considerando que el concepto de esquema, estaría expresado, de acuerdo a sus propias palabras, “como lo que el sujeto hace (crea o desarrolla) a punto de partida de un material (o situación) dado”. Ella ve que esta idea coincide bastante *con* la concepción de Ward, para el cual, la memoria es la retención (conservación) de un tipo de esquema o plan de acción.

Según Northway “la noción del esquema sugiere un medio de estimación de lo que el niño está adquiriendo y en consecuencia, hace posible valorar el grado en que la educación va alcanzando sus objetivos”.

A esto agregaría que la noción de esquema indica cómo el niño, o el adulto, se ha convertido y se está transformando para enfatizar estos tres aspectos del momento, es decir, que nos permite saber qué ha hecho, qué hace y qué proyectará hacer el niño, en el mundo de personas y objetos en el cual vive.

Leyendo los protocolos de Northway, como uno leería el material de un sueño, mientras busca el significado en la secuencia de los detalles uno puede descubrir muchos aspectos del esquema corporal, especialmente la parte que

es inconsciente.

Psicoanálisis: Pienso que Freud (1915) se aproximó mucho al tema del esquema corporal, cuando expresó: “que el yo puede suprimir los estímulos externos mediante la acción muscular, pero que está indefenso ante los que provienen de los instintos”. Esta antítesis proporciona suficiente material de investigación, especialmente, del trabajo intelectual, ya que los esfuerzos no pueden modificarla en ningún modo”.

Más tarde, en 1923, escribe “en último término, la condición de ser o no consciente es el único rayo de luz que penetra la oscuridad de la psicología profunda. El cuerpo y ante todo su superficie, es el lugar desde el cual las percepciones externas e internas pueden surgir. Es visto del mismo modo, como cualquier otro objeto, pero el tacto provee dos tipos de sensaciones, una de las cuales es equivalente a una percepción interna. . .

El yo es primero y sobre todo, un yo corporal; no es meramente una superficie como entidad, sino que es, en sí misma, la proyección de una superficie.

Riviere en 1927, al traducir esta última frase, agrega la siguiente nota (autorizada) “El yo, últimamente, deriva de las sensaciones corporales, principalmente de aquellas que se originan en la superficie. Puede entonces ser visto como una proyección mental, en la superficie del cuerpo; además, como lo hemos visto, representa la superficie del aparato mental”.

Podemos considerar dos problemas particularmente; (1) el de la percepción del cuerpo o yo corporal y (2) (para mencionar lo que creo que es el mismo problema) el de la relación del cuerpo-yo-inconsciente y consciente, con la “mente” o “aparato mental”. La designación del Yo, hecha por Freud como una proyección de la mente en la superficie del cuerpo, es la más próxima que he hallado a una formulación metapsicológica de lo que considero, uno de los más tempranos clivajes (splits) en el Yo —o en el esquema corporal— particularmente entre (1) todo aquello que deviene

conscientemente integrado, para formar el cuerpo o Yo corporal: y (2) la mente, la realidad psíquica —el mundo interno— la psiquis, como algo opuesto al soma.

Es en relación a esta separación o división, según pienso, que Jones se refería, cuando dijo: “*uno de los más fascinantes objetivos es averiguar qué es lo que comprende exactamente los irreductibles elementos mentales, particularmente, los de naturaleza dinámica*”.

Estos elementos, necesariamente deberán tener un equivalente somático y probablemente, uno neurológico y entonces, mediante un método científico, habríamos disminuido la vieja brecha entre mente y cuerpo.

Me aventuro a predecir que entonces, la antítesis que ha desconcertado a todos los filósofos aparecería basada en una ilusión. En otras palabras, no creo que la mente exista realmente como una entidad-posiblemente, una cosa alarmante, al decir del psicólogo. Cuando decimos que la mente está influyendo sobre el cuerpo, o vice versa “estamos utilizando una simplificación de una formulación más molesta...”.

Freud (1928) describió en “El porvenir de una ilusión” los hechos psicoanalíticos referentes a la creencia de la existencia del alma, de Dios, del *Demonio*, del alma, antes del nacimiento y de la muerte, como una entidad. Describió las razones por las cuales, se han considerado a estas cosas aparte y no, parte de la mente humana.

Escribir otro libro sobre el futuro de la ilusión de la mente, independiente del cuerpo, carecería de todo valor.

Cuando la mente (pensamiento) ha perdido la necesidad del alma, ha ganado acceso consciente y control a todo aquello que, en un temprano periodo de su vida, fue escindido y renegado por muchas razones.

Del mismo modo, cuando un paciente en análisis deja de encontrarle sentido a la necesidad de mantener separado lo psíquico de todo aquello que ha llamado su cuerpo, su mundo, etc., significa que ha ganado acceso

consciente y control de la superficie y la profundidad, de los límites y del núcleo de su esquema corporal —sus recuerdos, sus percepciones, sus imágenes, etc.,— de las cuales había desistido o renunciado en el temprano período de su vida en que comenzó *la dualidad* soma-psíquica.

No es infrecuente, ver que un paciente, cuya primera advertencia expresa su temor a “perder sus pensamientos”, “convicciones”, empiece muy pronto a mostrar un aparente deseo de cambiar sus creencias por otras mejores.

De todo lo que precede y de lo que aún expondré, debo testimoniar mi deuda hacia los trabajos de Melanie Klein, pero sin embargo, no tengo el propósito de repetir solamente lo que ella ha dicho, sino que espero poder agregar algo.

Melanie Klein en 1946, en su último trabajo, dice que la llamada temprana satisfacción alucinatoria de un deseo por un objeto bueno, no es sino una parte del recuerdo y que debe tenerse en cuenta otro aspecto, en el que otro objeto aparece simultáneamente destruido, dañado o fragmentado.

“El proceso principal que entra en juego en la idealización es operativo en la gratificación alucinatoria, especialmente, el *splitting* del objeto y la negación, tanto de la frustración como de la persecución. El objeto frustador y perseguidor es mantenido separado del objeto idealizado. Sin embargo, el objeto malo no es lo único que se mantiene separado del objeto bueno, sino que su existencia es negada y así también toda la situación de frustración y dolor a que aquella ha dado origen. Esto es, en cierto modo, una manera de negar la realidad psíquica. La negación de la realidad psíquica se hace posible solamente a través del sentimiento de omnipotencia, característica esencial de la mente infantil. La negación omnipotente del objeto malo y de la situación dolorosa, es en el inconsciente igual a la aniquilación por acción de impulsos destructivos. Sin embargo, no es solo la situación y el objeto lo

que se niega y aniquila, sino que es la relación objetal la que sufre ese destino y entonces, una parte del yo, de la que provienen esos sentimientos hacia el objeto, es también negada y aniquilada”.

Las implicaciones de esta última frase, debería atraer cuidadosamente nuestra atención, particularmente, la aniquilación de la relación objetal. La boca, objeto de frustración, etc., ha tenido que ser negada, separada, aniquilada para que la gratificación alucinatoria sea efectiva.

El recuerdo de una satisfacción oral debe ser consciente en la alucinación, pero si esto es así, la boca alucinada debe separarse de la real, negada por un deseo insatisfecho.

Yo agregaría que la satisfacción alucinatoria de un deseo —por ejemplo, los sueños infantiles, o la alucinación de un pecho— debe referirse al que ocupa ese pecho alucinado, la forma en que es mantenido alejado de la boca; en otras palabras, la forma en que es mantenido estático para evitar el desarrollo de la ansiedad.

La ansiedad puede surgir al recordar una fase de la experiencia pasada que fue displaciente o fusionando el objeto alucinado con la percepción inmediata que no puede ser tolerada (por ejemplo: cuando el pecho toca la boca, el niño dormido se despierta).

Tales alucinaciones gratificadoras en el adulto, pueden vincularse a la negación de la percepción inconsciente del mundo como él habría sido, si la alucinación no borrara u ocultara la realidad del mundo presente. En otras palabras, se necesita la negación de una pequeña porción del mundo así como de la superficie del cuerpo para que la alucinación se produzca.

El estudio de estos factores que gobiernan los mecanismos de negación, pueden hacerse tan importantes como los ya descritos que intervienen en la alucinación. No siempre es una parte del mundo externo la que se fusiona o identifica con el contenido de una alucinación. Alguna parte del mundo debe negarse inconscientemente, para que la alucinación tenga lugar.

Durante mucho tiempo he observado que las alucinaciones más difíciles de descubrir son aquellas que ocurren en el lugar donde se encuentra el objeto real.

Desde luego que la percepción y reconocimiento normal de los objetos, se relaciona con este proceso, pero no es infrecuente que el elemento emocionalmente más significativo sea la proyección.

Freud mencionó hechos semejantes al describir cómo, en el comienzo de las alucinaciones paranoides, existe una base real.

A menudo uno encuentra que los términos empleados en la descripción de una idea falsa, son semejantes, pero no idénticos a los que emplearía un paciente si se refiriera a una situación externa que carece de importancia para él. Esto es semejante al problema mencionado por los neurólogos, referente a las dificultades con que un paciente describe un miembro fantasma, cuando existe el miembro real.

Los sueños de los extenuados por el hambre, en prisioneros de guerra, son importantes en este sentido; muy a menudo hay buena tolerancia a la frustración, paralelamente con buenos recuerdos, fantasías y sueños de satisfacción. La relación de esta capacidad, verdaderamente egosintónica con las reacciones maníacas, requiere ser considerada. Los prisioneros que se deprimen y mueren, son, aparentemente aquellos incapaces de construir un esquema del mundo que incluya aspectos buenos, más allá y fuera de este mundo persecutorio inmediato.

Un fenómeno semejante se ve si se le pide a una persona que imagine, por ejemplo, un huevo de gallina. Las imágenes estáticas tienden a desplazarse desde la superficie del cuerpo. A medida que la imagen se hace más dinámica, el relato adquiere un sentido más real y ésta habitualmente se aproxima más a la superficie del cuerpo, si verdaderamente no ha sido comido.

Lo que vemos es el contraste entre el huevo, estático en el espacio y el

otro, cocinado, con su aroma, pasando de la sartén al plato, para ser comido.

En física, el problema de la naturaleza de las interfases entre sistemas; en biología, el problema de las membranas y en las disciplinas mencionadas en este trabajo, los problemas del esquema y el fenómeno de sus límites, en mucho el más importante el de los límites cosmos-cuerpo, son en cierto sentido semejantes, especialmente porque el camino más comprensible es la organización de datos.

En la situación analítica, los datos son los que podemos hacer conscientes, con relación a nosotros, al paciente y al mundo que nos rodea. Como parte de nuestros datos, tenemos el conocimiento del esquema corporal del paciente que nos incluye y nuestro propio esquema corporal que incluye al paciente y esto en continua interacción. Por ejemplo las asociaciones de una paciente que dijo haberse tragado al mundo y agregó: “yo soy el mundo” entonces nos dijo que tenía diarrea, y que deseaba que le dejara el cuarto pueden comprenderse si las relacionamos con los tempranos estadios del desarrollo del esquema corporal, cuando el mundo externo estaba internalizado mediante la deglución y el dormir y luego proyectado al despertar, mientras defeca, es decir, estableciendo una equiparación entre la creación interna y externa con la función zonal.

Gradualmente se desarrolla cierta estabilidad en los límites del esquema corporal con algunos puntos de entrada y de salida.

Pueden ocurrir estados de hipocondriasis en relación con ciertas sensaciones referentes a la temprana omnipotencia durante el desarrollo, en la infancia del fenómeno de los límites del esquema corporal, por ej., en un paciente que se quejaba porque el brazo se le había introducido en el pecho y se le movía con el movimiento ondulante de los brazos de los niños. Podemos ver un estadio ulterior del desarrollo del esquema corporal en el caso de una paciente que permanecía tensa, asustada y callada en el diván; entonces, súbitamente se sobresaltó y describió que había tomado

consciencia de estar en el diván, que se había visto sentada frente a su tocador, en su casa, mirando *un* pote de crema facial, viendo a un pequeño ser deslizándose a través de una ranura de la crema, hasta que se golpeó en el fondo.

Esto había ocurrido después que giró su cabeza, con rabia, hacia el lado opuesto del que yo ocupaba, pero se dio cuenta, poco tiempo después, que había querido dirigir el ano hacia mí y ofrecerme materias fecales, apareciendo el recuerdo de una situación infantil en la que quería ofrecerse y ofrecerle materias fecales a su madre, mientras ella estaba frente al tocador; en esta forma tomó conciencia de múltiples esquemas corporales parciales, el de su madre, el esquema corporal como materias fecales y el suyo en la situación de temor, tensión y aflicción mientras permanecía tendida sobre el diván.

Wilner en 1945 discutió el problema de cómo mucha fantasía e imaginación, tal como son aceptadas por psicólogos generales (ej. Stout) puede relacionarse con la fantasía como la entienden *los* psicoanalistas, especialmente en relación con las fantasías de los objetos internos. Ella escribe: “mediante la provisión de tales bases para conocer nuestras más profundas experiencias afectivas, las fantasías de los objetos internos nos suministran también un medio por el cual podemos continuar asimilando, reflexionando y desarrollando nuestra experiencia pasada. Parece que también provee el vehículo con el cual la psiquis prosigue la relación con sus primeros afectos, desarrollando y enriqueciéndolos a través de la vida y aún cuando estas personas amadas no existan en el mundo externo; este continuo desarrollo ensancha y enriquece los límites del *Yo*, *ampliando la* percepción endopsíquica y por consiguiente, también la relación endopsíquica”. Estoy de acuerdo con ella, aunque el significado sería más claro si, donde ella escribe límites, se sustituyera por el término “profundidad” con el sentido con que lo he usado en la definición del esquema corporal.

El límite entre la superficie del cuerpo y sus profundidades, adquiere importancia en algunos pacientes, pero creo que en todo caso, convendría tratarlo más como síntoma que como un desarrollo egosintónico.

Tausk (1919) encaró la “máquina de influencia” como un síntoma de esquizofrenia describiéndolo primero como una proyección de lo genital, debido a la intolerancia de una libido homosexual. También discutió la organización del Yo en los términos de 1919, pero sería sumamente difícil comentar su valioso trabajo sin hacerlo párrafo por párrafo. A veces es difícil entender sus puntos de vista sobre el self —Yo— cuerpo —objeto— conciencia intelectual etc., porque están usados de distinto modo y la significación con que lo diferenciaba en 1919 no es clara aún hoy.

Su afirmación de que “en la elección de objeto, el mecanismo de identificación precede la catexis propia *por* proyección” ha sido elaborada desde entonces en términos de interrelación de introyección y proyección. Vincula la relación de la libido a la regresión esquizofrénica a tempranos estadios como un proceso evolutivo de la psiquis, en la cual el objeto al que se fija la libido fuera parte del cuerpo del *individuo*, pero *siendo* visto aún, como una parte del mundo externo”.

“Su psiquis es el objeto de estímulo, partiendo de su propio cuerpo, pero actuando sobre ella como si estuviera producido por objetos externos” fuera de esto resultará: el desarrollo del narcisismo, del autoerotismo y de una totalidad unificada bajo la supervisión de la unidad psíquica.

En su punto de vista parecería haber una relación más o menos consciente entre un Yo corporal, narcisísticamente consciente y algo dentro, especialmente la psiquis. El punto en el cual sucede la regresión, fue considerado por él, como el final de la existencia fetal. El desarrollo, tanto del Yo como el de la libido, puede experimentar detenciones y fijarse en puntos de regresión, primario, secundario, terciario, etc., que constituyen factores de relación y de desarrollo. “El problema es mucho más complicado,

por la intervención de los elementos tiempo y espacio, lo que lo torna insoluble.

Tal pesimismo no tiene fundamento pues pienso que se ha demostrado, los derivados del instinto mediante un mayor conocimiento de la relación de los “como” y de los “*cuando*”.

El punto de vista que he expresado de que la secuencia: estímulo, estímulo alucinado, recuerdo, pensamiento, es la del desarrollo, creo que a pesar de ser verdad, es una verdad parcial. Otras facetas de la verdad relativas a muchas alucinaciones, recuerdos y pensamientos, *son la negación* inconsciente, la escotomización destructiva, etc., de los efectos de conflictos de experiencias pasadas y presentes.

En otras palabras, las alucinaciones, recuerdos, pensamientos, etc., constituyen fenómenos nada simples, pero la aceptación de tal complejidad ha conducido a un análisis mucho *más* descriptivo.

El trabajo de Tausk mostró la misma actitud para la esquizofrenia que la que han mostrado otros trabajos modernos al referirse a las psicosis orgánicas.

Describió lo *que ha sucedido* en una psicosis, como se desarrolla “un proceso psicótico” pero nada ha dicho del psicótico en su complicada situación de transferencia de tipo psicótico.

En conclusión, lo que dije al comienzo de este trabajo se puede repetir ahora. A pesar de su extensión, solo he trazado *un esbozo de mi punto de vista* sobre el esquema corporal. Ulteriores trabajos, más detallados, han de seguir a éste.

traducido por Luis E. Prego Silva

BIBLIOGRAFIA

- BABINSKI, J. (1918). 'Sur l'anosognosia', *Rev. neurol.*, 11, 365.
- BARTLETT, F. C. (1932). *Remembering*. Cambridge University Press.
- BYCHOWSKI, G. (1943). 'Disorders of the Body-Image', *J. nerv. ent. Dis.*, 97, 318.
- COGHILL, LI. E. (1940). 'Early Embryonic Somatic Movements in Birds and in Mammals Other than Man', *Monograph of the Society for Research in Child Development*, 25, N° 2.
- FREUD, S. (1915). 'Instincts and their Vicissitudes', *Collected Papers*, 4, 60-83.
- (1923). *The Ego and the Id*. London: The Hogarth Press, 1927.
- (1927). *The Future of an Illusion*. London: The Hogarth Press, 1928.
- GALLINEK, A. (1939). 'The Phantom Limb', *Amer. J. Psychol.* 98, 413
- ESELL, A. (1946). *The Embryology of Behaviour*. London: Hamish Hamilton Medical Books.
- HEAD, H. and HOLMES, G. (1911). 'Sensory Disturbances from Cerebral Lesions', *Brain*, 34, 102.
- HEAD, H. (1920). 'Studies in Neurology', 2, London.
- IONES, E. (1946). 'Valedictory Address', *Int. J. Psycho-Anal.*, 27, 7.
- KLEIN, M. (1946). 'Notes on some Schizoid Mechanisms', *Int. J. Psycho-Anal.*, 27, 99.
- MALAMUD, W. (1947). 'The Basic Concept of Psychosomatic Medicine', *Digest Neurol. Psychiat.* N° 15, 124.
- MEYER, A. (1915). 'Objective Psychology or Psycho.Biology with subordination of the medically useless concept of Mental and Physical', *J. Amer.*

- med. Assoc.*, 65, 860.
- MILNER, M. (1945). 'Some Aspects of Phantasy in relation to General Psychology', *Int. J. Psycho-Anal.*, 26, 143.
- NORTHWAY, M. L. (1940). 'The Concept of the Schema', *Brit. J. Psychol.*, 30, 316.
- (1940). 'The Concept of the Scherna', *Brit. J. Psychol.*, 31, 22.
- OLDFIELD, R. C. and ZANGWILL, O. L. (1942). 'Heads Concept of the Scherna and its Application in contemporary British Psychology', *Brit. J. Psychol.*, 32, 267.
- PATERSON, A. and ZANGWILL, O. L. (1944). 'Disorders of Visual Space Perception associated with Lesions of the right Cerebral Hemisphere'. *Brain*, 67, 331.
- PRICE, H. H. (1947). 'Philosophical Implications of Telepathy', *Listener*, 944, 277.
- RIDDOCH, O. (1941). 'Phantom Limbs and Body Shape', *Brain*, 64, 197.
- RIVIERE, J. (1927). Translator's Note to Freud, *The Ego and the Id*, p. 31.
London: Hogarth Press.
- SANDIFER, P. II. (1946). 'Anosognosia and Disorders of Body Scheme', *Brain*, 69, 125.
- SCHILDER, P. (1935). *The Image and Appearance of the Human Body*. London: Kegan Paul.
- STENGEL, E. and STEELE, O. D. F. (1946). 'Unawareness of Physical Disability (Anosognosia)' *J. ment. Set.*, 92, 379.
- TAUSK, V. (1919). 'On the Origin of the "Influencing Machine" in Schizophrenia'. Trans. *Psychoanal. Quart.*, 1933. 2, 519.
- WALLACE, S. (1938). 'The Grasp Reflex in a hand with no Power of Voluntary Closure', *Proc. Roy. Soc. Med.*, 31, 720.

WOLTERS, A. W. P. (1946). Theory of Thinking', Brit. J. Psychol., 83,
143