

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

OBSERVACIONES SOBRE ALTERACIONES
DE LA IMAGEN CORPORAL EN
PACIENTES OBESOS QUIRURGICOS

T E S I S:

que presenta

VIRGINIA GONZALEZ MARISCAL

para obtener el grado de

DOCTORADO EN PSICOLOGIA CLINICA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Junio, 1976



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	3
1. EL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL	4
2. IMAGEN CORPORAL EN EL OBESO	8
CAPITULO II	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2. DESCRIPCION DEL GRUPO ESTUDIADO	18
3. CRITERIOS DE VALORACION PSIQUIATRICA Y PSICOLOGICA	19
4. CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS GENERALES ENCONTRADAS	21
5. RESPUESTA PSICOLOGICA DE LOS PACIENTES DESPUES DE HABERSELES PRACTICADO LA DERIVACION YEYUNO-ILEAL	24
6. EJEMPLOS DE CASOS CLINICOS	25
CAPITULO III	60
1. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS SOBRE LA PATOLOGIA DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS	61
2. CONCLUSIONES	66
BIBLIOGRAFIA	68

INTRODUCCION

El trabajo que aquí presento tiene como finalidad comunicar mis experiencias al estudiar los fenómenos latentes que se encuentran detrás de la capa de grasa que cubre al paciente obeso. En la obesidad, como en cualquier otra manifestación psicósomática, lleva al que la sufre a realizar una disociación, mente-cuerpo. Al hablar de un proceso disociativo nos estamos refiriendo, no al proceso de disociación clásica que se da en los psicosis, sino a la separación mente-cuerpo que es característica en estos padecimientos y que psíquicamente es empleada por el enfermo como un intento adaptativo para seguir conservando la homeostasis que puede ser rota a consecuencia de un conflicto interno no resuelto (23). Uno de los factores que facilita la aparición del trastorno psico-fisiológico es una pobreza en el desarrollo del yo, lo cual ocasiona que la descarga del conflicto se haga por vías no usuales a nivel somático. (3).

Con ello el sujeto queda protegido ante las ansiedades y amenazas internas proyectándolas en la parte que considera mala de sí mismo, esto es su propio cuerpo. En cambio mentalmente se sentirá libre de cualquier tipo de patología psíquica. Pichon-Riviere (17) nos dice que el paciente que crea una enfermedad psicósomática es con el fin de "zafarse" de una psicosis. Tiene con ello la ventaja, desde el punto de vista social, de ser considerado como un enfermo del cuerpo y no ser reconocido como un enfermo mental.

En el caso que aquí nos ocupa, o sea el paciente obeso, se da esta misma pauta en los procesos psíquicos latentes, se disocia, se aísla dentro de su capa de grasa, y en ella proyecta sus ansiedades y temores persecutorios.

Concretamente en los pacientes observados me interesaba conocer qué sucedía al desaparecer, mediante la técnica quirúrgica llamada Yeyuno-Ileal la inmensa capa de grasa que los cubría. Consideré que al quitarla deberían sucederse cambios en su esquema corporal. Encontré, por medio de la técnica y método empleado, que describo en otro apartado de este trabajo, que efectivamente, la reacción disociativa mente-cuerpo usada por éstos pacientes les había funcionado para establecer un equilibrio aunque fuera precario, y que cuando éste era roto, sin una elaboración psíquica previa, el paciente podía caer en un cuadro psicótico. El impacto que la transformación física, producto de la pérdida brusca de peso, causó en los pacientes, y las formas de buscar un nuevo equilibrio es lo que presento en este trabajo.

Esta tesis la he desarrollado a partir de la siguiente hipótesis:

1. La intervención quirúrgica Yeyuno-Ileal produce alteraciones en la imagen corporal de los pacientes.
2. La imagen corporal alterada les acarrea procesos de Despersonalización y Depresión.

En su desarrollo seguí la siguiente metodología:

- a) Marco Teórico. Realicé una revisión bibliográfica de los autores que habían investigado sobre Imagen Corporal en general y luego los que la habían referido específicamente a la Imagen Corporal en el Obeso.
- b) Revisé algunos trabajos de los autores que se han dedicado en forma especial a estudiar los factores psicodinámicos de la obesidad.
- c) Con los métodos y técnicas que describo en la página 20 obtuve el material de los pacientes, con el cual trabajé basándome en los aspectos teóricos ya estudiados.

Del trabajo realizado con el material obtenido surgieron las conclusiones que en la última parte del trabajo expongo.

Quiero mencionar que este trabajo solo es una pequeña parte del desarrollado por un equipo de Médicos Psicoanalistas y Psicólogos que forman el Departamento de Psicología Médica del Instituto Nacional de la Nutrición. Por lo tanto deseo agradecer en forma muy especial al Dr. Arturo Fernández C., el que me haya permitido realizar esta tesis dentro de ese Departamento que él dirige. Asimismo, mi reconocimiento al Dr. José Luis Salinas por su interés y orientación para la realización de la misma.

CAPITULO I

- 1) GENERALIDADES SOBRE IMAGEN CORPORAL,
- 2) IMAGEN CORPORAL EN EL OBESO

EL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL

Al abordar un tema como el de la obesidad, es necesario estudiar la imagen corporal de los pacientes para evaluar el grado de realidad o distorsión en relación con su propio cuerpo. El grado de acercamiento o distorsión de la realidad de sí mismo nos muestra el nivel de desarrollo interno alcanzado por el sujeto, esto es el nivel de desarrollo y funcionamiento alcanzado por el yo.

Sabemos de antemano que fué Schilder (21) el primero en ampliar el concepto de imagen corporal. Antes de él sólo se había evaluado desde el punto de vista neurológico mediante observaciones en pacientes con lesiones diversas en el SNC. En su libro *Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano*, los fenómenos de la imagen corporal en relación al comportamiento normal y anormal, dijo que la imagen corporal era "la descripción de nuestro propio cuerpo, la cual formamos en nuestra mente", es decir la forma en la cual el cuerpo aparece ante nosotros mismos. Este punto de vista incluye una idea de plasticidad en el concepto, la cual es el resultado de las experiencias sensoriales y físicas que están siendo experimentadas constantemente por cualquier sujeto. Estas experiencias según Schilder se integran en un concepto de "gestalt" que las conforma. Por lo tanto siguiendo este punto de vista, la imagen corporal es más que un modelo postural, mecánico del cuerpo ya que incluye todas las experiencias orgánicas y físicas inmediatas que vamos experimentando a través del movimiento. La movilidad juega un papel

importante para definir no sólo los límites del yo sino para diferenciarse a sí mismo del ambiente perceptual total.

La percepción corporal de un niño es modificada en el curso de su crecimiento. Al mismo tiempo sus capacidades para conceptualizar, experimentar e interpretar la realidad sufren grandes cambios en el proceso de desarrollo. Hilde Bruch (3) menciona los estudios de Levy llevados a cabo en niños, en los cuales las actitudes de los padres estaban integradas en su concepto corporal.

El niño desde el punto de vista de Bruch, puede desarrollar un concepto corporal que sea agradable y satisfactorio o puede llevar a ver su cuerpo y sus partes como desagradables, sucias, vergonzantes o repugnantes.

Pichon-Riviere dice "el esquema corporal es la imagen tetra-dimensional que cada uno de nosotros tiene de sí mismo" (16). Habla de tres áreas en la persona: mente, cuerpo y mundo exterior, lo que suceda en una determinada área es vivido por la totalidad de la persona. Esta unidad en permanente función se expresa con una conducta hacia afuera que se llama conducta objetiva y con una conducta interna que es la vida emocional a través del cuerpo en una permanente relación de objeto. De las tres áreas, la del cuerpo es la más ecotomizada para el yo, los objetos allí proyectados son menos desconocidos así como su vínculo y la fantasía inconsciente que le acompaña. Con la separación mente-cuerpo como mecanismo defensivo muy

primitivo lo que se buscaría sería la separación de los objetos buenos y malos introyectados.

Pichon-Riviere dice que el esquema corporal post-natal se configura alrededor de un eje ya estructurado pre-natal que denomina proto-esquema corporal el cual estaría integrado por estímulos enteroceptivos, propio-ceptivos, originados durante la vida fetal. El esquema corporal del niño en una estructuración progresiva toma características particulares de acuerdo a las primacías orales, anales o genitales. Considera que de la técnica empleada para manejar las ansiedades producidas para el control y manejo de los objetos parciales, se configurarán los diferentes cuadros nosológicos. Así por ejemplo, cuando el objeto parcial malo o perseguidor es proyectado en el área del cuerpo aparecería la hipocondría; la persecución es experimentada en el cuerpo, es allí en donde el yo siente la amenaza el peligro de muerte, o sea la locura queda circunscrita al cuerpo; el síntoma aparece en una determinada situación con un vínculo específico y una fantasía inconsciente particular. Esta noción de vínculo con un objeto perseguidor dentro de la representación mental del cuerpo es fundamental.

García Reynoso (9) en su trabajo mente y cuerpo, parte de lo dicho por Freud: "el yo es primero y ante todo un yo corporal", esto, dice García Reynoso, significa que después existe algo más; ese algo es un "yo mental"; surge así una ecuación entre cuerpo y aparato mental y otra entre cuerpo y yo. "Toda la concepción actual del problema cuerpo-mente y por consiguiente el de la medicina psicosomática encuentra en esta declaración

de Freud, su más sólido punto de apoyo". Afirma que la disociación mente-cuerpo es un proceso activo en el yo. La disociación mente-cuerpo, dice, es un conflicto producto de las tempranas ansiedades paranoides y de las defensas esquizoides contra dichas ansiedades. La mente aparece como el objeto bueno y el cuerpo como el objeto malo. "Existe, dice, un lenguaje no verbal que se expresa a través del cuerpo. Si el paciente es una totalidad debemos investigarlo como tal e investigar lo posible este lenguaje. Lo contrario sería favorecer la disociación".

De acuerdo a un desarrollo normal, no deberían existir discrepancias entre la estructura corporal, la imagen corporal y la aceptación social. Sin embargo desde un punto de vista de la exploración clínica psicológica encontramos que éstas discrepancias son muy frecuentes en los casos estudiados. Es por ésto que su exploración fué nuestro punto de partida en el estudio de los pacientes que aquí presentamos.

LA IMAGEN CORPORAL EN EL OBESO

De acuerdo a lo encontrado por Bruch (3) en sus muchos años de trabajo con pacientes obesos, es muy frecuente la perturbación de la imagen corporal. Partiendo de lo idealmente esperado en relación a la estructura corporal, ella considera que en el obeso deben estudiarse la correcta o incorrecta interpretación que ellos hacen de los estímulos enteroceptivos y el sentido de control y propiedad del cuerpo, los cuales engloba en el concepto de concientización o identidad del cuerpo. En estos pacientes desde su punto de vista, no concuerda en relación al cuerpo, la estructura, la imagen y la aceptación social. Este último aspecto es de gran importancia en el obeso ya que éste vive constantemente bajo la presión del menosprecio del medio social. Esto de acuerdo con Bruch puede dar por resultado una disociación entre la estructura corporal y la imagen deseada y socialmente aceptada. Las actitudes sociales hacia el cuerpo, el concepto social de belleza, dan elementos para que se lleve a cabo dicha disociación en estos pacientes. Para Bruch los términos: "concepto del cuerpo", "identidad del cuerpo", "percepción del cuerpo" indican la exactitud o error en el conocimiento del yo corporal, el reconocimiento de estímulos provenientes del exterior o interior, el sentido de control sobre las funciones corporales de sí mismo, la reacción afectiva hacia la realidad de la configuración del cuerpo y la apreciación de qué ^{como} tan agradable es el cuerpo de uno para los demás.

Bruch considera que al tratar psicológicamente a obesos, la ayuda debe ser a que el paciente adquiera una más realista concientización de su yo corporal. En el "encuentro terapéutico", como ella le llama,

se da al obeso la oportunidad de vivenciar por sí mismo estos fenómenos en relación a su imagen corporal, es decir cómo sus sensaciones, sentimientos e ideas acerca de su cuerpo van variando en la medida en que va adquiriendo una concientización de su yo. Gradualmente, llega a entender cómo la distorsión del concepto de su cuerpo, tanto estructural como funcional está estrechamente conectado con sus experiencias e interacciones conscientes a lo largo de su vida.

Tomando en cuenta la importancia de las alteraciones en los procesos de concientización en los obesos que nos señala Bruch, y siguiendo las ideas sobre el desarrollo del yo señaladas por Paula Heiman (12) quien nos dice que "la percepción conduce a la conciencia y con la práctica percepción y conciencia se incrementan mutuamente", consideramos que en el obeso la alteración en los procesos de concientización se deben a fallas muy tempranas de la percepción que entre otras cosas le producen la no valoración y selección de lo que come.

Si en el desarrollo normal de los sujetos la percepción juega un papel tan importante como núcleo del yo que "transforma al ser humano en un ser con control y razón" (12), el obeso al presentar alteraciones en éste proceso, no logra un desarrollo del yo normal, manteniéndose en un nivel de funcionamiento en el cual no muestra "razón ni control", sino que continúa como en una primera fase de desarrollo amenazado por ansiedades que trata de disminuir comiendo, podríamos decir introduciéndose muchos objetos buenos que catalicen los malos previamente introyectados.

Al hablar de todas estas fallas en el desarrollo , estamos hablando de la disociación que el paciente obeso tiene que realizar como defensa contra las amenazas internas y externas, de ahí la necesidad de "dividirse" en cuanto a su imagen corporal.

Mauricio Abadí (1) cuando nos habla de su experiencia con pacientes obesos nos dice que el obeso tiene dos esquemas corporales: "uno que incluye su envoltorio adiposo y otro que es su propio esquema corporal, independientemente del espacio grasoso que lo rodea". Ese otro esquema que él observó "era el de un ser flaco, frágil y vulnerable". El considera que dentro del gordo está el flaco y un flaco de una delgadez extrema.

De acuerdo con lo ya mencionado por Pichon-Riviere en relación a la imagen corporal, el obeso se estaría protegiendo de sus objetos malos proyectándolos en la capa de grasa (como síntoma manifiesto) que posee, por lo que si esta defensa es quitada bruscamente, como sería en los pacientes obesos quirúrgicos estudiados en este trabajo, aparecerían las persecuciones en forma incontrolada. La fragmentación que el obeso crea y para lo que usa su grasa le permite tener un control mayor y más fácil de sus objetos persecutorios, sería un "dividir para reinar" como dice M. Klein.

Para García Reynoso la intensidad de la identificación proyectiva lleva al individuo a no poder establecer una adecuada diferenciación entre el esquema corporal y el mundo externo, confundiéndose el uno con el otro. Como ya señalamos antes en el obeso si no fuera por su capa de grasa perdería esos límites, de ahí que su disociación mente-cuerpo le permite cierta diferenciación que le evita la confusión y el caos.

Cuando hablamos de las alteraciones en la imagen corporal de los obesos, debemos considerar que es determinante la edad en la que iniciaron su obesidad. Bruch nos dice que la gente que hace su obesidad en la edad adulta tiene una percepción más realista de sí misma. En cambio cuando la obesidad se inicia en la infancia, la percepción de sí mismo es tan vaga y confusa que llega incluso el individuo a confundir sus propios límites con los de la madre. Generalmente la mayoría de las madres de niños obesos no perciben la obesidad de éstos. Expresiones tales como "en mi casa se hacía mucho de comer", "mi madre me dejaba comer todo lo que yo quería", etc., son frases que nosotros encontramos con mucha frecuencia en estos obesos estudiados.

Bruch considera que aunque la obesidad sea desde la edad adulta, si data de muchos años, no se percibirán delgados aún después de una proporción considerable de reducción de peso, o sea que conservan consigo la imagen de su talla anterior.

En algunos de nuestros pacientes la obesidad no era desde la niñez, se había manifestado 10 ó 15 años antes, sin embargo sí se presentaban reacciones de extrañamiento y confusión ante la pérdida de peso. Incluso la pérdida brusca de peso era vivida en forma traumática, que los pacientes manifestaban deprimiéndose mucho o decían sentirse "a punto de estallar".

En algunos dibujos como los que la paciente del caso # 2 hizo después de ser operada, las figuras están desunidas lo que nos estaría hablando de la sensación de pérdida experimentada por la paciente, después de la operación.

Es muy frecuente encontrar en los obesos a consecuencia de la percepción equivocada de los fenómenos corporales tal y como lo menciona Bruch, la separación entre su talla y lo que comen, pareciera como si el cuerpo fuera una entidad separada de sí mismos. Con mucha facilidad niegan comer la cantidad de alimento que es obvio que ingieren. En algunos de los pacientes vistos por nosotros manifestaban un gran enojo al ser descubiertas por los médicos, las violaciones cometidas en la dieta.

Tanto Bruch (3) como Abadi (1), ^{García} García (7) o García Reynoso(10), afirman que ésta capa de grasa que el obeso posee actúa como una pared detrás de la cual encuentran protección ante las amenazas del mundo exterior.

Bruch sobre todo considera que la talla alcanzada por el obeso es una manera de autoafirmarse, por lo cual el adulto obeso desarrolla con el descenso de peso, sensaciones de debilidad y tensión insoportable. En algunos de los pacientes observados por nosotros después de la operación, se encontraba un alto grado de irritabilidad e inconformidad que hacía muy difícil su manejo tanto dentro como fuera del hospital. Estas reacciones fueron valoradas desde un punto de vista psicológico como una reacción de frustración ante la pérdida experimentada. Algunos de ellos llegaron a grados extremos de debilidad que obligó a ser necesaria una nueva hospitalización para su manejo.

En los casos observados por Hilde Bruch, encontró también serias perturbaciones en el rol sexual. Para esta autora, cuando la obesidad se iniciaba en la niñez los pacientes varones expresaban dudas sobre su masculinidad. En algunas mujeres observadas por ella, sentían desagrado por su sexo, la gordura se ligaba a fantasías inconscientes de querer ser como el padre, de tener la potencia del padre, por considerar lo femenino como devaluado. Incluso dice que había pacientes con fantasías para ser a la vez hombre y mujer. Cuando la obesidad se desarrolló en la edad adulta los hombres la consideraban como signo de fuerza y virilidad.

En los pacientes motivo de este trabajo, la obesidad, en su inicio había sido muy valorada, cuando el paciente provenía de un medio socio-económico y cultural en donde ser gordo daba cierto "status" y era

muy valorado por los demás. En cambio había otros en los cuales la moda era ser flaco y con su obesidad experimentaban muchas presiones de tipo social en donde el aspecto físico era muy importante para ser o no aceptado. Al respecto Bruch señala que en aquéllos pacientes en los cuales el medio social rechaza la gordura y elogia la esbeltez, los pacientes gordos sufren un odio consciente contra sí mismos. Es evidente, también que el rechazo o aceptación por la gordura en estos pacientes no está más que simbolizando en forma concreta los aspectos que les desagradan de sí mismos los cuales consideran indignos.

Con todo lo anteriormente dicho no hemos hecho más que enfatizar que de acuerdo con los estudiosos en la materia, y con lo observado por nosotros en los pacientes aquí mencionados, el obeso posee alteraciones en el desarrollo de su imagen corporal. Que se pone de manifiesto una clara disociación entre mente-cuerpo, en estos pacientes y que ésta disociación no es más que una defensa ante ansiedades experimentadas en una época muy temprana en el desarrollo de la libido.

CAPITULO II

- 1) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 2) DESCRIPCION DEL GRUPO ESTUDIADO
- 3) CRITERIOS DE VALORACION PSIQUIATRICA Y PSICOLOGICA
- 4) CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS GENERALES ENCONTRADAS
- 5) RESPUESTA PSICOLOGICA DE LOS PACIENTES DESPUES DE HABERSELES PRACTICADO LA DERIVACION Y EYUNO-ILEAL
- 6) EJEMPLOS DE CASOS CLINICOS

1) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este capítulo expondré las experiencias obtenidas después de estudiar, principalmente mediante entrevistas y pruebas psicológicas a pacientes obesos que han sido sometidos al método llamado Derivación Yeyuno-Ileal con el fin de reducirles de peso. Esta intervención lleva como propósito el disminuir considerablemente la superficie intestinal de absorción. Esquemáticamente se puede decir que se excluye mediante el procedimiento quirúrgico una zona del intestino delgado que parte aproximadamente de los 25 centímetros posteriores al ángulo de Treitz hasta el íleon terminal sitio en donde se efectúa la anastomosis. (17), (5).

La operación también llamada de Payne se practica cuando el paciente obeso no ha logrado por medios conservadores reducir su peso y ha llegado a extremos en que peligra su vida. Son pacientes para quienes el perder peso o simplemente dejar de ganarlo se ha tornado imposible. Esta intervención quirúrgica tiene muchos riesgos y alteraciones tanto fisiológicas como psicológicas, como por ejemplo, alteraciones del tránsito gastrointestinal en el primer caso y modificaciones del esquema corporal en el segundo. Por lo tanto el paciente, candidato a esta operación, requiere de un estudio muy minucioso: valoración médica completa, incluyendo múltiples y sofisticados estudios de laboratorio que requieren de la hospitalización del paciente, revisiones constantes del médico internista y del cirujano, así como valoración psicológica y psiquiátrica. Una vez

terminada la valoración de acuerdo con los resultados obtenidos, se decide si el paciente es candidato o no, a cirugía.

Si es sometido a éste proceso, el paciente experimenta una serie de alteraciones físicas y químicas en su organismo, al mismo tiempo que psicológicamente experimenta cambios como consecuencia de la brusca reducción de peso corporal. Nuestro trabajo estuvo enfocado a estudiar estos cambios y las respuestas de los pacientes en relación a los mismos.

El método utilizado con este fin, así como los resultados obtenidos serán expuestos en el siguiente apartado.

2) DESCRIPCION DEL GRUPO ESTUDIADO

En primer lugar me referiré a las características generales de los pacientes obesos-quirúrgicos estudiados.

Número de pacientes:	13
Estado civil:	casados: 10 - solteros: 3
Sexo:	masculino: 3 - femenino: 10
Edad:	promedio: 41 años
Escolaridad:	promedio: 7.5 años
Ocupación:	hogar: 10 - trabajo remunerado: 3

3) CRITERIOS DE VALORACION PSIQUIATRICA Y PSICOLOGICA

Los criterios de valoración psiquiátrica se basaron en un avalúo del funcionamiento psíquico por medio del "examen psicológico" de Karl Meninger. Este avalúo incluye, funciones primarias del aparato psíquico, de los procesos afectivos, lenguaje, comunicación, conducta motora, además de patrones de integración: relación con otras personas, y ajuste sexual entre otras.

Desde el punto de vista psicológico se usaron pruebas de inteligencia (WAIS) y proyectivas: Machover, Bender, MMPI, y Rorschach.

Nuestro enfoque interpretativo del material obtenido fué buscando además de las características psicológicas generales, las alteraciones o cambios sufridos por éstos pacientes en relación a la imagen corporal después de haber sido operados, siguiendo las normas de calificación e interpretación dadas para cada una de las pruebas mencionadas. Nuestro estudio se hizo buscando los siguientes aspectos en este grupo de pacientes:

Examen mental

- A. Percepción (contacto con la realidad)
- B. Intelecto (reacciones cognitivas)
- C. Lenguaje y Capacidad de Comunicación
- D. Emociones (reacciones afectivas)
- E. Conducta

Patrones de Integración al Ambiente

- I. Relaciones con otras personas
 - a) profundidad
 - b) ligas afectivas significativas
 - c) relación con el médico tratante, Psicoanalista y Psicóloga.
- II. Relación con objetos
- III. Relación consigo mismo.
 - a) autoestima
 - b) identidad . . .
 - c) relación hacia su propio cuerpo.

4) CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS GENERALES ENCONTRADAS

De acuerdo con la valoración psiquiátrica y psicológica ya descrita, encontramos los siguientes aspectos que consideramos como los más significativos:

1. Cociente intelectual: promedio 93.5
2. Pensamiento: concreto-mágico
3. Procesos psicomotores: lentos
4. Estado de ánimo: depresivo
5. Auto estima: minusvalía
6. Personalidad: pasivo-dependiente
7. Relaciones interpersonales: escasas

Necesidades comunes

1. Enormes necesidades alimenticias
2. Enormes necesidades de afecto
3. Necesidad de aceptación, sensación de rechazo.
4. Necesidad de confort y bienestar físico
5. Expectaciones mágicas, ilusorias
6. No hay necesidad de logro y superación

Características psicológicas comunes

1. Poca tolerancia a la frustración
2. Escasa capacidad de demora
3. Precario control de impulsos
4. Concepto vago, primitivo, indiferenciado de sí mismo
5. Tendencia a aislarse de los demás
6. Actitudes regresivas infantiles
7. Estructura fóbica

Si observamos más detenidamente las manifestaciones psicológicas mencionadas, vemos que:

La capacidad intelectual de estos pacientes se encuentra dentro de lo normal. Sin embargo son sujetos incapaces de manejar en forma concreta y práctica las situaciones que les rodean, reaccionando en cambio, mediante expectativas mágicas. Tienden a buscar una gratificación pasiva de sus necesidades las cuales compensan en forma concreta mediante la comida. Pareciera como si sus enormes necesidades alimenticias les mantuvieran en un permanente estado de espera para recibir gratificación oral. El gran volumen en su peso les produce procesos psicomotores lentos, lo cual de principio les coarta cualquier intento de iniciativa o acción independiente.

Como se mencionó, el estado de ánimo que los caracteriza es Depresivo (18) con lo cual queremos decir que en las manifestaciones clínicas se veía retardo en la actividad psicomotriz e inhibición afectiva. Dicho proceso depresivo no les permite mantener intereses ni materiales y de relación con otras personas, por lo que tienden a aislarse, poniendo como pretexto, en la mayoría de los casos, el sentirse rechazados y observados para mantener su aislamiento. Su constitución depresiva les hace manifestar una mínima tolerancia a la frustración por lo que cualquier rechazo es vivido por ellos como pérdida o abandono total.

En cuanto a las actitudes regresivas que observamos, éstas corresponden al nivel oral en el desarrollo de la libido, pues dadas las características señaladas antes, el funcionamiento alcanzado por éstos pacientes es bastante primitivo.

5) RESPUESTA PSICOLOGICA DE LOS PACIENTES DESPUES DE
HABERSELES PRACTICADO LA DERIVACION YEYUNO-ILEAL

Como ya mencionamos en lineas anteriores, en los 13 casos estudiados, los pacientes tenían una deficiente estructura de personalidad. Es decir eran pacientes con un pobre desarrollo yoico, pues predominaban en ellos mecanismos primitivos de defensa, los cuales se manifestaban por:

- a) ausencia de tolerancia a la ansiedad
- b) ausencia de control de impulsos
- c) ausencia de desarrollo de canales sublimatorios (4)

Para algunos de estos pacientes la operación fué vivida en forma traumática, como ataque al cual ellos con su escaso sistema de defensas no podían hacer frente. El cambio brusco en relación a la imagen previa de sí mismos, les ocasionó confusión y pérdida de identidad con su consecuente angustia. Muchos de ellos, no obstante que conscientemente mostraban interés por superar el impacto del cambio físico y las molestias físicas posteriores a la operación, no lo lograban. Parecía como si no pudieran "asimilar" con su nueva imagen corporal, los cambios internos y externos que ésta representaba. En estos casos, los pacientes tuvieron que ser "desmantelados" (*) dado que su situación física y psíquica era crítica. Para ejemplificar lo anteriormente dicho tomemos los casos siguientes:

(*) Indica el restablecimiento mediante una nueva intervención quirúrgica del tránsito intestinal normal.

CASO I.

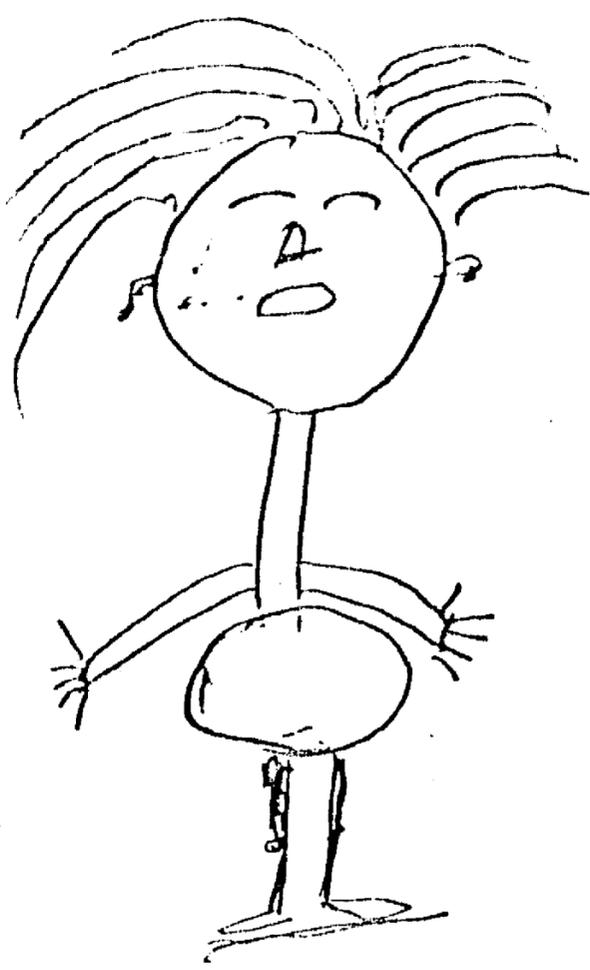
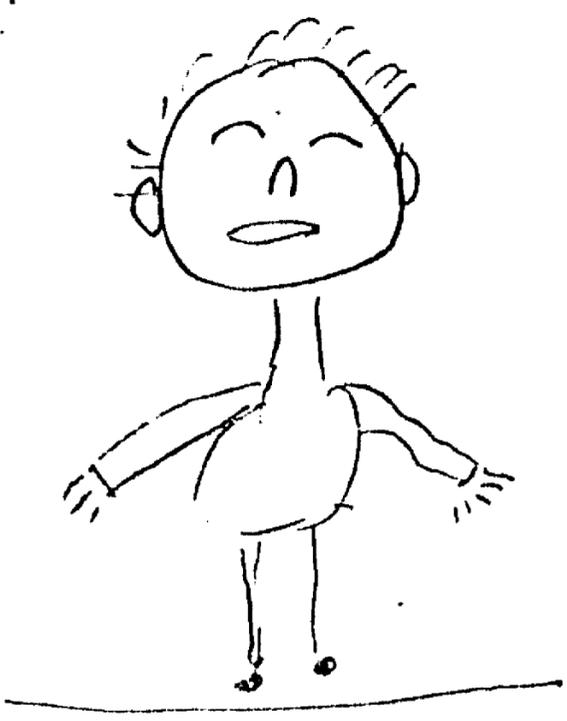
Paciente del sexo masculino.

Obesidad Grado IV (extrema)

Edad: 53 años.

Estado civil: casado

Ocupación: chofer.



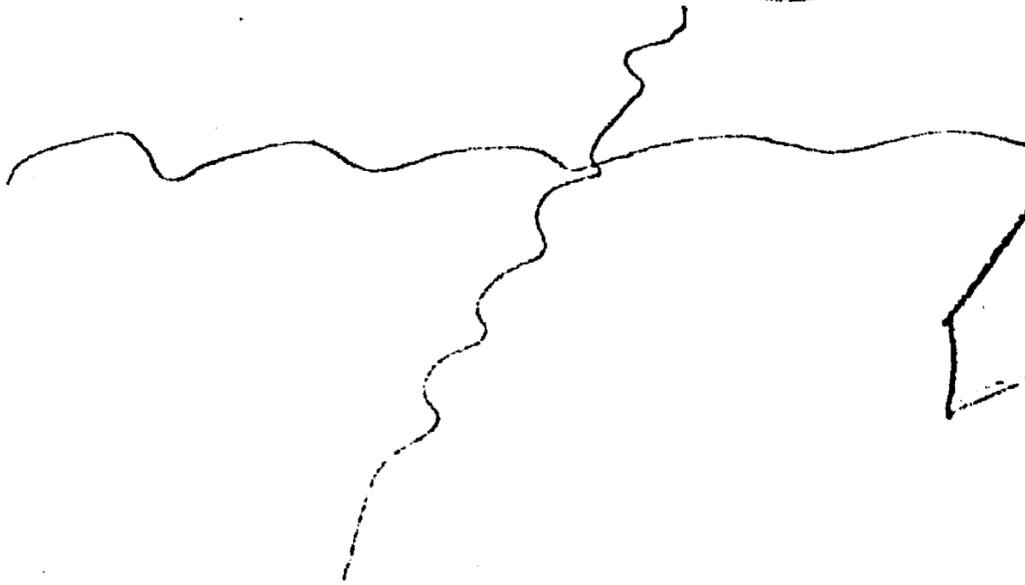
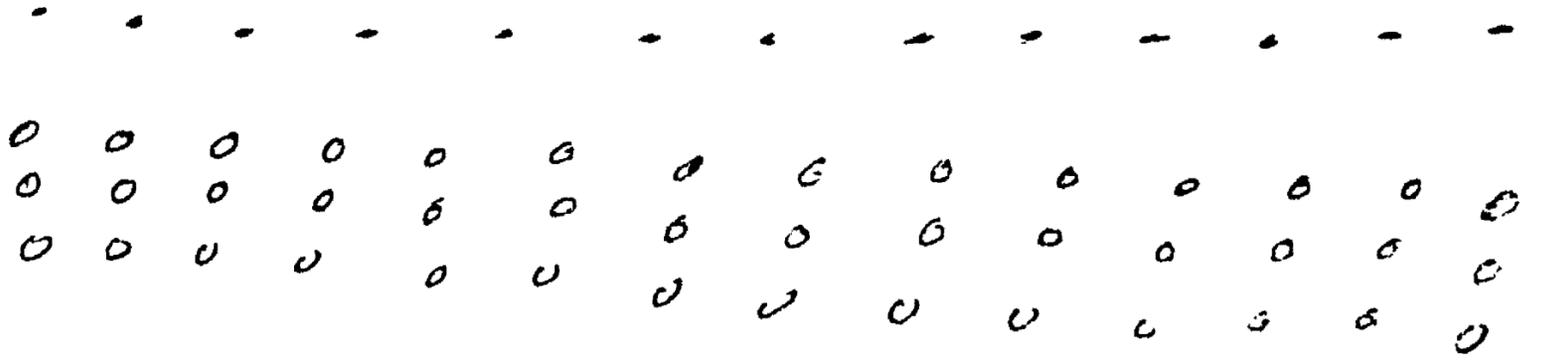
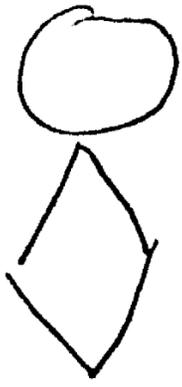
CASO No. 1





CASO No. 1





CASO No. 1

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

CASO 1

M 1A1 Fm m Fk k FK KF K F Fc eF e FC' C'F C' FC CF C

Los datos obtenidos en las pruebas nos reportan lo siguiente: un pobre nivel de desarrollo yoico. La pobreza en la vida interna del sujeto nos está indicado por la carencia de M en el protocolo de Rorschach.

El alto nivel de F (77%) nos habla de rigidez y concretismo en los procesos de pensamiento. Sus intereses son muy escasos lo cual vemos en la poca variedad del contenido, 9 son respuestas de contenido animal en un total de 11.

Hay choques en láminas de color lo cual nos habla de un bloqueo del sujeto para manejar lo afectivo. La sucesión al ir dando las respuestas es rígida.

De acuerdo al Machover, la imagen mental de sí mismo se encuentra escasamente configurada. El dibujo es muy primitivo, corresponde a una edad muy temprana de desarrollo, el cual nos estaría indicando una regresión del sujeto a fijaciones tempranas en el desarrollo de la libido.

La oralidad proyectada en los dibujos pueden verse en la boca abierta de las dos figuras que hizo.

Es evidente también la división mente-cuerpo, que el paciente hace al separar en el dibujo el cuerpo y la cabeza por medio de un cuello exageradamente largo. Esto también nos indicaría la incapacidad del

sujeto para integrar dentro de sí las proporciones, adecuadas de su propio cuerpo. Todo ello es consecuencia de su limitado desarrollo físico y por consiguiente de una pobre estructura en la imagen corporal.

El paciente se operó cuando tenía 140 kilos de peso. La decisión de operarlo se llevó a cabo por una real imposibilidad de reducirlo de peso por otros medios ya que no cumplía con los regímenes alimenticios que le marcaban. Siempre fué reportado por los médicos y familiares como un paciente difícil en su manejo. Se mostraba inconforme y muy irritable cuando se le señalaba su violación a la dieta. Los médicos que lo atendieron a su llegada al hospital observaron un grado de ansiedad importante "que lo llevaba a comer en forma exagerada".

Su obesidad se remontaba a 15 años atrás, aparentemente después de haber sufrido un infarto, a raíz de lo cual dejó de fumar. Su tabaquismo también era exagerado lo cual le provocó una lesión pulmonar.

Era una persona cuyo padre también fué obeso y murió de un infarto cuando el paciente ya era adulto. Su madre vivía y no mostraba aparentemente ninguna patología severa.

Está casado y procreó 5 hijos, 4 mujeres y 1 varón que murió en un accidente automovilístico. Su matrimonio ha sido aparentemente estable. La muerte de su hijo, cuatro años antes de que acudiera

al hospital, la pudo manejar así como elaborar el duelo aparentemente sin alterar mucho su vida. Trabaja como chofer desde hace muchos años y su hijo realizaba la misma actividad hasta su muerte.

Con la operación el descenso del peso en el paciente fué del 60%.

Los primeros meses presentó las molestias físicas que normalmente suceden en este tipo de operaciones pero éstas se fueron agravando ya que el paciente no seguía las indicaciones sobre dieta y medicamentos, que se le habían prescrito.

Fué necesario internarlo nuevamente para controlarlo tanto médica como psicológicamente. Sin embargo, la atención psiquiátrica y psicológica era rechazada por el paciente, aduciendo que todo su tratamiento debía ser físico. Esta rebeldía y falta de cooperación del paciente le llevaron a una situación cada vez más crítica hasta que se decide "desmantelarlo".

Durante el año que se mantuvo con la derivación Yeyuno-Ileal, el paciente se mostró más irritable y difícil en su manejo médico. Durante éste tiempo, según reportan sus familiares, no le interesaba nada y solo manifestaba deseos de dormir.

En el presente caso se podría objetar que la obesidad era de 15 años atrás, sin embargo de acuerdo a los resultados de la valoración médica, psiquiátrica y psicológica del caso, se concluye que la pobreza de recursos internos fué lo que no le permitió adaptarse a la nueva situación física resultante de la operación. Tal pareciera que los mecanismos que usó el paciente eran buscando la recuperación de la imagen corporal perdida. Los estados de confusión mental y de tristeza externa que le llevaban a perder interés por lo que le rodeaba, sólo eran un intento de negar su nueva imagen psíquica.

CASO 2.

Paciente del sexo femenino.

Obesidad Grado IV (extrema)

Edad: 42 años

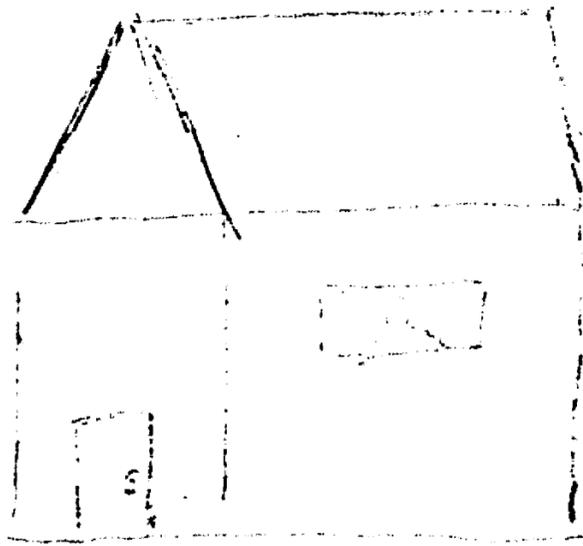
Estado civil: casada

Escolaridad: Comercio

[Faint, illegible text in a rectangular box]

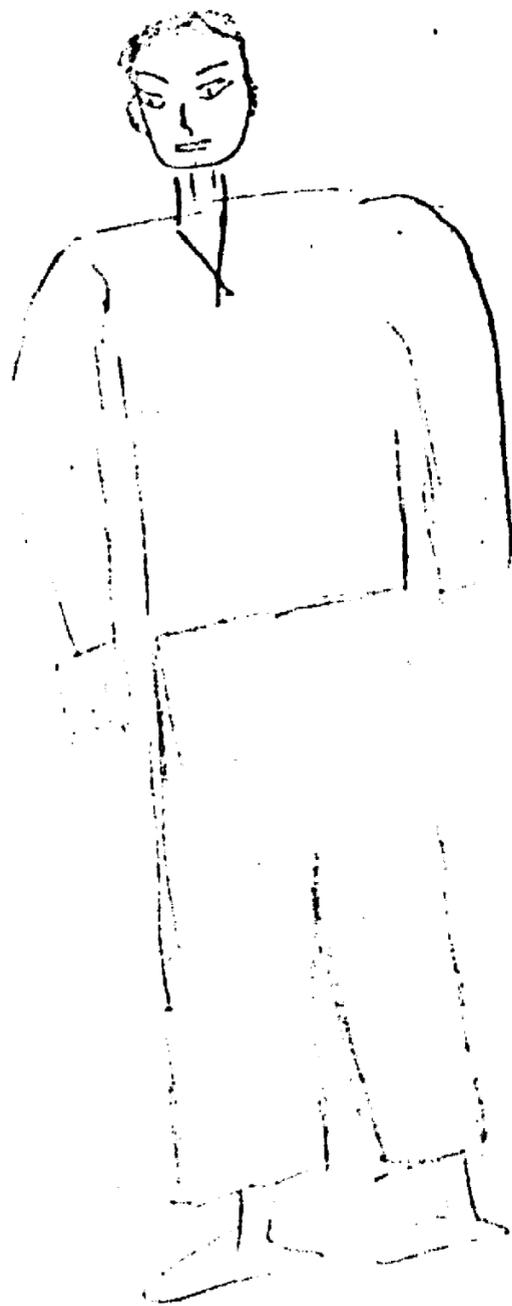


CASO No. 2

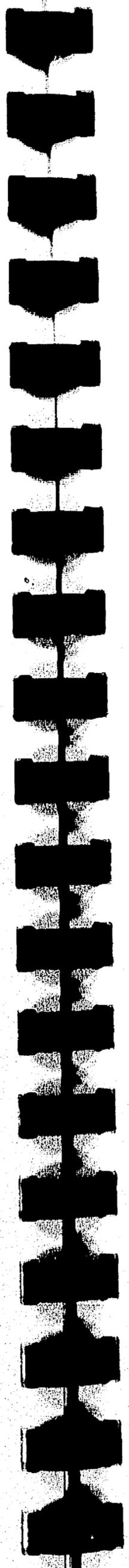


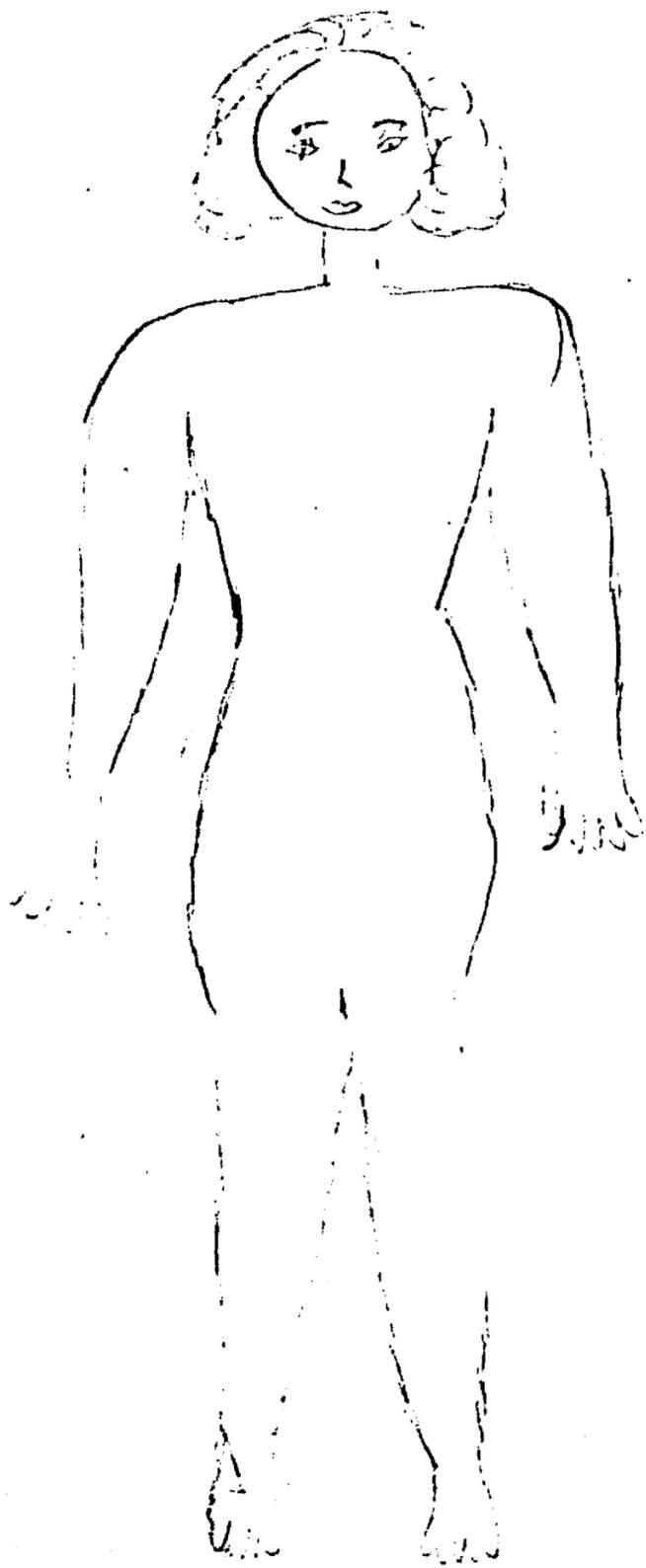
CASO No. 2

[Faint handwritten text]



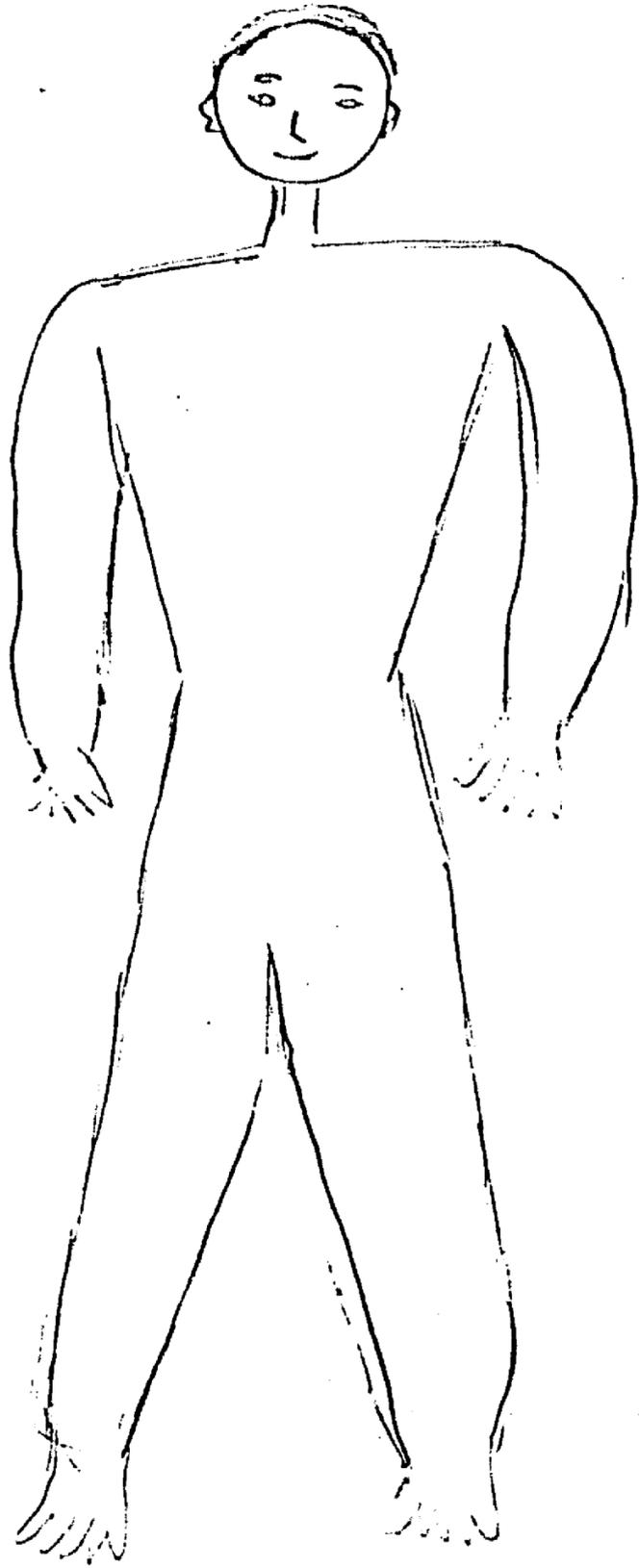
CASO No. 2





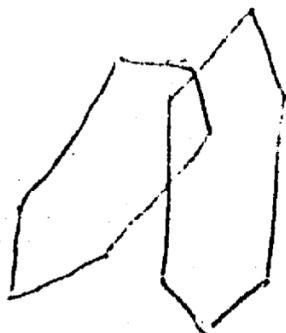
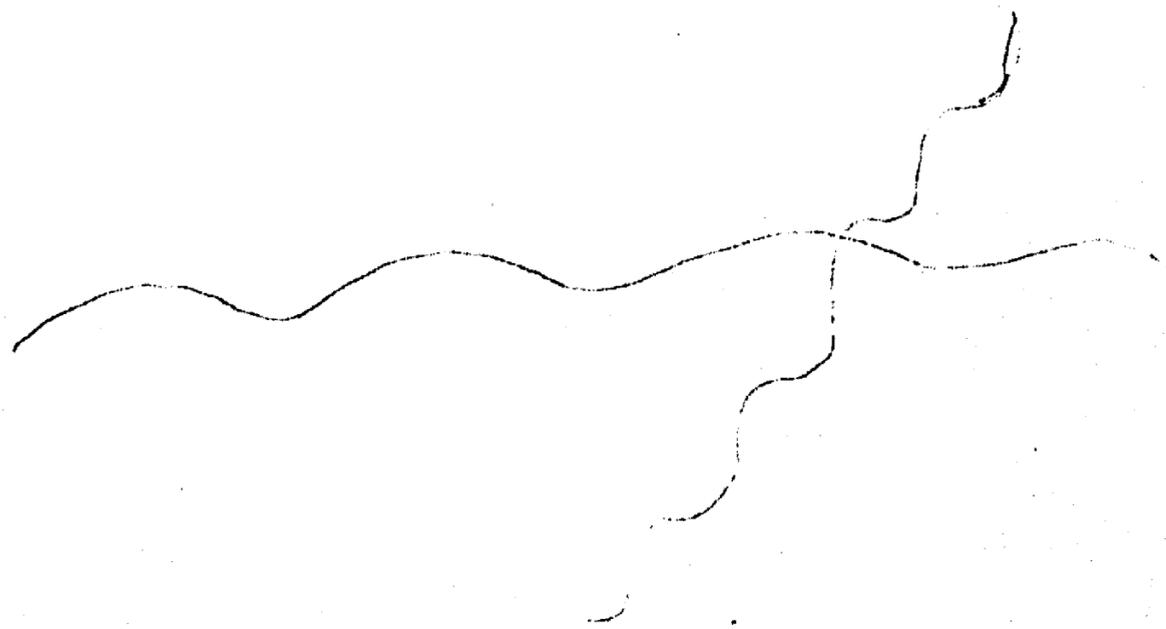
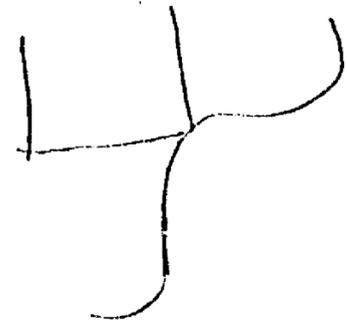
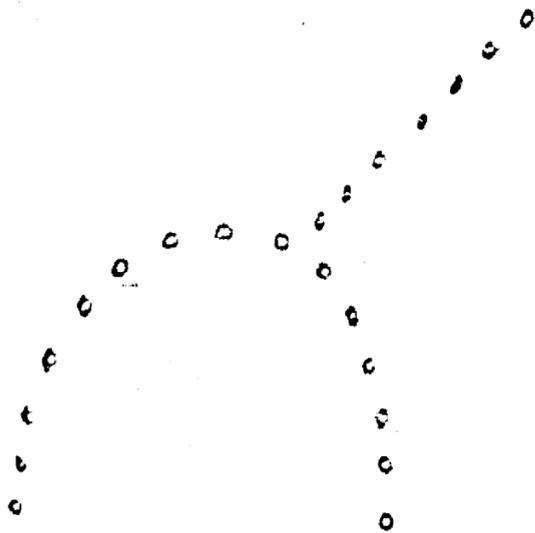
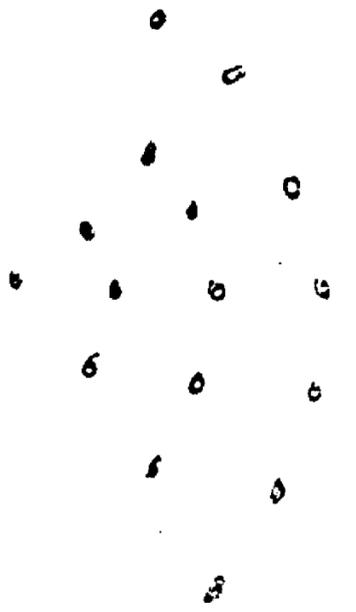
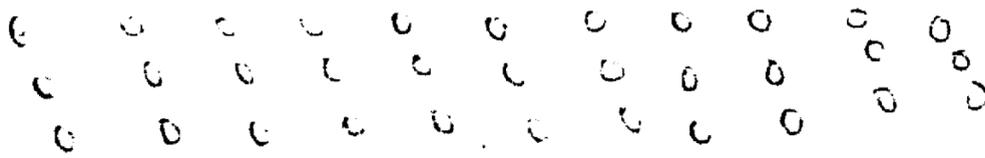
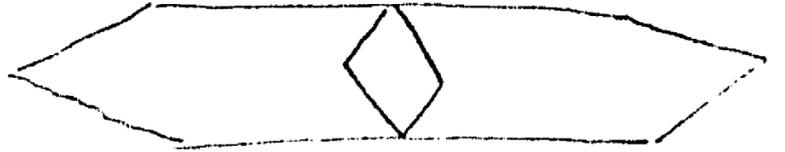
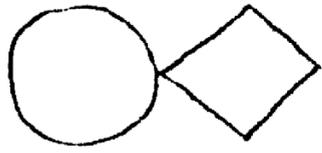
CASO No. 2

Fig. 11



2ª figura

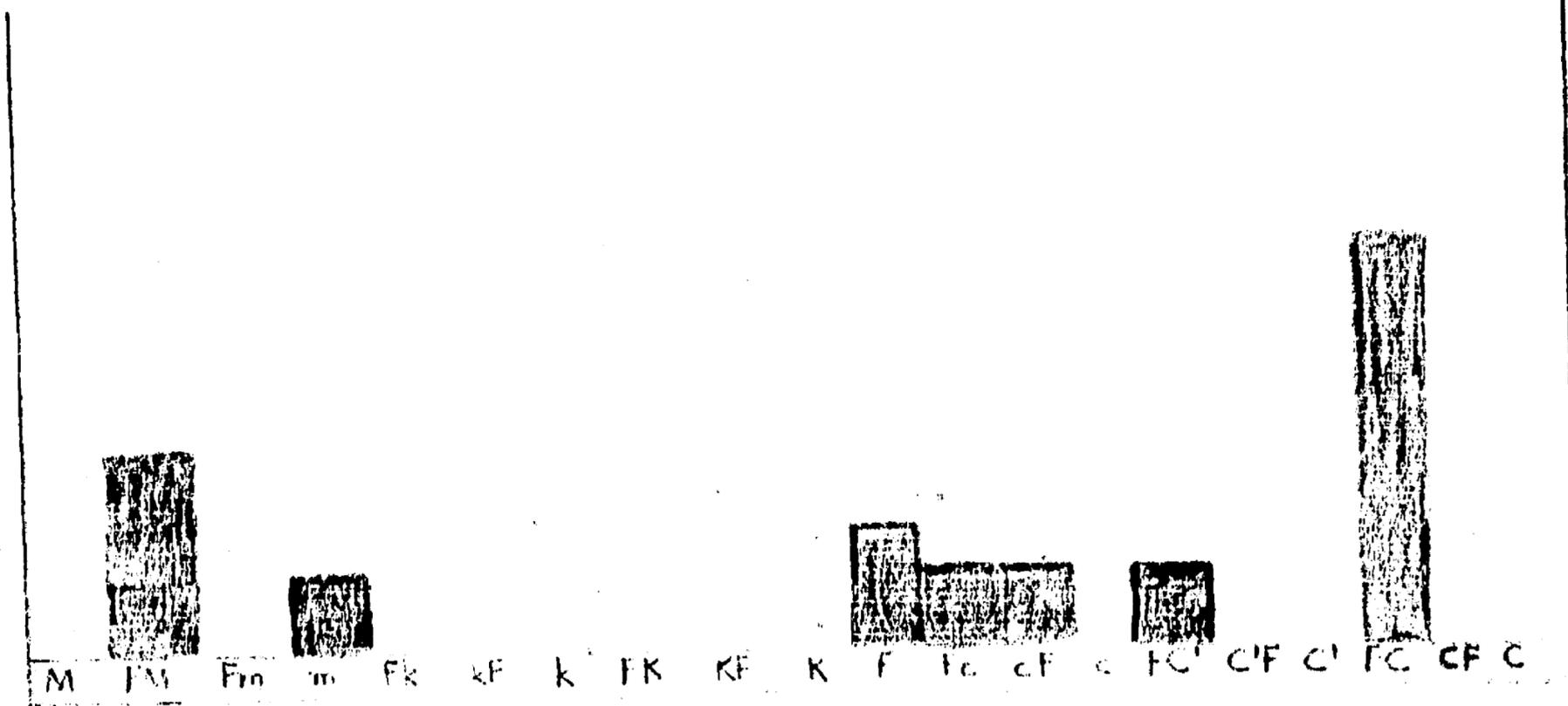
CASO No. 2



CASO N o. 2

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

CASO 2



De acuerdo a los resultados en el Rorschach la paciente muestra una estructura interna muy pobre. (M = 0).

Da 8 respuestas de movimiento animal (F M) en un total de 21 respuestas, ésto nos indica que tiene poco control en cuanto a lo impulsivo o sea que su capacidad de demora es limitada, tendiendo más a la actuación de los impulsos.

Es una persona con tendencia a la manía por lo que se muestra muy extrovertida lo cual podemos ver en su gran número de respuestas de color. Con ésto la paciente está encubriendo aspectos depresivos severos. Muestra pobreza afectiva lo cual podemos ver en las escasas respuestas. Fc y cF.

En relación a los dibujos realizados por la paciente antes de la operación, mostraba un buen sistema defensivo. La imagen mental de sí misma había alcanzado un adecuado nivel de desarrollo. En los dibujos realizados después de la operación, la paciente se muestra sin el nivel defensivo que antes mostraba. Los trazos de los dibujos reflejan ansiedad. Los rasgos de la cara son más expresivos y expectantes, encontrándose también más inclinación a la acción.

ANTECEDENTES PERSONALES:

La paciente proviene de una familia en donde el padre y la madre son obesos. La madre además es hipertensa.

De niña y de adolescente no tuvo problemas en relación con su peso, pues no sentía una necesidad de comer como después cuando empezó a engordar.

Funcionalmente no relaciona el inicio del aumento de peso con algún hecho específico en su vida, pues se consideraba que llevaba una vida más o menos estable. Se casó y procreó siete hijos, y fue a partir del 50, embarazo cuando empezó a subir de peso en forma exagerada. La relación con su marido hasta este momento la consideraba estable, sin embargo a partir de entonces él empezó a molestarse por su gordura y a rechazarla sexualmente. Él inició una nueva relación con otra mujer y terminaron en divorcio. Un año después ella se volvió a casar y de este matrimonio tiene una hija. Cuando se casó por segunda vez pesaba 110 kg y se sentía muy contenta de que su marido la aceptara así. Dice: "sin embargo me molestaba mi gordura porque me abstentaba de muchas cosas, no podía nadar, bailar, etc." " Por medio de una amiga supe de la operación y por eso vine al hospital para informarme, además ya empezaba a tener problemas respiratorios".

A su llegada al hospital es reportada por los médicos como: "Nerviosa, susceptible e irritable".

Fue operada cuando pesaba 123 kg.

Después de la operación presenta las molestias consecuentes a ésta. Dos meses después la paciente es reportada con "Estado Depresivo Severo" por los médicos que la atienden. Los mismos reportan que la paciente muestra mucho temor a la diarrea y al vómito y que estos síntomas van en aumento.

Los trastornos son reportados como "psicológicos" y son tratados a base de fármacos. Sin embargo la paciente no muestra interés por tomar los medicamentos necesarios de acuerdo a su estado por lo que su situación se vuelve crítica.

Es "desmantelada" cuando presenta un daño hepático y descalcificación, después de un año de haber sido operada.

Esta paciente no recibió ayuda psicoterapéutica durante el tiempo que transcurrió entre la "derivación" y el "desmantelamiento", siendo tratada en sus crisis a base de fármacos.

En este caso podemos ver como la paciente vivió en forma traumática el cambio físico experimentado. Puede verse ésto en los segundos dibujos que realizó en los cuales se sentía desprotegida (figuras sin ropa), eran una forma de expresar la pérdida de su capa de grasa por medio de la operación. Es de hacer notar que ésta paciente en la actualidad después de haber sido "desmantelada" se encuentra nuevamente engordando y ha acudido al hospital para solicitar ayuda porque dice "sentirse desesperada".

Estos dos casos son solo un ejemplo de la situación crítica que algunos pacientes sufrían después de haber sido operados y por consiguiente haber perdido la imagen psíquica que antes tenían de sí mismos.

Otros pacientes, en cambio, tuvieron una reacción puede decirse que satisfactoria después de la operación. Manejaron satisfactoriamente su cambio físico y toleraron las molestias físicas consecuentes a la operación. El contar con algunas características psicológicas que facilitaron la adaptación, les llevó a experimentar el cambio en su imagen externa, sin llegar a grados extremos de confusión y angustia. Entre esos casos tenemos el siguiente:

CASO 3.

Paciente del sexo femenino.

Obesidad Grado IV (extrema)

Edad: 49 años

Estado civil: casada

Escolaridad: Comercio

SILVIA

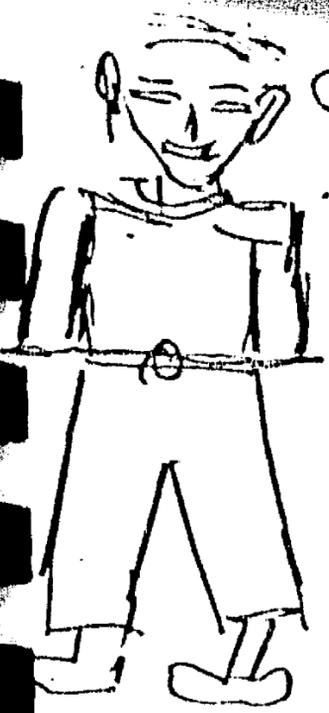
661 - 21 - 70



CASO No. 3

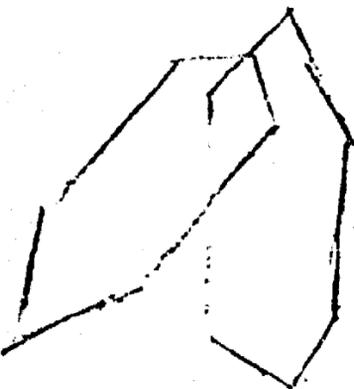
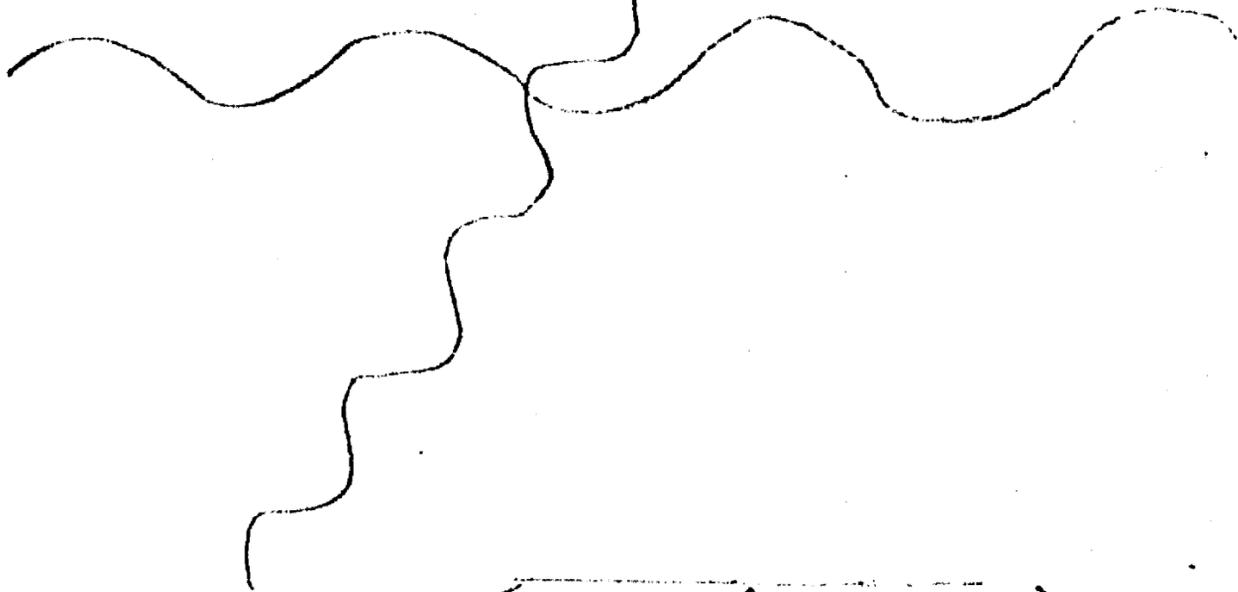
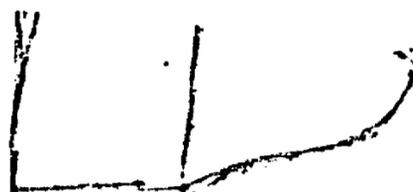
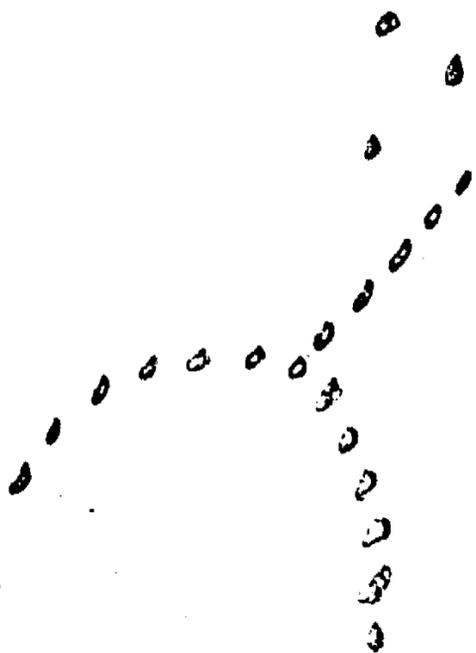
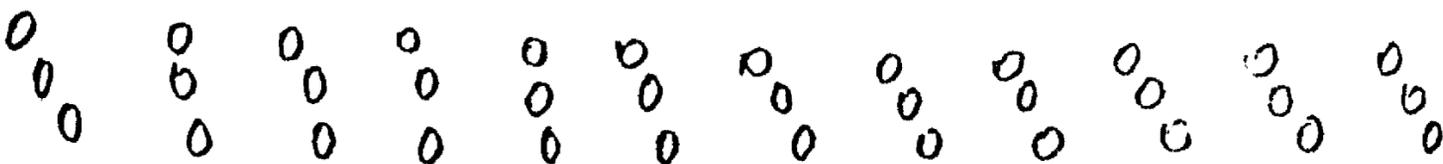
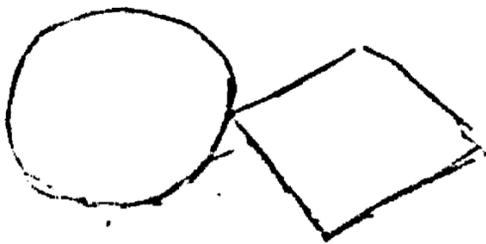


JUAN



CASO No. 3

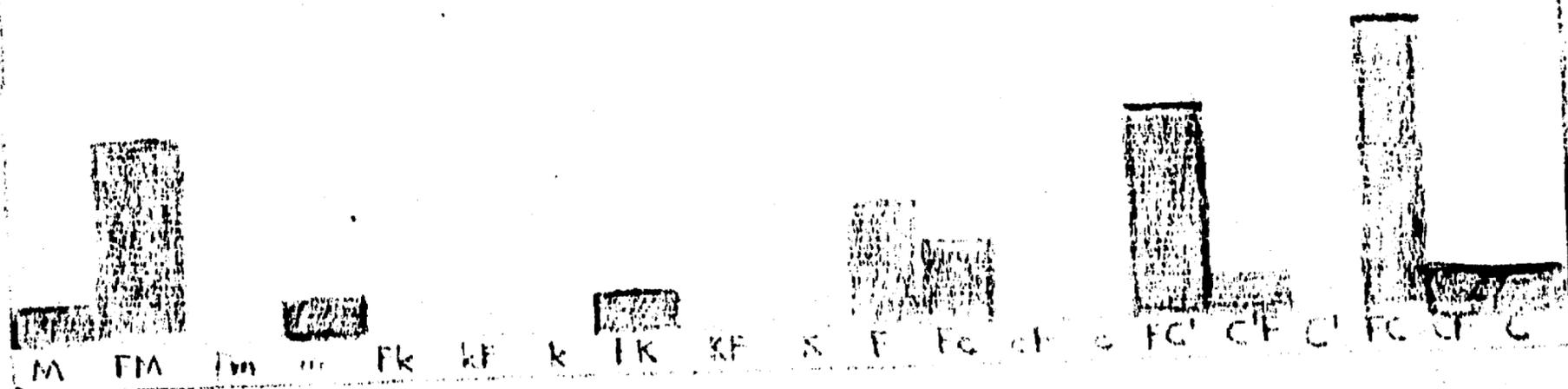




CASO No. 3

PSICODIAGNOSTICONE RORSCHACH

CASO 3



En los dibujos encontramos que la imagen mental de sí misma que la paciente alcanzó, tiene un nivel de desarrollo adecuado. Expresa a través de los dibujos sentimientos de impotencia, que parecen inhibirla para llegar a la acción, ésto lo proyecta sobre todo en la figura masculina a quien vivencia con más limitaciones que las suyas. El dibujo de la figura femenina es bastante completo lo cual nos estaría hablando de que la paciente cuenta con un sistema de defensas yoicas suficientes para adaptarse a las necesidades del medio que la rodea.

En el Bender podemos ver que la paciente muestra un buen frente, utilizando defensas de tipo obsesivo que la hacen ser rígida o poco flexible en determinadas situaciones, sin embargo éste sistema defensivo le funciona parece ser, satisfactoriamente.

Los resultados en Rorschach nos indican que la paciente tiene mucha pobreza interna pero que a pesar de ello ha podido utilizar al máximo los elementos yoicos que posee.

Predomina lo impulsivo sobre lo racional. Asimismo, la tendencia es a expresar lo afectivo, aparentemente sin mucho control. Esto nos estaría indicando que existe en ella una tendencia a la megalomanía, lo cual podemos ver en el manejo que hace de las láminas de color. Sin embargo, también encontramos lo opuesto o sea la tendencia a deprimirse, por el tipo y número de respuestas que da en las láminas acromáticas.

De acuerdo con este manejo que la paciente hace de las láminas cromáticas y acromáticas vemos que aunque tiende a minimizar los aspectos desagradables que va encontrando, predominan en ella el sentido de realidad.

Es evidente que detrás de ese "frente" estable que la paciente muestra, hay núcleos esquizoides importantes de los cuales hasta ahora ha podido protegerse mediante un buen sistema de defensas, que le ha permitido funcionar sin caer en una situación crítica desde el punto de vista mental.

ANTECEDENTES PERSONALES:

La paciente proviene de una familia en la que ambos padres fueron obesos. Ocupó el 9o. lugar en una familia de 9 hijos, tres hombres y seis mujeres.

Nació y vivió en Rumanía hasta hace 29 años en que radica en México. Su madre murió cuando la paciente tenía 6 años de edad. Desde entonces estuvo al cuidado de sus madrastras, pues el padre se casó dos veces más, y de sus hermanos mayores.

Se casó a los 22 años y procreó en el matrimonio cuatro hijos, dos mujeres y dos varones. Sus dos hijas nacieron en Rumanía y sus hijos varones gemelos nacieron en México .

La relación con su marido ha sido inestable, se ha separado en dos ocasiones de él regresando nuevamente a su lado.

Después de la operación la paciente manejó satisfactoriamente las molestias físicas, inherentes a la misma.

Al valorar psicológicamente las reacciones de la paciente en relación al cambio físico experimentado, encontramos que manifestaba agrado al sentirse "ligera" y "ágil" (de acuerdo con sus propias palabras). Asimismo, mostraba deseos de ser activa, deseaba trabajar y sentirse útil. Le complacía mucho salir a la calle y no experimentar "pena", como la que sentía antes cuando estaba gorda.

Al mismo tiempo, la paciente ha aceptado la problemática interna, que la llevó a ser obesa, lo cual ha facilitado su manejo desde este punto de vista. Su problemática personal, puesta desde antes de la operación, en su familia (marido e hijos) ha continuado, sin embargo, parece ser que ahora es más consciente de ella. Acepta sus propios temores y agresiones, los cuales parecen haberse exacerbado con el cambio físico, pues antes de la operación, en la obesidad las canalizaba.

La ayuda psicoterapéutica que recibe en el hospital le ha permitido ir haciendo cada vez más conciencia de su patología, la cual ahora acepta y maneja por otros medios.

CASO 4

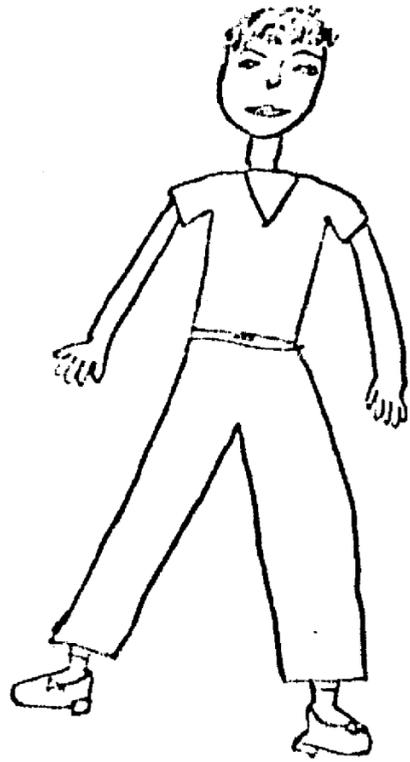
Paciente del sexo femenino

Obesidad Grado IV

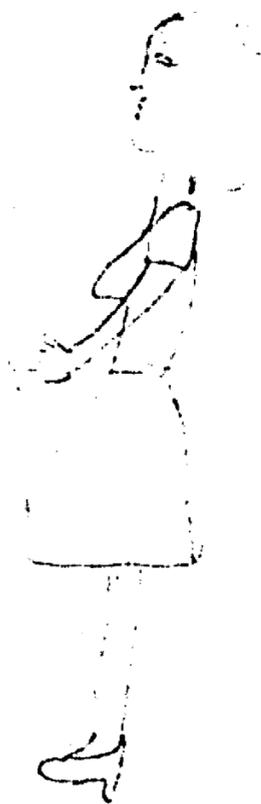
Edad: 23 años

Estado civil: soltera

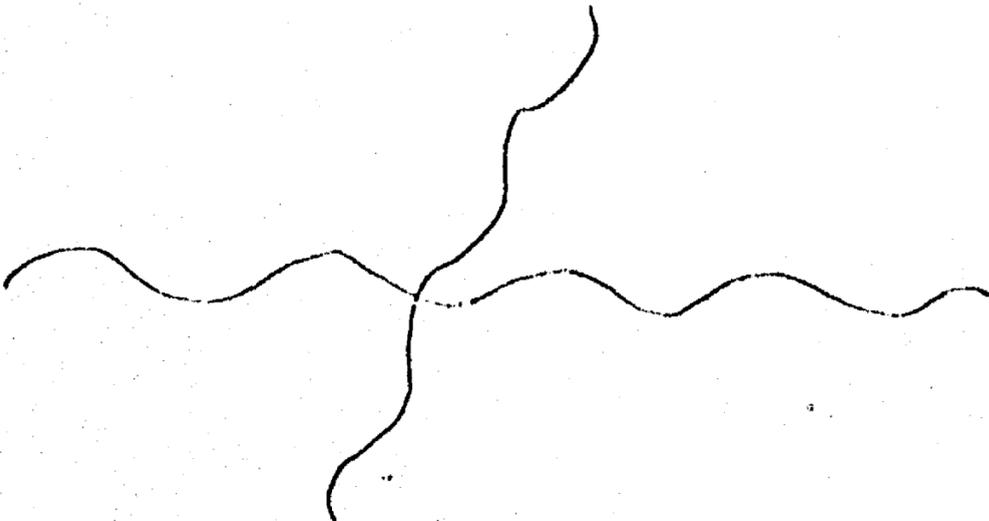
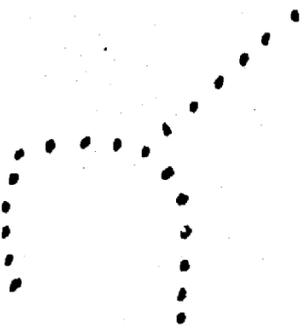
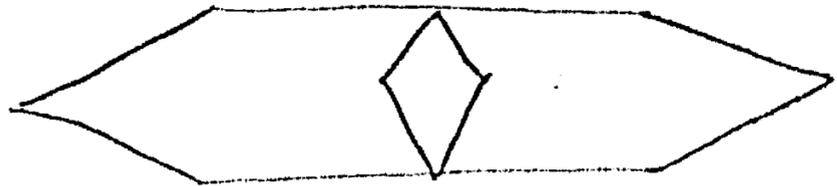
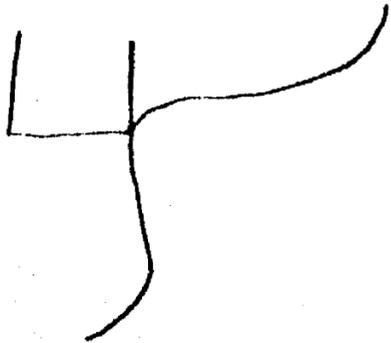
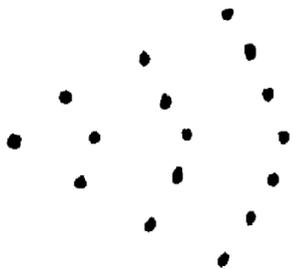
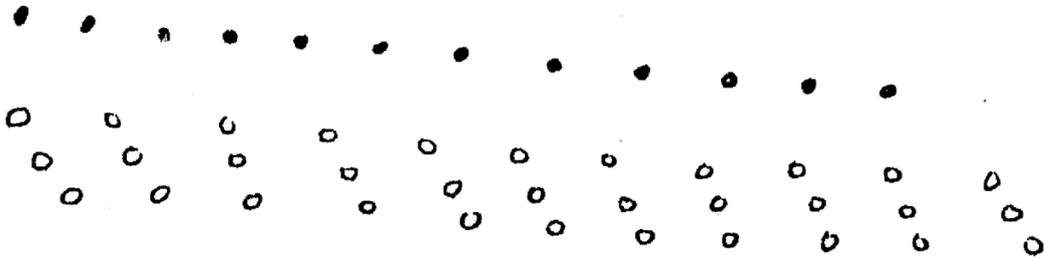
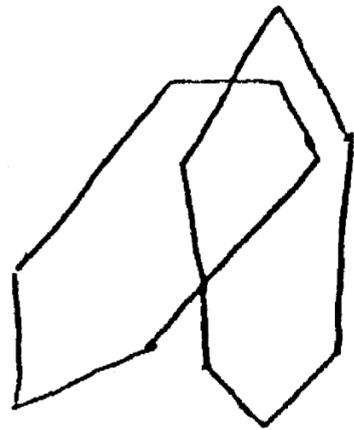
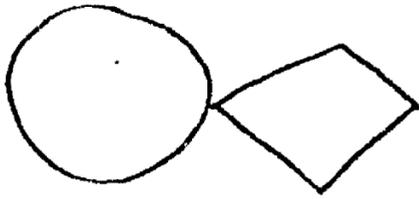
Escolaridad: secundaria



CASO No. 4

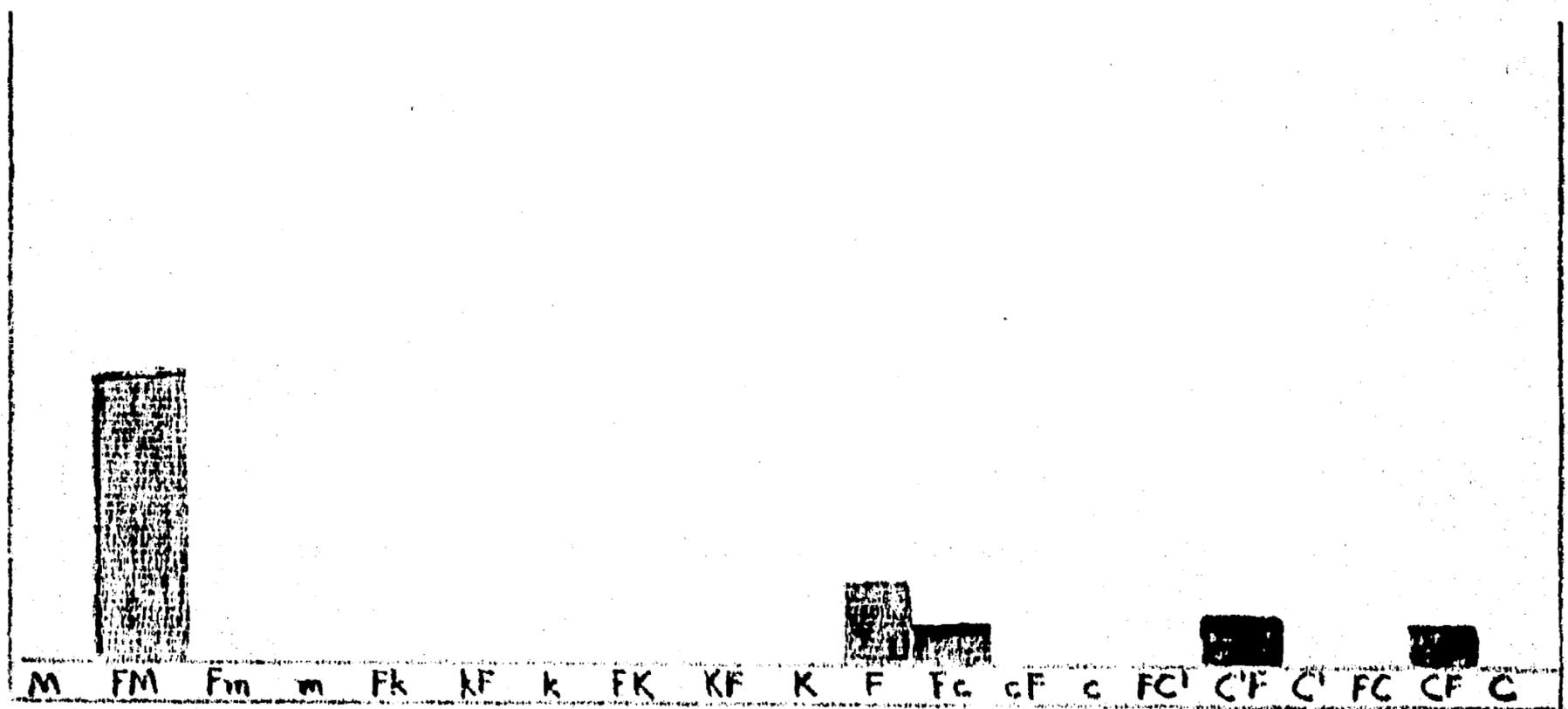


CASO No. 4



PSICODIAGNOSTICO DE FORSCHACH

CASO 4



Los dibujos nos indican un desarrollo de la imagen mental de sí misma completo, aunque débil en cuanto a su estructura. A través del dibujo de la figura femenina expresa su propia timidez e inseguridad.

Se muestra evasiva (figura femenina de perfil) y poco abierta para encarar las diversas situaciones que se le presenten. Las posibilidades de mayor movimiento o acción las pone en la figura masculina.

En el Bender encontramos un frente con rasgos histéricos, se muestra además bastante impulsiva, manifestandose lo emocional por encima de lo racional o controlado.

Los resultados en el Rorschach nos muestran un desarrollo de la personalidad muy pobremente estructurado. Su nivel de defensas es muy débil lo cual podemos ver en la pobreza de respuestas y de contenido en las mismas. El número de respuestas FM en relación a las respuestas F y M, nos indican que predomina la tendencia impulsiva sobre lo racional. La expresión de los aspectos afectivos se encuentra inhibida, el manejo de las situaciones es superficial y concreto. De acuerdo a la dinámica de las respuestas, su imagen interna se encuentra muy fragmentada, las defensas que la paciente utiliza en el manejo de las situaciones son de tipo pasivo agresivo.

ANTECEDENTES PERSONALES

La paciente proviene de una familia formada por el padre, la madre y cinco hijos, de los cuales los cuatro mayores son mujeres y el menor es varón, siendo Guadalupe la mayor de los cinco hermanos.

Padre. - Es descrito por la paciente como una persona dedicada enteramente a su negocio. Se dedica a construir y vender casas. Considera que económicamente les ha dado suficiente estabilidad, pero que afectivamente la relación con él es muy distante. Su comportamiento es muy rígido con sus 4 hijas, le molesta que salgan con muchachos y tampoco les permite que los traigan a su casa. Les dice que materialmente pueden pedirle lo que deseen, pero que "permisos" para que salgan y tengan novios no los va a conceder.

Madre. - Su madre se dedica a las labores domésticas. La relación con ella ha sido de tipo simbiótica. Considera a su madre muy "enferma de los nervios". Se muestra muy irritable e intolerante con las hijas, principalmente desde que la paciente bajó de peso. Dice que su madre siempre le dió mensajes contradictorios en relación con la comida, pues por un lado le exigía que bajara de peso y por otro le ofrecía mucho de comer.

"Cuando se refiere a mi niñez habla de mi obesidad con orgullo diciendo que fui la hija más grande y más fuerte que tuvo". Esto, en la actualidad irrita mucho a la paciente, por lo que constantemente tienen discusiones al respecto, ya que la hija ahora le reclama el que le haya permitido engordar tanto.

Durante mucho tiempo competía con su hija para ver quién bajaba primero de peso, pero a raíz de la operación de la paciente, ella empezó a engordar a tal grado que actualmente acude a tratamiento a la clínica de Obesidad del hospital.

La relación con sus hermanos la considera armónica; dice apoyarlos en relación a las actitudes que considera arbitrarias de sus padres. La hermana que le sigue está empezando a engordar, situación que a la paciente le preocupa, ya que teme que llegue a tener los mismos problemas que ella vivió.

La paciente fué obesa desde su nacimiento pues pesó 6 kilos al nacer y nunca disminuyó su peso sino que por el contrario fué en aumento hasta llegar a pesar 127 kg que fué cuando se le operó.

Desde los 11 años fué traída al hospital y tratada por medios conservadores para reducirla de peso; sin embargo no se logró el objetivo ya que la paciente no cumplía con las dietas que se le prescribían y su obesidad iba cada vez más en aumento.

Fué operada hace 3 años, a raíz de una crisis en la que, al darse cuenta de que continuaba subiendo de peso, pidió ser internada para continuar su tratamiento en el hospital. En ésto encontró la oposición de sus padres por considerar el medio riesgoso, sin embargo, ella insistió por considerar la operación como la única solución posible a su problema.

Los primeros tres meses después de la operación, o sea cuando el cambio físico no era muy significativo no sintió ninguna alteración ni física ni psíquica, y fué a raíz de que empezó a disminuir considerablemente de peso cuando se iniciaron sus problemas. No comía, ni tomaba los medicamentos porque esto le ocasionaba asco que le producía vómito.

Esto le ocasionó, según la descripción médica, una Tetania hipocalcémica. Emocionalmente dice que se sentía muy triste, no se miraba al espejo porque sentía que ya no era la misma; "me daba igual si me moría o seguía viviendo". En esta época su mamá le daba de comer en la boca pues ella no tenía interés ni energía para hacerlo por sí misma. Esta situación se prolongó durante un año y medio, en el que la paciente fué tratada con fármacos y psicoterapia con lo cual fué sacada de la crisis que atravesaba.

Actualmente continúa con tratamiento psicoterapéutico, estudia y planea trabajar "para lograr una mayor independencia de mi familia". Considera que el tratamiento le ha servido para entender que su madre tuvo una gran "responsabilidad en el desarrollo de su obesidad. Aunque todavía no logra relacionarse afectivamente con ningún muchacho, ya se interesa por salir y asistir a fiestas y le satisface ser físicamente atractiva.

En los dos casos anteriores encontramos que las pacientes "toleraron" el cambio físico que acarrea la operación Yeyuno-Ileal, y aceptaron internamente una nueva imagen de sí mismas.

En el primer caso podemos considerar que las características psicológicas ya mencionadas de la paciente, le permitieron aceptar la ayuda psicoterapéutica que se la ha brindado después de la operación lo cual permitió que poco a poco se fuera aceptando a sí misma.

En el segundo caso consideramos que aunque la estructura psicológica de la paciente era limitada, su edad le permitió hacer una buena relación con el psicoterapeuta la cual le ha permitido continuar con su tratamiento que le ha ayudado a aceptar su nueva imagen.

Estos elementos que consideramos muy importantes o sea la edad y un funcional sistema de defensas, no se encontraban en los pacientes que hubieron de ser "desmantelados", pues de haber sido así hubieran tolerado los cambios físicos y mentales que acarrea la operación.

CAPITULO III

1. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS SOBRE LA
PATOLOGIA DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS

2. CONCLUSIONES

1. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS SOBRE LA PATOLOGIA DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS

En este capítulo quisiera hacer énfasis en los aspectos más sobresalientes observados en relación a la imagen corporal de los obesos, y sintetizar lo encontrado en este trabajo con obesos sometidos al procedimiento quirúrgico.

Partiendo de los aspectos teóricos ya descritos encontramos lo siguiente:

Hilde Bruch considera como trascendente en la perturbación de la imagen corporal en el obeso la forma como ellos interpretan los estímulos enteroceptivos, así como el sentido de control y propiedad del cuerpo lo cual engloba en los conceptos de concientización o identidad del cuerpo.

Nosotros, basándonos en los conceptos de Paula Heinman sobre el desarrollo del yo, consideramos que la alteración en los procesos de concientización e identidad, se deben a fallas muy tempranas de la percepción, lo cual podemos concretizar en el obeso en la incapacidad que tiene para valorar y seleccionar lo que come, no solo desde el punto de vista cualitativo sino especialmente cuantitativo.

Consideramos también, que si el obeso presenta fallas tempranas en la percepción, no logra un desarrollo normal del yo,

continuando como en las primeras fases del desarrollo, amenazado por ansiedades que trata de calmar comiendo. Si hablamos de fallas en el desarrollo del yo en el obeso, entendemos que la disociación es la única posible defensa de un yo tan precariamente desarrollado.

La disociación a que tiene que llegar el obeso la encontramos muy clara en la descripción que hace Abadí de los dos esquemas corporales en estos pacientes, uno adiposo que rodea a otro que es su propio esquema corporal.

Tomando las ideas de Pichon Riviere sobre la configuración de los diferentes cuadros nosológicos, consideramos que la gordura al obeso, le sirve para proyectar en ella sus ansiedades persecutorias. Por lo tanto, quitar la grasa, sin una previa elaboración psíquica del paciente, es quitarle parte de su sistema de defensas. Considerando lo dicho por García Reynoso en relación a que si la identificación proyectiva es muy intensa el individuo se confunde con el mundo externo, suponemos que la capa de grasa que rodea al obeso le permite establecer los límites entre su imagen corporal y el mundo externo, es decir la disociación mente-cuerpo le evita la confusión y el caos que le produciría perder dichos límites.

En el material obtenido con los pacientes obesos quirúrgicos encontré muchos de los mecanismos ya descritos. Considero en primer

lugar que la intervención Yeyuno-Ileal fué tomada en estos casos, tanto desde el punto de vista clínico como desde la perspectiva del enfermo como la única salida posible a una obesidad extrema que amenazaba con destruir su vida a corto plazo, merced a las complicaciones cardio-pulmonares.

Esta decisión tomada por el paciente a nivel consciente, fué vivida en niveles inconscientes como una situación traumática más amenazante aún que la misma obesidad, con la cual ya se había logrado, psicológicamente hablando, una cierta adaptación. Desde mi punto de vista, esta estabilidad fué rota al quitar bruscamente la capa de grasa que cubría a los pacientes sin que ésto hubiera podido ser elaborado psicológicamente por ellos. La reacción ante la pérdida de la capa de grasa protectora que los cubría fué manifestada de dos formas: una en la que predominaban aspectos depresivos que difícilmente pudieron ser superados por algunos de estos pacientes, y otra en la cual predominaron mecanismos de compensación maníaca. Debe señalarse ^{se} que éstos mecanismos ya eran manejados por los pacientes antes de la operación, pero se exacerbaron con la misma.

Cuando predominaron los primeros los pacientes hubieron de ser "desmantelados" con el fin de establecer el tránsito intestinal normal, y con ello el paciente recuperaba poco a poco su imagen corporal perdida y psicológicamente hablando recuperaba su precario mecanismo defensivo. Algunos de estos pacientes han respondido a su persecución y ansiedad internas, creando una nueva gordura.

Cuando predominaron mecanismos maníacos, el volumen de peso perdido fué compensado por actuaciones con las que los pacientes trataban de "engrandecerse" psicológicamente, es decir, realizando actividades que podrían considerarse como sublimatorias, que de alguna manera les permitía seguirse sintiendo "voluminosos".

En otros casos, los pacientes han continuado con tratamiento psicoterapéutico con lo cual han podido superar la crisis que les produjo el cambio físico. En estos casos, a medida que han ido haciendo más conciencia de cómo y para qué usaban su gordura, han ido haciendo su aparición las persecuciones reales, las cuales han sido manejadas con unos nuevos y más útiles mecanismos de defensa.

Aquéllos pacientes en los que se dió el cuadro depresivo, eran de los pacientes con menos recursos externos para funcionar, es decir, eran pacientes cuyo escaso desarrollo psicológico les acarrea limitaciones en muchas áreas, por ejemplo su capacidad intelectual era limitada, su situación socio-económica era precaria, su nivel de interés pobremente desarrollado, por lo que independientemente de su patología, no contaron con recursos externos que les compensaran su pérdida de peso. Esta carencia de recursos externos era menos exagerada en los pacientes que manejaron su cambio mediante defensas maníacas, esto les favoreció la negación maníaca ante el cambio físico experimentado.

Otro aspecto que determinó la forma de la reacción al cambio fué la edad en los pacientes. Como puede verse en la descripción de los mismos el promedio de edad fué de 41 años, lo cual dificultaba más una efectiva adaptación al cambio físico. En el caso No. 4 que mencionamos en este trabajo, la paciente era muy joven, y aunque su obesidad se remontaba a la niñez, la edad fué un factor determinante y favorecedor para la aceptación del cambio.

El factor socio-cultural favoreció en algunos de estos casos el desarrollo exagerado de la obesidad. Algunos de estos pacientes provenían de niveles socio culturales en donde se valoraba mucho estar gordo, de manera que perder peso significaba, además de los factores internos psicológicos ya mencionados, perder su "status" y por lo tanto su identidad. Para otros pacientes en cambio, la presión del medio era precisamente para que bajaran de peso y el no lograrlo les creaba muchas frustraciones a nivel consciente. De acuerdo al enfoque psicodinámico que le hemos dado a este trabajo, el factor socio cultural tuvo mucha importancia en la patología de estos pacientes, pero de ninguna manera lo hemos considerado como determinante, sino como un factor "favorecedor" de la misma.

2. CONCLUSIONES

En el paciente obeso existen perturbaciones en la imagen corporal, puesto que necesita para que la obesidad le funcione, llevar a cabo una disociación entre su imagen mental y su imagen real o corporal.

Partiendo desde este punto de vista consideramos que si el paciente llega a una obesidad extrema, en primer lugar debe considerarse la posibilidad de que mediante tratamiento psicoterapéutico llegue a concientizar las causas de su obesidad si esta es, como en los casos aquí estudiados, de tipo exógeno.

En segundo lugar consideramos que, si el paciente obeso no hace conscientes algunas de las fantasías inconscientes que le originaron su patología, cualquier método o técnica empleada para reducirlo de peso, significa provocar la salida de las mismas sin darle elementos previos para manejarlas, lo cual significa orillararlo a caer en un cuadro psicótico.

Puesto que la derivación Yeyuno-Ileal es un método usado únicamente para casos extremos de obesidad, los pacientes obesos candidatos a ésta técnica, además de las valoraciones diagnósticas tanto psicológica como psiquiátrica, debe proporcionárseles ayuda psicoterapéutica previa a la operación y continuar con ella una vez practicada la operación quirúrgica.

El tratamiento psicoterapéutico manejado a niveles profundos ayudará a nivelar las expectativas mágicas que los pacientes tienen en relación a la operación. Asimismo, encauzará la salida de las fantasías inconscientes hacia aspectos más positivos del paciente mismo.

Considero que si el paciente no tiene la fuerza yoica necesaria para valorar en la forma más realista posible el proceso quirúrgico al que va a ser sometido, lo experimentará como una situación traumática difícil de superar.

Puesto que éstas observaciones surgieron después de estudiar el material psicológico obtenido de estos pacientes espero que puedan ser de alguna utilidad para nuestro trabajo futuro con pacientes obesos-quirúrgicos.

BIBLIOGRAFIA

1. ABADI, Mauricio. Psicología del Obeso. Rodolfo Alonso Editor. Buenos Aires, 1971
2. ALEXANDER, Franz. Psiquiatría Dinámica. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1958.
3. BRUCH, Hilde. Basic Books Inc. Publishers. New York, 1973.
4. BULLETIN Of the Meniger Clinic. Vol. 36, No. 1 y 2, p. 109. Enero-Marzo, 1972.
5. CRADOCK, J.
Churchill Livingstone. London 1973.
6. FREUD, Sigmund. El Yo y el Ello. Obras completas. Editorial Biblioteca Nueva, 1948.
7. GARMA, Angel. Obesidad y Perturbaciones en el Comer. Revista Argentina de Psicoanálisis. Vol. 13, Buenos Aires, 1956.
8. GARCIA Reynoso, Diego. Sobre el Esquema Corporal. Revista Argentina de Psicoanálisis. Vol. 13, p. 536-539. Buenos Aires, 1956.
9. GARCIA Reynoso, Diego. Cuerpo y Mente. Revista Argentina de Psicoanálisis. Vol. 13, p. 312-320. Buenos Aires, 1956.

10. GARCIA Reynoso, Diego. Notas sobre la obesidad a través del estudio de Falstaff. *Psicología del Obeso*. p. 73; Rodolfo Alonso Editor. Buenos Aires, 1971.
11. GRINBERG, León. La negación en el comer compulsivo y en la obesidad. *Revista Argentina de Psicoanálisis*. Vol. 13, Buenos Aires, 1956.
12. HEIMAN, Paula. Funciones de la Introyección y la Proyección en la temprana infancia. *Desarrollos en Psicoanálisis* M. Klein y Colab. Cap. IV. Ed. Paidós, 1967.
13. ISAACS, Susan. Melanie Klein, P. Heiman, J. Riviere. *Desarrollos en Psicoanálisis*. Cap. III p. 73, Ediciones Horme. Buenos Aires, 1967.
14. KLEIN, Melanie. El sentimiento de soledad y otros ensayos. Buenos Aires. Ed. Hormé. 1968. (Serie *Psicología de Hoy*).
15. MACHOVER, Karen. *Proyección de la Personalidad*. (En el dibujo de la figura humana). Editorial Cultural. Habana, Cuba. 1949.
16. PICHON-Riviere, Enrique. Esquema corporal. *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Tomo I, p. 205. Editorial Galerna, Buenos Aires, 1971.
17. PRADO Huante, H. La imagen corporal en la regresión terapéutica. *Cuadernos de Psicoanálisis* Nos. 1 y 2.
18. RAPAPORT, David. *Tests de Diagnóstico Psicológico*. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1965
19. ROWLAND, Christopher V. Jr. *International Psychiatry Clinics*. Vo. 7 No. 1 Boston, 1970.

20. SALINAS Fernández, José Luis. Comunicación verbal.

21. SCHILDER, P. The Image Appearance of the Human Body. New York, International Universities Press, 1950.

B I B L I O G R A F I A .

(a) Progresos en Medicina Psicosomática. CAP I Pag. 3 .

Eric D. Wittkower

R.A. Cleghorn, y Colaboradores.

(b) Aspectos Psicologicos de la Medicina.

Franz Alexander.

Conferencia dictada en el Instituto para Psicoanalisis de Chicago.