



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **CARLA ALEJANDRA MORA ARÉVALO**, CC: 1717769325, autora del trabajo de graduación intitulado: **“LA PERMANENCIA DE LA IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO”**. Análisis de caso de una persona con operación de manga gástrica realizada en Quito entre junio-julio de 2008, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, octubre 2013

CARLA ALEJANDRA MORA ARÉVALO,

CC: 1717769325

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

**LA PERMANENCIA DE LA IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO
ANÁLISIS DE CASO DE UNA PERSONA CON OPERACIÓN DE MANGA GÁSTRICA
REALIZADA EN QUITO ENTRE JUNIO-JULIO DE 2008**

CARLA MORA ARÉVALO

DIRECTORA: PSC. ALEXANDRA SERRANO

QUITO-2013

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	I
DEDICATORIA	II
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	4
IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO	4
1.1 Concepto:	4
1.2 Aspectos Dinámicos de la Imagen Inconsciente del Cuerpo	8
1.2.1 Imagen de Base:	9
1.2.2 Imagen Funcional:.....	11
1.2.3 Imagen Erógena:.....	13
1.3 Constitución de la imagen Inconsciente del cuerpo	15
1.3.1 Rol de los padres:	17
1.3.2 Importancia de las Experiencias Infantiles:.....	20
CAPITULO II.....	23
ESQUEMA CORPORAL	23
2.1 Concepto:	23
2.2 Esquema Corporal en Adultos:	27
2.1.2 Esquema Corporal en Pacientes con Exceso de Peso:	28
2.3. Influencia del ambiente familiar, cultural y social en el Esquema Corporal.....	30
2.4 Transformaciones del Esquema Corporal mediante procedimientos quirúrgicos bariátricos.....	35
2.4.1 Manga Gástrica: Procedimiento, funciones y resultados	40
CAPÍTULO III	44
ANÁLISIS DE CASO	44
3.1 Hipótesis:.....	44
3.2 Variables:.....	44
3.3 Indicadores:	44
3.4 Metodología	45
3.5 Descripción del Caso:	47

3.5.1 Análisis Test de la Persona	53
3.5.1.1 Test antes de la Cirugía:	53
3.5.1.2 Test después de la Cirugía:	54
3.5.1.3 Comparación de ambos Test:	56
3.5.2 Cambios del Esquema Corporal	59
CAPÍTULO IV	60
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
4.1 Conclusiones Generales:	60
4.2 Recomendaciones:	62
Bibliografía:	64
Textos:	64
Páginas Web:	65
ANEXOS	67
ANEXO 1	67
TEST DE LA FIGURA HUMANA ANTES DE LA CIRUGÍA	67
ANEXO 2	68
TEST DE LA FIGURA HUMANA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA	68
ANEXO 3	69
CARTA DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA	69

AGRADECIMIENTOS

*“Hay que explicar bien el amor,
Y explicarlo por una suerte de locura”
(Lacan, Seminario XIII)*

En primer lugar quiero agradecerle a Dios por nunca soltar mi mano y darme la tenacidad para concluir con este período de mis estudios. A mis padres por ser pilar fundamental en mi vida, especialmente a mi madre que ha vivido segundo a segundo las fases de este proceso, por impulsarme todos los días a conseguir mis metas y por ser un ejemplo de vida. A mi querida hermana Andrea que está pendiente de mí, siempre incentivándome a conseguir nuevos y mejores objetivos, gracias por tanto amor y cariño. A mi novio Alejandro por darme su mano, ayudarme a caminar y nunca dejarme sola a pesar de las dificultades que pudieran presentarse. A mi primo Juan Carlos por su guía para la culminar con este trabajo, por ser un ejemplo y una inspiración en mi vida. Mi querida amiga Cristina, gracias por todas la reuniones compartidas para terminar esta disertación. A toda mi familia y amigas que han celebrado mis logros haciéndolos suyos también, muchas gracias. A mis queridas amigas “Tribu” gracias por estar siempre junto a mí en las buenas y en las malas.

A la Psicóloga Alexandra Serrano que sin su apoyo, guía y consejos no hubiese sido posible concluir con este proceso, mil gracias por creer en la viabilidad de este tema.

DEDICATORIA

A mi amado Abuelito Miguel Ángel

 Mi amada Abuelita Hilda

 A mi madre Fanny

 A mi hermana Andrea

 A mi sobrina Amelita

 A mi novio Alejandro

INTRODUCCIÓN

Con esta disertación se busca explicar qué sucede con la Imagen Inconsciente del Cuerpo cuando el Esquema Corporal varía, conocer si se siguen manteniendo los matices propios del ser o si se suscitan cambios en el inconsciente y de qué naturaleza son. Es importante destacar las implicaciones psíquicas que puede tener en un paciente realizarse una cirugía de este estilo cuando no existe una previa intervención donde se explique a fondo de que se trata la cirugía y así ayudar a que las expectativas con relación a la intervención quirúrgica vayan de acuerdo a la realidad.

El primer objetivo será constatar si la imagen inconsciente del cuerpo tiene variaciones cuando se realiza un cambio en el esquema corporal; como segundo objetivo se encuentra destacar la importancia de una evaluación psicológica antes y después de realizarse una cirugía de este tipo. Para esto se analizará el caso de una mujer de 33 años quien hace 5 años se realizó una cirugía de manga gástrica. El peso al momento de la cirugía era de 220 libras, presentando un grado de Obesidad clase II; el sobrepeso se había presentado desde que era una niña y a partir de la adultez empieza a transformarse en obesidad.

El interés de la investigadora por este tema surge del contacto directo que ha mantenido con personas que se han sometido a una cirugía de este tipo. Por esto para esta disertación se cuenta con fuentes primarias de las cuales se puede obtener información objetiva y basada en hechos y vivencias que aportarán con una perspectiva integral acerca de la realidad que viven las personas que se someten a intervenciones para modificar su esquema corporal.

La cirugía de manga gástrica es un procedimiento que desde hace varios años se ha vuelto más común, ya sea para mejorar la salud o alcanzar estándares de belleza; sin embargo en Ecuador, dentro del ámbito psicológico, no se ha realizado un estudio sobre los cambios psíquicos que se dan en las personas que se han sometido a esta cirugía. Es por esto que el tema propuesto para esta disertación busca contrastar la teoría con un caso específico, con el fin de comprobar si la Imagen Inconsciente del Cuerpo está ligada a los cambios del Esquema Corporal. Cabe recalcar que hay varios países que si han indagado más sobre el tema, arrojando interesantes conclusiones.

Siguiendo estos objetivos, esta disertación está estructurada de la siguiente manera:

En el primer capítulo se desarrollarán los conceptos teóricos acerca de la imagen inconsciente del cuerpo, término propuesto por Françoise Doltó, quien sostiene que la imagen inconsciente del cuerpo se forma hasta los tres años de edad y que después queda estática, una vez que el sujeto ha sido atravesado por la ley del padre y el Complejo de Edipo..

En el segundo capítulo se desarrollará teóricamente el concepto de Esquema Corporal de acuerdo con las propuestas de Françoise Doltó, Pierre Vayer, Paul Ferdinand Schilder y cuáles son las variaciones que se manifiestan en el esquema corporal en el caso de sujetos con exceso de peso y también se abarcará el tema de las cirugías bariátricas poniendo énfasis en la Cirugía de Manga Gástrica.

En el tercer capítulo se analizará el caso propuesto para esta disertación, describiendo los resultados obtenidos en el Test de la Persona y la Entrevista Profunda, antes y después de someterse a la cirugía de Manga Gástrica al igual que los cambios hallados en el Esquema Corporal de la paciente.

El cuarto capítulo abarcará las conclusiones y recomendaciones propuestas por la autora de la presente disertación, una vez analizados los resultados de las herramientas utilizadas para el caso.

CAPÍTULO I

IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO

1.1 Concepto:

La imagen inconsciente del cuerpo recopila aquellas experiencias emocionales vividas durante la primera infancia, eso es, el tiempo comprendido entre la concepción y los tres años (Doltó, 1984). “[L]a imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas, actuales” (Doltó, 1984, p. 21). La imagen Inconsciente del cuerpo resume las vivencias psíquicas, todo aquello que ha dejado una huella y una marca en nuestro inconsciente, por medio de sensaciones y emociones experimentadas durante la infancia.

Doltó (1984) señala que la imagen inconsciente no es evolutiva con el tiempo. Una vez que se ha creado, se la revive en etapas posteriores como la adolescencia o adultez, cuando se experimenta una situación similar a la de la primera infancia. Esta imagen es memoria inconsciente de toda la vivencia relacional y está presente y viva en cualquier situación que se encuentre en el aquí y en el ahora y que permita renovar aquellos sentimientos ya experimentados.

Para Doltó (1984) todas las pulsiones del sujeto se ven reunidas en una sola instancia que es la imagen del cuerpo, la misma que es en todo momento inconsciente, y puede ser identificada únicamente cuando es puesta en palabras.

Esta imagen hace referencia al sujeto del deseo y del gozar, es decir a aquel sujeto que durante la primera infancia tuvo deseos, muchos de los cuales fueron saciados y por medio de estos pudo sentir regocijamiento y placer. La imagen inconsciente del cuerpo reúne todas las simbolizaciones que se han hecho de las experiencias vividas por el esquema corporal desde el mismo estado fetal y que se han introyectado de forma inconsciente. “La imagen inconsciente no es en sí misma un dato anatómico, ésta se elabora en la historia del sujeto” (Doltó, 1984, p. 42). En el Capítulo II se hará una diferenciación oportuna entre estos dos conceptos: Imagen Inconsciente del Cuerpo y Esquema Corporal.

Según Doltó (1984) la imagen inconsciente del cuerpo vendría entonces a ser memoria inconsciente del cuerpo infantil. Es el conjunto de las primeras y numerosas emociones grabadas en el psiquismo infantil. De aquellas emociones que hacen referencia a una madre deseante del hijo, que lo protege y lo cobija en todo momento. Es por medio de este contacto con la madre que las emociones van quedando grabadas en el niño.

Como lo señala Doltó (1984) el lenguaje es el precursor primordial de la imagen inconsciente del cuerpo. Los primeros intercambios son con los padres, después paulatinamente con las personas que nos rodean. Son estas palabras las que van haciendo estructura inconsciente en el niño acerca de su imagen, van creando una imagen propia del cuerpo que se sostiene por las palabras que sus padres han expresado acerca de su imagen. De la calidad de la relación emocional con los padres y de los intercambios que se hace con ellos y con el mundo circundante, dependerá la calidad de esta estructura.

Nasio (2008) asegura que después de los tres años de vida, el niño pasa a otro punto con respecto a su imagen corporal. Al reconocer su imagen en el espejo, por primera vez se da cuenta de la imagen que el mundo ve de él. En ese momento, las imágenes inconscientes del cuerpo quedan a un lado y se empieza a dar prioridad a las apariencias externas. “A partir de los tres años, la imagen del cuerpo-visto dominará en la conciencia, mientras que las imágenes del cuerpo-vivido dominarán en el inconsciente” (Nasio, 2008, p. 22)

Para Nasio (2008), después de los tres años de edad, el niño empieza a reconocerse como una sola unidad, separada del cuerpo materno; es en este momento cuando psíquicamente es atravesado por la Ley del padre y se ve obligado a diferenciar su cuerpo del cuerpo de su madre y entonces existe este reconocimiento de independencia y solidez.

Para Doltó (1984) por medio de la imagen inconsciente del cuerpo nos podemos relacionar con los demás sujetos, ya sean parte de nuestro núcleo familiar, o del entorno social en el que nos desenvolvemos, puesto que es la mediadora entre las tres instancias psíquicas: yo, ello y superyó. Debido a que la imagen inconsciente del cuerpo recopila las experiencias vividas durante la primera infancia, en el futuro podrá hacer una conexión entre las instancias psíquicas de forma que tanto el yo, como el ello y el superyó, puedan coexistir de manera armónica dentro de un mismo sujeto.

Como lo señala Nasio (2008), cada sujeto lleva en sí mismo una marca de todas aquellas sensaciones y emociones que vivió durante su primera infancia. Estas sensaciones y emociones que se inscribieron en el inconsciente a través del instrumento cuerpo, tienen un carácter único y específico, no se repiten ni aunque sean hermanos, ni familiares cercanos, es único para cada ser. “La Imagen Inconsciente del Cuerpo es un código íntimo, propio de cada individuo” (Nasio, 2008, p. 20).

La imagen inconsciente del cuerpo es una representación psíquica que puede ser puesta en palabras una vez que se ha dado el diálogo analítico en el caso de los adultos. En el caso de los niños se expresa a través de modelados, dibujos, pinturas, las cuales cobran un sentido único para ellos cuando con la guía del terapeuta se van abriendo las posibilidades de interpretación de las mismas. “Es necesaria la presencia del otro analista, que en relación terapéutica va colaborando con el paciente para que sea puesto en palabras todo aquello que está representado.” (Doltó, 1984, p. 27).

Las representaciones que un niño hace a través de modelados, pinturas o dibujos están simbólicamente enlazadas a las emociones que han marcado a esta persona a lo largo de su historia, aquellas situaciones que dejaron en él una emoción muy fuerte. Se hace referencia a las emociones tanto positivas como negativas que un niño ha vivido, pues en ambos casos estas pasan a ser estructurantes para la imagen inconsciente del cuerpo.

Nasio (2008) afirmó que;

La emoción es una tensión, la tensión creada entre dos sensibilidades que se enlazan, ondulan y ajustan, no se refiere a la tensión como enfrentamiento sino más bien como un movimiento aparejado entre la madre y el niño, es un encuentro en todos los sentidos carnal, deseante y simbólico, entre ambos sujetos. (p. 34)

Es necesario comprender que la imagen inconsciente del cuerpo y el esquema corporal no están necesariamente ligados el uno al otro. Es así que podría ocurrir que en un sujeto cuyo esquema corporal este desprovisto de cualquier lesión o anomalía, la imagen inconsciente no corresponda a esta “normalidad” física, y por otra parte, que ante la existencia de una malformación o lesión en el esquema corporal la imagen inconsciente no se vea afectada. Como ya se había mencionado, siempre que la relación de lenguaje con la madre-padre-núcleo familiar se haya mantenido sana y sin angustia, la imagen inconsciente se podrá desarrollar normalmente con relación a su cuerpo, “(...) para ello es preciso que, hasta la aparición de la enfermedad, durante y después de esta, la relación con la madre y el entorno haya sido flexible y satisfactoria, sin excesiva angustia (...) una relación adaptada a sus necesidades (...)” (Dolto, 1984, p. 18).

1.2 Aspectos Dinámicos de la Imagen Inconsciente del Cuerpo

Es necesario identificar de qué manera se estructura la imagen inconsciente del cuerpo. Siguiendo la propuesta teórica de Dolto (1984), podemos distinguir tres aspectos de la imagen inconsciente del cuerpo: imagen de base, imagen funcional e imagen erógena.

1.2.1 Imagen de Base:

“La imagen de base es lo que permite al niño experimentarse en una mismidad de ser” (Dolto, 1984, p. 43). La imagen de base hace referencia en todo momento al narcisismo de cada sujeto, en el caso del niño, aún cuando sea recién nacido, ya es propietario de su “mismidad”. Dolto (1984) señala que este narcisismo deviene de la índole de su sexo.

Para Dolto (1984);

Esta imagen es en sí misma la noción de existencia y de continuidad, le proporciona al ser humano un equilibrio entre su cuerpo y su narcisismo. Es constitutiva y primordial para el sujeto, tiene que ver directamente con el deseo de vivir, de existir en este mundo y de conocer que el deseo de sus progenitores es quien vive en él y lo ha hecho partícipe de este planeta. (p. 44)

Esta imagen es la que le proporciona al niño el sentido de identidad social-simbólica. Va creando en él una estructura psíquica que se ajusta a su edad y al estadio que se encuentre atravesando en ese momento, puesto que existe una imagen de base propia para cada etapa psicosexual, “esto equivale a decir que cada estadio viene a modificar las representaciones que el niño puede tener de su imagen de base” (Dolto, 1984, p. 44).

Nasio (2008) lo ejemplifica así;

En relación a la etapa oral “en el caso de un niño que aún succiona del pecho materno, la Imagen de Base se imprime cuando éste siente su cuerpo como una masa compacta que está siendo sostenida por otra masa que vendrían a ser los brazos de la madre.” (p. 27).

Para Doltó (1984) en primera instancia aparece una imagen de base respiratorio-olfativo-auditiva, misma que corresponde al área de base durante los tres primeros meses de vida; en segundo lugar le sigue una imagen de base oral que no comprende únicamente a la primera, sino a toda la zona bucal faríngeo-laríngea la cual es asociada a la imagen del vientre, hace referencia a lo lleno y a lo vacío; y por último encontramos la imagen de base anal, la misma que añade a las dos antes mencionadas el funcionamiento de la retención y expulsión de las heces.

La imagen de base es la que le da al niño la sensación suprema de seguridad, le proporciona la convicción de que su cuerpo se asienta sobre un suelo firme, que hay algo que lo sostiene y que no lo va a dejar caer, es su cuerpo mismo que se convierte en un refugio que lo acoge y lo hace sentir seguro. Es por eso que cuando un sujeto, se siente en una situación de desprotección se repliega inmediatamente a su imagen de base, es decir que siente su cuerpo como un lugar de refugio, en el cual vuelve a hallar la calma y la seguridad de que está siendo contenido.

Esta imagen le proporciona al niño la seguridad de que existe, la confianza de ser él mismo, de la mismidad de la que Doltó (1984) habla. Aparece en él ese sentimiento de ser, de estar presente en el mundo, y de que puede confiar porque hay bases que lo sostendrán.

Por lo antes señalado se puede entender que la imagen de base es en cierta medida la más importante de las tres imágenes, pues cuando el niño recibe una herida en cualquiera de las tres imágenes de un estadio libidinal, vuelve siempre a su imagen de base. Esto le ayuda a recobrar la seguridad lo antes posible. La imagen de base se constituye como el último refugio del sujeto, “es lo que le proporciona al niño el sentimiento de existir, vale decir, el sentimiento instintivo de

ser, sencillamente de ser” (Nasio, 2008, p. 28). La imagen de base puede garantizar la cohesión de un sujeto, a pesar de las dificultades por las que atraviese a lo largo de su historia.

1.2.2 Imagen Funcional:

“La imagen funcional es imagen esténicaⁱ de un sujeto que tiende al cumplimiento de un deseo” (Doltó, 1984, p. 47). Al contrario de la imagen de base que es estática, la imagen funcional tiene un cierto sentido de movilidad, pues está dirigida a cumplir el deseo del sujeto, quien tiene una demanda localizada en su esquema corporal, la misma que lo hace sentir en falta y es en ese momento donde se da lugar al deseo. Doltó (1984) menciona que a través de la imagen funcional el sujeto puede manifestar su deseo y de esta manera llegar a encontrar placer.

Nasio (2008) considera que la imagen funcional contribuye a que exista un enriquecimiento de la relación con el otro pero al mismo tiempo favorece la diferenciación entre el niño y sus padres. Esta imagen le permite al niño saber que hay cosas que puede hacer solo y que su cuerpo es independiente de los otros. El niño empieza a tomar cierta conciencia de que por sí mismo puede satisfacer sus necesidades y que esta capacidad crece paulatinamente. Su cuerpo se torna en una herramienta mediadora entre los intercambios sutiles con la madre y la satisfacción de conseguir ciertos propósitos por sí mismo.

La imagen funcional siempre hace referencia a una zona erógena del niño, hay una zona específica del cuerpo que, de cierta manera, está pidiendo satisfacer

ⁱ Esténica: que se acompaña de energía, tono y de fuerza. PONTALIS, Jean Bertrand, LAPLANCHE, Jean (1977). *“Diccionario de Psicoanálisis”*: Madrid. Ed. Paidós. (p. 85)

un deseo, “(...) aquello que pasa por la mediación de una demanda localizada, dentro del esquema corporal, en un lugar erógeno donde se hace sentir la falta específica, es lo que provoca el deseo” (Dolto, 1984, p. 47).

Por medio de esta zona específica del cuerpo, el niño está buscando satisfacer su deseo para encontrar el placer. Dolto (1984) explica que, en caso de que el niño tenga un deseo y su satisfacción le sea negada por el adulto tutelar, él escoge finalmente alejarse para no entrar en conflicto con el deseo del adulto y así evitar que su zona erógena tenga contacto con un objeto que puede parecer peligroso después del regaño que le ha hecho el padre o la madre. El niño procurará no volver a buscar satisfacción a través de aquello que le ha sido negado, ya que se torna amenazador y se transforma en un objeto prohibido. Esto puede devenir en que el niño deje de usar alguna parte de su cuerpo, que ha sido reprimida verbal o físicamente, por considerarla amenazadora y contraria al deseo del adulto.

Nasio (2008) considera que;

Esta imagen es en todo momento contraria a la imagen de base, pues mientras que la imagen de base es la imagen de la sensación de un cuerpo en reposo, la imagen funcional es la imagen de un cuerpo agitado, inclinado a la satisfacción de necesidades y deseos. Sería entonces la imagen de un cuerpo palpitante y febril, repleto de deseos que necesitan ser cubiertos.

El cuerpo está en busca de objetos concretos que puedan saciar sus necesidades y de objetos imaginarios y simbólicos que satisfagan sus deseos
(p. 28)

En la Imagen Funcional el cuerpo está constantemente realizando actividades y a la espera de un intercambio con la madre, la misma que es la encargada de responder a todas las necesidades concretas que este niño tiene como son la alimentación, la vestimenta pero también estará expectante de que la madre responda a las necesidades sutiles, como las llama Doltó (1984), de intercambios de miradas tiernas o el olor a la distancia de la piel de su progenitora, que vayan inscribiendo a través de sus sensaciones y emociones, huellas en el inconsciente. Si bien en principio la imagen funcional sirve para un intercambio con la madre, conforme el niño va creciendo, ya no se dirige únicamente a ella, sino también a los intercambios con otros y a las acciones que puede realizar por sí mismo.

1.2.3 Imagen Erógena:

“La imagen erógena está asociada a una determinada imagen funcional del cuerpo, donde se hayan focalizado placer o displacer erótico en relación con el otro” (Doltó, 1984, p. 49). Es a través de esta imagen que el sujeto puede concebir como simbólico, placentero o displacentero todo intercambio que haya existido a través de una parte de su cuerpo que haya sido erogenizada.

Para Doltó (1984), es necesario que el sujeto haya percibido como compartido todo aquel placer sentido por él y en la misma vía el displacer que se pudo presentar en él. Este compartir abre la vía de una relación simbólica y a su vez fundamentada en palabras con el otro. Este placer o displacer compartido con el otro, que en principio será la madre, quedará grabado en el niño y más adelante, éste lo utilizará en su relación con los otros.

Dolto (1984) dice;

Es necesario: (...) que la imagen erótica abra al sujeto la vía de un placer compartido, humanizante por lo que tiene valor simbólico y que puede hallar expresión no sólo en la mímica y la acción sino con palabras dichas por otro, memorizadas en situación por el niño, quien se servirá de ellas con discernimiento. (p. 49).

El compartir con el otro contribuye a que todos aquellos intercambios eróticos tengan un valor simbólico de sostenimiento y guía, el sentir que aquello que produce placer en él, puede producir placer en los otros, padres por ejemplo, añade una experiencia de goce para este sujeto, quien más adelante utilizará esta práctica para sus futuros intercambios.

Según lo señala Nasio (2008), “es la imagen de un cuerpo sentido como un orificio entregado al placer” (pág. 28). Está básicamente supeditada a todo aquello que la imagen funcional haya percibido a través del instrumento cuerpo.

La imagen erótica se mueve conforme se van atravesando las etapas psicosexuales, es así que en la etapa oral que comprende de los 0 a 1 años, la zona erótica será la boca y la lengua; en la etapa anal que va de los 2 a 3 años, será la zona de eliminación intestinal y urinaria. Una vez que el niño ha atravesado la etapa anal, la imagen inconsciente del cuerpo ya se encuentra formada.

Estas imágenes se hallan ligadas entre sí en todo momento por la imagen dinámica, misma que no es otra cosa que el lazo que une estos tres aspectos de manera fluida. Estas imágenes son indisolubles; cuando una de ellas sufre una perturbación, todo el conjunto resulta afectado. La imagen dinámica es en sí misma

lo que Doltó denominó como “deseo de ser y de perseverar”. Es un deseo que está siempre dispuesto a lo desconocido. Es por eso que la imagen dinámica no posee una representación que le sea propia pues está atravesada en todo momento por el deseo del sujeto. Esta imagen demuestra que somos seres con derecho de desear, somos sujetos deseantes, que buscamos la complacencia de esos deseos; y que se está constantemente en la búsqueda de nuevas maneras de complacerlos, porque los deseos siempre son nuevos; “la imagen dinámica es siempre la de un deseo en busca de un nuevo objeto” (Doltó, 1984, p. 51)

1.3 Constitución de la imagen Inconsciente del cuerpo

“La Imagen Inconsciente del cuerpo es, ante todo, la imagen de una emoción compartida, la imagen del ritmo de la interacción tierna, deseante y simbólica entre el niño y su madre” (Nasio, 2008, p. 35). En el apartado 1.3.1 se explicará más a profundidad la importancia del rol materno para la constitución de la Imagen Inconsciente del Cuerpo.

Nasio (2008) señala que;

Existen dos condiciones primordiales para que una sensación pueda imprimir su imagen y de esta manera pase a formar parte de la imagen inconsciente del cuerpo. En primer lugar que emane de un cuerpo infantil marcado por la presencia de una madre deseante y deseada por el padre del niño y en segundo lugar, que ésta se repita frecuentemente. (p. 33).

Añade “Lo que se inscribe y perdura en el inconsciente es la percepción de los tiempos fuertes y los tiempos débiles de la intensidad del contacto carnal entre ambos” (Nasio, 2008, p. 35).

Siguiendo el pensamiento de Nasio (2008), la sensación debe ser emanada por el cuerpo de un bebé en estado deseante, esto quiere decir que busca una madre que pueda satisfacer su deseo. Una madre donde pueda encontrar placer, en la cual pueda descubrir sentimientos de ternura y al mismo tiempo saber, evidentemente de forma intuitiva, que existe un padre que aporta seguridad afectiva para los dos.

Por su parte, es necesario que la madre también se halle animada por el deseo de compartir momentos de ternura y de intercambio de miradas con su hijo para que este proceso esté completo. De esta forma se instalará en el niño la imagen de una madre interiorizada, esto le permitirá al bebé sentir la alegría de ver a su madre y compartir momentos con ella pero también soportar sus ausencias. La relación con la madre es lo que permite al niño aprender cómo relacionarse con el mundo exterior. En palabras de Winnicott (1998) “el bebé es un ser humano inmaduro y altamente dependiente, y es un individuo que tiene y acumula experiencia” (p. 89).

Por otra parte, esta sensación, dice Nasio (2008) debe presentarse al bebé de forma repetida. Es necesario que de forma reiterada el bebé sienta la presencia tierna, deseante y simbólica por parte de los padres o también la ausencia de los mismos.

Nasio (2008) explica que;

Sólo una sensación o emoción repetitivamente experimentada que emane de un cuerpo impregnado de la presencia de la madre –una madre deseante y deseada por el padre del niño- tendrá la intensidad suficiente para grabar en el

inconsciente una imagen neta, vivaz, capaz de influir para siempre en el destino del sujeto. (p.34)

1.3.1 Rol de los padres:

El contacto con la madre se convierte en pilar primordial para la constitución de la imagen inconsciente del cuerpo. Para que un bebé la pueda ir construyendo es necesaria la presencia del otro-madre que vaya aportando a su vida; primero la comunicación, el lenguaje, las palabras de amor y de ternura, pero también los acercamientos cuerpo a cuerpo que le permiten comprender que existe otro que lo sostiene y lo cobija.

Los intercambios que se van dando entre una madre y su hijo; miradas, caricias, el deseo del bebé de satisfacer sus necesidades a través de la madre y el deseo de la madre por complacer a su hijo, son la materia que va a ser simbolizada e introyectada en el inconsciente del niño.

Es así que los padres tienen un rol fundamental y decisivo en la constitución de la imagen inconsciente del cuerpo, pues en función de los intercambios que éstos propongan, se irá estructurando la identidad del niño.

Para Bowlby (2006) “lo importante es el comportamiento de aquellos entre los que crece un niño, (...) y especialmente en los años más tempranos de la vida, el comportamiento de la madre” (p. 23). Así como la cercanía con la madre es de mucho valor psíquico para el bebé, el amor y seguridad afectiva que aporta el padre a la relación entre la madre y el bebé es estructurante para este niño que está empezado a crear una imagen propia y una imagen de quienes le rodean.

Winnicott (1990) considera que más allá de la presencia de la madre, lo importante es la “función maternal” que aporta al bebé la seguridad y lo ayuda a desarrollarse. Esta función puede ser ejercida por cualquier sujeto que se sienta capaz de realizarla. “El hecho de ser madre o ser maternal (incluyendo al hombre), implica un alto grado de identificación con el bebé (...)” (Winnicott, 1998, p. 75).

Winnicott (1990) señala que la mayoría de los bebés tienen la suerte de recibir un sostén adecuado durante la mayor parte del tiempo. De ello deriva su confianza en un mundo amistoso, pero lo más importante es que por haber recibido un sostén adecuado, son capaces de lograr un crecimiento emocional muy rápido (p. 87).

El sostenimiento es una función muy importante dentro del rol maternal, Winnicott (1990) señala que desde muy pequeño el bebé es muy receptivo a la forma en la que lo cargan y lo sostienen. La madre le transmite al niño seguridad, confianza y calor a través de los brazos y estos sentimientos se quedan impresos en el inconsciente del niño para toda la vida.

Winnicott (1990) desarrolla el concepto de madre “suficientemente buena” y la define como aquella que facilita la integración psíquica del infante, y que es capaz, a pesar de sus propios avatares, de sostener al bebé, proporcionándole seguridad. Esta madre “suficientemente buena” puede acomodarse rápidamente a las necesidades de su hijo, quien durante los primeros años de vida no tiene la capacidad de cuidarse solo y sobrevivir sin otro que lo ayude.

Por otra parte, también es necesario que la madre vaya dándole sentido a cada una de las producciones que su bebé le entrega en el intercambio afectivo, que las acoja como mensajes de amor que el niño le está entregando, pues en esta correspondencia entre ambos, las sensaciones que el bebé percibe, contribuyen a

que pueda inscribir en su inconsciente imágenes de amor y de reciprocidad entre él y su madre que perdurarán durante toda la vida.

La presencia de una madre “suficientemente buena” durante la primera infancia afianza la seguridad que el sujeto manifestará a lo largo de su vida. Cuando un niño siente que su madre no es lo suficientemente segura para sostenerlo durante sus primeros años de infancia, expresará esta misma inseguridad en las relaciones y situaciones que se le presenten en el futuro. Esta seguridad constituye el elemento primordial de la imagen de base.

Parte importante del vínculo materno con el bebé es la “manipulación o handling”, esta función “contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicósomática (la unidad psiquesoma) que le permite percibir lo ‘real’ como contrario de lo ‘irreal’” (Winnicott, 1990, p. 35). La “manipulación” o “handling”, permite la personalización del bebé. La “manipulación” facilita la coordinación y la experiencia del funcionamiento del cuerpo.

Durante los primeros años de vida, específicamente los tres primeros, que es lo que concierne a la constitución de la imagen inconsciente del cuerpo, la presencia de adultos tutelares, que manifiesten abiertamente sentimientos filiales hacia su hijo, contribuirá a la formación de un sujeto con bases seguras para enfrentar el futuro. “El apoyo del yo de la madre facilita la organización del yo del bebé. A la larga el bebé se vuelve capaz de afirmar su propia individualidad y hasta de experimentar un sentido de identidad” (Winnicott, 1990, p. 29).

Si bien es cierto que las relaciones familiares perfectas no existen, si hay la posibilidad de mantener vínculos sanos entre sus miembros, para que de esta forma se contribuya al desarrollo de cada individuo, se afiancen las relaciones y la certeza de que la familia es un soporte y una base firme para la constitución del sujeto.

1.3.2 Importancia de las Experiencias Infantiles:

Al contrario del esquema corporal, que se va creando con la mirada social de los otros, la imagen inconsciente del cuerpo tiene su raíz en la primera infancia, donde las experiencias que se viven con el padre-madre-núcleo familiar marcan puntos nodales para lo que seremos más adelante.

Doltó (1984) y Nasio (2008) sostienen que las experiencias infantiles marcan un gran punto de inicio para todas las relaciones que un sujeto entablará en el futuro pues, por la forma en que se halla constituida la imagen inconsciente del cuerpo, las experiencias que se han tenido durante los tres primeros años de vida dejarán huella imborrable en el inconsciente.

Las experiencias infantiles se instauran como ejes básicos para la constitución de la imagen inconsciente del cuerpo, pues de ellas se desprenden las formas de actualizar las experiencias de la niñez en la edad adulta. Esto determinará las relaciones que el sujeto entable con el medio que le rodea; por ejemplo la forma en que mantiene relaciones amorosas y relaciones de amistad.

En todo momento la palabra se vuelve estructurante para el sujeto, en especial las palabras que el otro-madre intercambie diariamente con él. Estas experiencias “lingüísticas” van creando en el sujeto la certeza de que hay otro que lo escucha, que comparte con él; otro que asegura y asienta su existencia en este

mundo. Esta primera experiencia infantil de lenguaje con la madre se convierte en referencia de comunicación con el resto del mundo.

Nasio (2008) menciona que las situaciones con las que un sujeto se enfrenta en la vida cotidiana y que en determinado momento adquieren sentido, provienen del fantasma infantil; o mejor dicho, se las encuentra a través de este fantasma infantil que se mantiene perenne a lo largo de la vida. Aquello que vivimos, que amamos o que detestamos, es siempre actualizable porque dejó su marca en la imagen inconsciente del cuerpo.

“Las bases de la personalidad se asientan en forma apropiada si el niño recibe un sostén adecuado.” (Winnicott, 1990, p. 90). Cuando las experiencias vividas con los padres durante la infancia han sido enriquecedoras marcarán las actitudes y comportamientos que el sujeto mostrará en el futuro.

Las experiencias infantiles pueden determinar el desarrollo normal o patológico de un sujeto, pues el ambiente familiar tiene un lugar central en el desarrollo del psiquismo. Situaciones como la separación de la madre con el bebé, podrían desencadenar un desarrollo patológico en este niño. “Es cierto que separar a un niño de su madre antes de que sea capaz de mantenerla viva en su mente tiene que ser malo para cualquier niño, y puede provocar cualquier tipo de trastorno (...)” (Winnicott, 1998, p. 88).

Winnicott (1990) manifiesta que,

(...) toda la relación de este nuevo sujeto con el mundo real debe basarse en el modo en que las cosas comienzan y en el modelo que se desarrolla gradualmente de acuerdo con la experiencia de esta interrelación humana entre el bebé y su madre. (p. 90).

Doltó (1986) explica que, “son los padres los que forman el núcleo del medio social real en el que el niño vive y crece.” (p. 14). Por lo tanto es este medio el facilitador de las relaciones futuras que entablará este niño. Cuando los padres se desentienden de sus hijos a tempranas edades, están introduciendo en ellos la idea de rechazo y olvido.

Winnicott (1998) pone como ejemplo a los delincuentes, para demostrar como una falla en la dinámica familiar durante los primeros años, tendrá incidencia directa sobre el accionar de este sujeto en años posteriores. “El delincuente (...) aún está esperando a la madre ideal de su infancia, que nunca tuvo. Pero el problema es que cree en ella.” (Winnicott, 1998, p. 89).

CAPITULO II

ESQUEMA CORPORAL

2.1 Concepto:

Pierre Vayer (1995) define;

Al esquema corporal como el conocimiento y representación simbólica global del propio cuerpo, es decir, es la manera en que el sujeto se ve y se imagina a sí mismo.; concepto que engloba todos los aspectos que se conjugan en un sujeto como son lo perceptivo, lo cognitivo-afectivo y el componente conductual. (p. 10)

Vayer (1995) describe que,

(...) el componente perceptivo se refiere a la precisión con la que los sujetos perciben el tamaño, el peso y las formas. El componente cognitivo-afectivo hace referencia a los sentimientos, pensamientos y actitudes que se despiertan acerca del propio cuerpo. Por último el componente conductual, es en cierta medida una reacción al entrelazamiento de estos dos componentes, es decir el sujeto manifiesta ciertas conductas dependiendo del aspecto perceptivo y el cognitivo-afectivo. (p. 10).

La manera en que se ve el cuerpo, está determinada por el sujeto pero a la vez por el entorno. Vayer (1995) menciona que, “[la imagen corporal] es creada a partir del registro visual con el propio cuerpo siempre situado en un determinado contexto y una determinada cultura que lo definen a lo largo de su proceso evolutivo” (p. 13).

Por su parte Doltó (1984) señala que;

El esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sean cual fueren el lugar, la época o las condiciones en que vive. Este esquema corporal será intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo, en el sentido de que permite la objetivación de una intersubjetividad, de una relación libidinal fundada en el lenguaje, relación con los otros (p. 21).

El esquema corporal es un mediador entre el mundo y el sujeto y contiene rasgos propios de cada uno; especifica a la persona en cuanto género, origen étnico y otras características que marcan su pertenencia al círculo social que lo rodea.

A diferencia de la imagen inconsciente del cuerpo, Doltó (1984) explica que, “el esquema corporal es inconsciente, preconscious y consciente; y evoluciona en el tiempo y en el espacio.” (p.21). Además, en todo momento hace referencia al cuerpo actual del sujeto y a las experiencias inmediatas, según lo menciona Doltó (1984).

Estas dos entidades; la imagen inconsciente del cuerpo y el esquema corporal son dos instancias que cohabitan en un mismo sujeto pero que difieren la una de la otra. En palabras de Doltó (1984); “el esquema corporal es una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto con el mundo físico” (p. 18), “[mientras que] la imagen inconsciente refiere el sujeto del deseo a su gozar, mediatizado por el lenguaje memorizado de la comunicación entre sujetos.” (p.22)

El esquema corporal se convierte en todo momento en el comunicador de las sensaciones, emociones, sentimientos que tiene un sujeto y se estructura mediante el aprendizaje y las experiencias vividas.

El esquema corporal resulta ser el mediador entre lo que el sujeto ve de su cuerpo y los componentes de la imagen inconsciente del cuerpo. Cuando ambos se relacionan encontramos una imagen completa, por así decirlo, del sujeto. En palabras de Doltó (1984), es a través del entrecruzamiento entre la imagen inconsciente del cuerpo y el esquema corporal que se puede entrar en comunicación con el otro.

Se podría pensar con facilidad que el esquema corporal es aquello que vemos y que sentimos, sin embargo hay una deformación entre lo real y lo simbólico e imaginario que se conjugan en un mismo sujeto; de cierta manera no existe una idea real y transparente del cuerpo, pues siempre esta imagen está unida por los deseos y afectos inconscientes que le conferimos al mismo.

Pierre Vayer (1995) considera que el sujeto puede tener una imagen positiva o una imagen negativa de su esquema corporal. Según el autor, la imagen positiva del esquema corporal significa que el sujeto se siente conforme con lo que ve y se siente cómodo con su apariencia. Por su parte la imagen negativa del esquema corporal tiene que ver con la inconformidad con lo que el sujeto ve de su cuerpo, no se siente conforme consigo mismo y con su aspecto.

Para Vayer (1995) el esquema corporal es un punto de suma importancia para el desarrollo a futuro del niño, tanto en lo que se refiere a motricidad e independencia física como los componentes inconscientes que rodean a este esquema corporal.

Vayer (1995) sugiere que;

La construcción del esquema corporal, es decir, la organización de las sensaciones relativas a su propio cuerpo en relación con los datos del mundo exterior, juega un papel fundamental en el desarrollo del niño, ya que dicha organización es el punto de partida de sus diversas posibilidades de acción.

(p. 10)

Por su parte Paul Ferdinand Schilder (1958), hace una conjugación tanto de los aspectos neurológicos como psicoanalíticos para definir el concepto de esquema corporal, y lo dice así: “es la imagen del cuerpo que nos formamos en nuestra mente, es decir, la apariencia física que le atribuimos a nuestro cuerpo” (p. 63). Esta concepción recopila los aspectos tanto conscientes como inconscientes para la formación del esquema corporal; pues por una parte está aquello que vemos y por la otra aquello que sentimos con relación a lo que estamos viendo.

Con regularidad existe la posibilidad de que el esquema corporal y la imagen inconsciente del cuerpo no correspondan entre sí. Según señala Doltó (1984), puede suceder que el esquema corporal se encuentre en buen estado, que no exista ninguna lesión físicamente constatable pero las imágenes inconscientes correspondan a un cuerpo enfermo y cargado de dificultades para comunicarse con los demás.

Tanto Françoise Doltó (1984) como Pierre Vayer (1995) y Paul Schilder (1958) coinciden en que un desajuste entre la imagen inconsciente del cuerpo y el esquema corporal pueden acarrear desórdenes psíquicos como son la bulimia

nerviosa o la anorexia nerviosa, entre otros; pues el hecho de no adaptar la parte consciente con la inconsciente puede desordenar la psique.

2.2 Esquema Corporal en Adultos:

El esquema corporal en adultos es una estructura ya formada, sin embargo con cada experiencia nueva que va viviendo, el sujeto va modificando la forma en que ve y habla acerca de su esquema corporal. El esquema corporal al contrario de la imagen inconsciente del cuerpo, va evolucionando en el tiempo y en el espacio.

En los adultos, el esquema corporal está cargado de una saga de experiencias vividas en el pasado, hay un bagaje de situaciones que los han llevado hasta donde están. Sean éstas positivas o negativas, han ido creando constantemente en el sujeto nuevas imágenes de su esquema corporal. “Esas imágenes, aunque reprimidas, permanecerán vigorosamente activas a través de innumerables manifestaciones espontáneas de nuestro cuerpo.” (Nasio, 2008 p. 23).

Los adultos, se creería ya tienen una imagen de su esquema corporal ya creada, sin embargo Nasio (2008) señala que “todos nos creamos una imagen exagerada de nuestro cuerpo- ya sea por exceso o por defecto (...)” (p. 61). Esta imagen está construida desde lo que ha experimentado el sujeto desde el momento mismo de la infancia. “A veces lo sentimos o lo vemos demasiado grande o demasiado joven o demasiado vulnerable o, por el contrario, eternamente infatigable. Otras veces, lamentamos tener la cabeza demasiado grande o la nariz prominente (...)” (Nasio, 2008, p. 61)

2.1.2 Esquema Corporal en Pacientes con Exceso de Peso:

Hay pocos países en Latinoamérica que le han otorgado importancia a la investigación acerca del esquema corporal en personas con exceso de peso tanto en materia de salud pública como en el ámbito psicológico. Entre ellos se puede citar los casos de Chile, Cuba y Brasil que constantemente están realizando estudios acerca del tema.

Es por esta razón que los datos que se pueden obtener son escasos. Sin embargo hay estudios recientes en La Habana, Cuba que han aportado para la comprensión del esquema corporal en personas con exceso de peso.

Resulta indispensable comprender el concepto médico de lo que es el exceso de peso y la obesidad. “Se considera que hay exceso de peso y obesidad cuando el Índice de Masa Corporal es respectivamente igual o superior a 25 y 30.” (Diccionario de Medicina, 2001, p. 96)

El Índice de Masa Corporal es una herramienta comúnmente utilizada por médicos y otros profesionales del campo de la salud, que sirve para determinar la prevalencia de peso por debajo de lo normal, exceso de peso y obesidad en adultos.

El Diccionario de Medicina Mosby (2010), indica que;

El Índice de Masa Corporal se calcula mediante una operación matemática que representa el peso de la persona en kilogramos dividido para la estatura en metros al cuadrado. El valor que se obtiene no es constante, pues depende de la edad y el sexo de la persona, además de otros factores como las proporciones de tejido adiposo y muscular. Normalmente, se considera que un Índice de Masa Corporal es “saludable” cuando está entre 18,5 y 24,9; que es

"de riesgo" cuando oscila entre 25-29,9 y de "alto riesgo" cuando es igual o superior a 30. (p. 78)

Rodríguez (2012) realizó un estudio en la Habana-Cuba con 60 sujetos, 36 mujeres y 24 hombres, que tuviesen un diagnóstico de sobrepeso u obesidad. Para dicho estudio se utilizaron tres criterios de evaluación, el primero la adecuación con la autoimagen, que para el presente trabajo de disertación es equiparable al concepto de esquema corporal. Por otro lado se hallan la satisfacción con la autoimagen y la conservación de la autoimagen, que equivalen al concepto de imagen inconsciente del cuerpo.

Por los resultados encontrados en el estudio, Rodríguez (2012) sugiere que el esquema corporal (adecuación con la autoimagen) de un adulto con exceso de peso no suele corresponder a la imagen inconsciente que tiene del mismo (satisfacción con la autoimagen y conservación de la autoimagen). Al caracterizar la autoimagen de los sujetos con sobrepeso y obesidad, se expresa una contradicción entre la autoimagen consciente [esquema corporal] y la autoimagen inconsciente [imagen inconsciente del cuerpo]. Conscientemente la mayoría tiene una autoimagen [esquema corporal] inadecuada, están insatisfechos con su cuerpo, plantean que quieren bajar de peso, que no están conformes con su peso, reflejan objetivamente sus capacidades físicas, sin embargo, en el plano inconsciente la mayoría parece revelar que está satisfecha con su peso y cuerpo.

Con los resultados hallados en el estudio de Rodríguez (2012), podríamos concluir que los sujetos que fueron parte del estudio, muestran una correcta estructuración de la imagen inconsciente del cuerpo; a pesar de que haya una discordancia con lo que expresan de su esquema corporal. Sin embargo es

necesario acotar que estos resultados solo reflejan a una parte de personas con sobrepeso, pues no en todos los casos se da esta relación entre la imagen inconsciente y el esquema corporal.

Doltó (1984) sostiene que una imagen inconsciente del cuerpo construida adecuadamente puede sostener cualquier cambio en el esquema corporal, mientras que una imagen inconsciente que no se haya construido firmemente mostrará repetidamente insatisfacción frente al esquema corporal.

Estas diferencias entre el Esquema Corporal y la Imagen Inconsciente del Cuerpo, en personas con sobrepeso u obesas, pueden existir si durante la primera infancia, mientras se estaba constituyendo la imagen inconsciente, hubo una distorsión o corte, lo que pudo producir que a futuro no haya concordancia entre ambas instancias. Apegándonos a las teoría de Doltó (1984), un sujeto que manifieste una imagen negativa de su esquema corporal será probablemente porque su imagen inconsciente es igualmente negativa, y será igualmente equivalente en el caso de una imagen positiva.

Para J.D. Nasio (2008) “el esquema corporal que crea cada sujeto, desde lo que ve en el reflejo del espejo o desde la mirada del otro, estaría ligado a una experiencia vivida, no siempre en la infancia” (p. 58).

2.3. Influencia del ambiente familiar, cultural y social en el Esquema Corporal.

El primer medio en que se desenvuelve un sujeto es el familiar, el cual influye fuertemente en la creación del esquema corporal. Winnicott (1998) señala que, “la idea de familia se sustenta en el reconocimiento de que el niño pequeño tiene en

sus inicios la necesidad de una versión simplificada de la sociedad, que pueda usar para su crecimiento emocional básico”. (p.91)

Un estudio realizado en la ciudad de Buenos Aires (Faour, 2011) señala que el entorno familiar influye directamente en la imagen que crea una persona sobre su esquema corporal; en primer lugar por comparación con sus pares, que este caso vienen a ser hermanos o hermanas, o por comparación con los mismos padres cuando eran más jóvenes.

Para Bowlby (2006) “un ambiente familiar poco contenedor puede tornarse hostil y poco confortante para el niño” (p. 65). En ciertos casos cuando de manera constante se hace referencia al peso y hábitos alimenticios de la persona, se ejerce presión y se contribuye a que aparezcan sentimientos de inconformidad con relación al cuerpo.

Winnicott (1998) indica que un medio familiar contenedor, contribuirá al desarrollo adecuado de un sujeto, por otro lado cuando no es así podría producir inadecuaciones, “las fallas maternas o de la función maternal bloquean el desarrollo de la capacidad del bebé para sentirse real” (p. 87)

La comparación con sus pares familiares (hermanos) resulta dolorosa para el sujeto, pues crea en él sentimientos de inseguridad y baja autoestima, ya que no logra satisfacer las expectativas de los padres. Están constantemente en competencia y cuando no alcanzan las metas que se han propuesto en relación a su peso y esquema corporal, surgen sentimientos de frustración y de rechazo a sí mismo.

Dentro del ámbito familiar, se debe destacar la influencia de la pareja sobre la percepción que tiene la persona acerca de su esquema corporal. Con frecuencia la opinión que emite el compañero o la compañera sentimental acerca de la apariencia del cuerpo, resulta de suma importancia, dependiendo de cómo esté constituida la imagen inconsciente del cuerpo de este sujeto, pues la pareja es aquel ser con el que el vínculo sentimental se ha dado por elección propia. Sin embargo es importante recordar que en el marco de la teoría psicoanalítica la relación de pareja vendría a ser una transferencia de la relación con los padres, por lo tanto podemos concluir que si la persona busca aceptación por parte de su pareja, será porque esa misma aceptación busca de sus padres.

La cultura también tiene un alto grado de influencia sobre el esquema corporal, pues así como en algunas culturas puede resultar aceptable el sobrepeso o la obesidad; en otras culturas los estereotipos de belleza física están dirigidos exclusivamente a la delgadez.

Faour (2011) indica que entre 1950 y 1960 la cultura y la sociedad consideraban que ser delgado era sinónimo de enfermedad y que, al contrario del pensamiento actual, una persona con sobrepeso e incluso obesa era bella y llena de salud y vitalidad. A partir de la década de los 70, la cultura y la sociedad empiezan a imponer nuevos estándares para determinar si mujer o un hombre tiene un esquema corporal adecuado. A partir de esta década la salud del sujeto y su desarrollo psicológico fueron dejados a un lado, para ser reemplazados únicamente por la imagen de un cuerpo esbelto y que debía cumplir con ciertos requerimientos para ser considerado “bello”.

Durante los últimos años se ha incrementado la influencia de la sociedad en los estándares de belleza corporal. A través de los medios de comunicación se bombardea a las personas con imágenes de una esbeltez que puede llegar a ser extrema. Con el auge de la tecnología es cada vez más común encontrarse con publicidad dirigida a la delgadez, propagandas que circulan sobre programas para bajar de peso, cirugías estéticas y un innumerable listado de tips para obtener “el cuerpo perfecto”. Sin embargo, es interesante señalar que en los últimos trece años también los índices de sobrepeso y obesidad se han incrementado alarmantemente hasta en un 40-45%, lo que lleva a pensar que lo que hacen los estándares de belleza es crear sentimientos de culpabilidad y remordimiento en las personas que no los cumplen, y no necesariamente que los impulsan a alcanzarlos.

En relación a nuestro país, según datos del INEC, el 70% de la población que vive en la ciudad de Quito, considera que la televisión y el internet influyen directamente en la manera como observan sus cuerpos. Incluso hay quienes han señalado que después de ver un spot publicitario sobre mujeres delgadas y con el cuerpo “soñado”, al verse en un espejo se sienten mucho más gordas, o menos agraciadas, pues no logran alcanzar mínimamente esos estándares de belleza que la sociedad impone. (INEC, 2012).

“El disconformismo de las mujeres hacia su cuerpo, peso, aspecto, aumenta por la presión social que constantemente está marcando el cuerpo que hay que tener. Las mujeres son exitosas sí y solo sí tienen determinada apariencia” (Faour, 2010).

La sociedad ha llegado a tal punto en su influencia sobre la imagen cuerpo que no es necesario tener salud mientras se cumpla con los estándares que están de “moda”.

Faour (2011) señala que entre las principales razones para que exista una distorsión del esquema corporal del sujeto, está la influencia de la sociedad sobre este concepto. Según Faour (2011) en Europa, en países como España y Francia los casos de mujeres entre 13 y 18 años que presentan anorexia o bulimia han aumentado en los últimos 50 años. Este fenómeno empieza con el auge de la industria de la moda y el estilo acelerado de vida y hábitos alimenticios de los países europeos. Resulta mucho más alarmante encontrarse con personas cuyo peso está por encima de “lo normal”, que encontrarse con sujetos que presentan un extrema delgadez; lo que también un factor que pone en riesgo la vida de las personas.

Por otra parte, es necesario hacer un reconocimiento a ciertos movimientos que de igual forma, utilizando medios de comunicación y tecnología, invitan a los hombres y a las mujeres, a mantener un cuerpo sano, ya no delgado extremadamente, sino un cuerpo saludable. Esto impulsa a ejercitarse sin esforzarse en demasía, no hacer dietas extremadamente forzosas, sino entrar en un régimen de alimentación saludable.

En el Ecuador, a través de los Ministerios de Salud y del Deporte, se impulsa estilos de vida más saludables, a través de una difusión masiva por medios televisivos y otras formas de tecnología, como redes sociales, mostrando en sus comerciales personas que no son necesariamente delgadas para ser saludables y bellas. Ésta, se podría decir, es una influencia positiva de la sociedad sobre el esquema corporal; es un intento de cambiar los paradigmas, tanto aquellos que

consideran que el sobrepeso y la obesidad son sinónimos de belleza como aquellos que invitan a la delgadez extrema para poder considerar a una persona hermosa.

2.4 Transformaciones del Esquema Corporal mediante procedimientos quirúrgicos bariátricos.

En la actualidad los problemas de sobrepeso y obesidad se han convertido en un tema de salud pública. Según los registros de la Organización Mundial de la Salud entre el 20% y 25% de la población mundial presenta problemas relacionados con el sobrepeso (Organización Mundial de la Salud, 2013). En el Ecuador según los registros del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el 40% de la población total se ve afectada por el clínicamente conocido Síndrome Metabólico. En el caso de los niños en edades escolares el 14% presentan problemas de sobrepeso y por lo menos 5 de cada diez personas adultas sufren problemas relacionados con el peso.

El Diccionario de Medicina de la Universidad de Navarra (2001) explica que el término bariátrico hace referencia al grupo de procedimientos quirúrgicos utilizados para tratar la obesidad y disminuir el Índice de Masa Corporal y el peso. Este tipo de procedimientos quirúrgicos no incluyen cirugías para remover la grasa como son la liposucción o la abdominoplastia.

Actualmente existen varios tipos de cirugías bariátricas para tratar problemas de obesidad o sobrepeso; encontramos por ejemplo la gastroplastia vertical en banda, gastroplastia vertical anillada, banda gástrica ajustable, gastroplastia vertical reforzada, gastroplastia vertical sin anilla, manga gástrica o gastrectomía vertical, balón intragástrico o balón gástrico. Estos procedimientos son realizados con técnicas restrictivas, es decir que inducen a la pérdida de peso pues se reduce

notablemente el tamaño o capacidad gástrica, limitando drásticamente la ingesta de alimentos. (Martínez, 2011)

Por otro lado existen cirugías con técnicas mixtas, como son el bypass gástrico y la derivación biliopancreática. Estas intervenciones quirúrgicas además de reducir la capacidad gástrica alteran la continuidad gástrica, interrumpen la absorción de nutrientes y alimentos que ingiere la persona.

Martínez (2001) explica que la mayoría de estos procedimientos quirúrgicos son invasivos e irreversibles, sin embargo, algunos como el balón gástrico y la banda gástrica ajustable, son procedimientos que pueden revertirse. En el caso del primer dispositivo, tiene un tiempo de vida útil y lo que se intenta es que el paciente adquiera hábitos alimenticios para que una vez retirado el balón, los resultados que se han alcanzado sean duraderos a largo plazo. Por otro lado con la banda gástrica el paciente puede decidir cuándo desea retirársela, no tiene un tiempo de vida útil, puede ser utilizado toda la vida sin que exista ninguna complicación.

Según el Ministerio de Salud Pública hasta el año 2011, las cirugías más utilizadas actualmente en Ecuador fueron el bypass gástrico, la manga gástrica y el balón gástrico, ya que estos tres procedimientos han demostrado tener mayor efectividad en la disminución de peso y mejoras en la salud del paciente. Los profesionales que realizan estas cirugías hacen un hincapié en que no son procedimientos estéticos, sino al contrario son cirugías para mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes que se las realizan. Sin embargo hay un alto número de pacientes que consideran estas cirugías como procedimientos óptimos para mejorar estéticamente su cuerpo. Es importante que los profesionales que trabajan en cuestiones de cirugía bariátrica hagan un hincapié en que la cirugía es

para disminuir problemas de salud en pacientes con sobrepeso u obesidad y no para bajar de peso por estética.

Con este tipo de cirugías el paciente puede disminuir entre un 30% a 80% de peso. Estos porcentajes dependen de las características particulares de cada persona.

Todos estos procedimientos quirúrgicos bariátricos conllevan riesgos para el paciente, como son problemas de nutrición, deficiencia de vitaminas y hierro. Pueden existir niveles de anemia, además de consecuencias psicológicas, debido al cambio drástico que sufre la persona en su esquema corporal. Es por esto que se sugiere que exista un equipo completo para tratar a los pacientes antes y después de la cirugía. Este equipo debería incluir a profesionales como cirujanos bariátricos, nutricionistas y psicólogos.

Por los riesgos antes mencionados, es importante que antes de realizarse cualquiera de estos procedimientos quirúrgicos, el paciente sea evaluado, tanto en el ámbito médico como en el ámbito psicológico. En lo que corresponde a la parte psicológica, el profesional en este campo debe realizar un seguimiento amplio antes de la operación e igualmente después de la misma.

Antes de realizarse una cirugía bariátrica es indispensable realizar una evaluación psicológica donde se valoren aspectos como las conductas alimentarias del paciente, el nivel de comprensión acerca de la cirugía y sus resultados, la existencia de trastornos mentales, el tipo de personalidad del sujeto, los objetivos que busca alcanzar después de la cirugía y qué significado tiene para esta persona tener sobrepeso u obesidad.

Martínez (2011) explica que en cuanto a las conductas alimentarias es importante realizar una entrevista con el paciente donde se evalúe la forma de alimentación que lleva, si hay períodos de alta ansiedad en los cuales come compulsivamente, o los horarios que maneja para alimentarse durante el día; pues esta información contribuirá a conocer si la cirugía resultará o no beneficiosa para el paciente. También resulta de suma importancia conocer las expectativas que el paciente tiene a futuro y las motivaciones para realizarse la cirugía.

Por otro lado, es común que las personas que se realizan cirugías bariátricas no comprendan adecuadamente de qué se trata el procedimiento, y peor aún, cuáles son las consecuencias. Por esta razón es importante que dentro de la intervención pre-operatoria se dé una explicación clara acerca de la cirugía y una proyección real de lo que se alcanzará con este procedimiento.

Para Martínez, con la entrevista psicológica se busca detectar también posibles patologías en el paciente. Por ejemplo personas con trastornos como la esquizofrenia, bipolaridad o trastornos de personalidad, no podrán asimilar un cambio drástico en su esquema corporal, lo que podría ocasionar un desequilibrio mayor en su comportamiento. Personas cuyo Coeficiente Intelectual se encuentre ubicado por debajo de la norma, tampoco serán candidatos para realizarse la cirugía, pues la asimilación de los cambios físicos no será la óptima y podría desencadenar en un desajuste psíquico. Para medir el grado de Coeficiente Intelectual, Martínez (2011) señala que se puede utilizar la prueba de vocabulario del WAIS-IV pues es la que mejor correlaciona con la puntuación total del test.

Pérez (2005) indica que en la evaluación pre-operatoria es importante que se realice una prueba de personalidad como pueden ser el Big Five o el test de la Figura Humana para hacer una valoración de cómo se encuentra el o la paciente. Para evaluar el tipo de hábitos alimenticios se pueden utilizar pruebas como el *BITE (Bulimic Investigatory Test, Edinburgh)* o el *Cuestionario de Trastornos Alimenticios (EDI)*.

Pérez (2005) considera que es importante que durante las entrevistas psicológicas pre-operatorias se encuentre un familiar del posible candidato para la cirugía bariátrica, para corroborar la información que está otorgando la persona. Generalmente los candidatos suelen omitir ciertos detalles sobre sus hábitos alimenticios, estados de ánimo, por esto la presencia de un familiar ayudará a que la información recabada sea más completa y veraz.

Si bien es cierto que los médicos realizan una evaluación física del paciente, es importante que dentro de la entrevista psicológica se le explique al paciente todos los cambios que vendrán después de la intervención quirúrgica, ya que no solo es el cuerpo el que cambiará sino también los hábitos alimenticios, la actividad física, entre otros.

La evaluación psicológica lo que busca es saber si el paciente cuenta con los recursos psíquicos que le permitan una correcta adaptación a la nueva condición física que tendrá después de la cirugía. Después de realizada la cirugía, es importante hacer un seguimiento psicológico, en el cual se vaya evaluando paulatinamente el nivel de adaptación a los cambios físicos que va experimentando el sujeto; cuales son las dudas que han surgido, si existe algún temor; como la familia aporta para una asimilación positiva sobre la cirugía. Con el

acompañamiento psicológico post-operatorio, lo que se busca es mantener la estabilidad psíquica del paciente, para que no vayan a existir resquebrajamientos ni desordenes en el sujeto.

Pérez (2005) menciona que para la evaluación post-operatoria es importante aplicar los mismos test que en el proceso pre-operatorio, en especial los de personalidad para evaluar comparativamente con la situación previa a la cirugía.

2.4.1 Manga Gástrica: Procedimiento, funciones y resultados

Torres (2010) explica que la Manga Gástrica es un procedimiento quirúrgico que tiene sus inicios en el año 1988 pero no como una cirugía independiente sino como parte de otro procedimiento quirúrgico llamado switch duodenal. En el año 1995 se realizó una especie de manga gástrica mucho más grande que la que se realiza en la actualidad y a través de un proceso mucho más invasivo pues la incisión era en todo el abdomen. No fue sino hasta el año de 1999 cuando Michel Gagner, realizó la primera cirugía de manga gástrica con todo el procedimiento como se la realiza hoy en día. No obstante seguía siendo una cirugía complementaria.

En el año 2000, Gagner la propuso como el primer paso para pacientes con sobrepeso u obesidad, para que después pudieran realizarse un bypass gástrico. Sin embargo los profesionales que realizaban la cirugía notaron que no se necesitaba realizar otro procedimiento después de la manga gástrica, pues esta daba resultados muy favorables para los pacientes que se la realizaban. Es así que a partir de este año se la reconoce como un método único e inicial.

La manga gástrica es un procedimiento quirúrgico bariátrico realizado mediante una técnica restrictiva, que consiste en darle al estómago una forma de tubo o manga como su nombre lo indica, de tal forma que se reduce el tamaño entre un 70% a 85% o un poco menos de dos tercios del tamaño, todo depende del grado de sobrepeso u obesidad que tenga la persona.

Esta cirugía se realiza por vía laparoscópica, la misma que consiste en 5 pequeñas incisiones alrededor del abdomen del paciente, estas incisiones tienen menos de 1cm de diámetro y es a través de las mismas que se introduce un equipo quirúrgico especial que incluye una cámara de fibra óptica para poder observar el procedimiento en una cámara, se utiliza anestesia general, pues se considera que ofrece mayor seguridad al paciente.

Una vez que el equipo ha sido introducido dentro de la cavidad abdominal del paciente empieza la cirugía. Al estómago se le da la forma y el tamaño de la manga dependiendo del caso de la persona. Una vez que se ha dado la forma y el tamaño deseados por medio de un equipo especial llamado Bisturí Harmónico, que evita el sangrado excesivo, se empieza a recortar los dos tercios de estómago. Este equipo quirúrgico al mismo tiempo que va cortando, sutura la herida con grapas de titanio, que no representan ningún riesgo para el paciente, pues no son rechazadas por el cuerpo.

El tiempo estimado que dura la cirugía es de una hora y media, con una recuperación post-operatoria de un día de estancia intrahospitalaria, y aproximadamente 3 días en la casa para reincorporarse a las actividades diarias; es una cirugía de rápida recuperación, después de 2 horas y media la persona ya puede empezar a caminar.

Después de realizado el procedimiento quirúrgico, el proceso de adaptación a la nueva forma de alimentación puede tomar varios meses, pues la persona está habituada a comer grandes cantidades. Después de la cirugía debe empezar a educar su cuerpo para alimentarse en menor cantidad y de manera saludable, para que el organismo no se desestabilice.

El Diccionario de la Universidad de Navarra (2001) indica que para comprender la función de la Manga Gástrica;

Es necesario conocer que en el estómago se produce una importante hormona llamada ghrelina. La función de esta hormona es darle avisos al cerebro de que “se tiene hambre” o se “está vacío”. Una vez que esta información llega al cerebro el sujeto tiene necesidad o ansiedad por comer. Esta hormona se produce en un lugar específico del estómago llamado fondo gástrico. Durante la cirugía se extrae este fondo gástrico y con esto se disminuye inmediatamente el apetito y la ansiedad por comer. (p. 69).

Entonces la función de la manga gástrica es por un lado la reducción del tamaño del estómago, razón por la cual la sensación de llenura se da con menos ingesta de alimentos. Y en segundo lugar es justamente la disminución de producción de la hormona ghrelina, lo que le ayuda al paciente a sentirse bien con lo poco que come, pues hay una pérdida de apetito y de ansiedad por comer.

Martínez (2001) señala que los resultados de la manga gástrica derivan en una disminución del peso y del índice de masa corporal hasta en un 80% en la mayoría de los pacientes. Sin embargo en personas que padecen obesidad mórbida, este estimado de pérdida de peso no se da en esta medida, la disminución

se da no para llegar al peso ideal, sino para alcanzar un peso más razonable y así disminuir complicaciones en la salud de la persona.

Los pacientes sometidos a esta cirugía pueden disminuir su peso en un 50% a 60% durante los primeros seis meses y alcanzar estabilidad en el peso entre los 12 y 18 meses posteriores a la cirugía. Después de este período, si la persona no sigue un plan nutricional puede recobrar peso. Por esto es fundamental el seguimiento médico y nutricional después de la cirugía.

Dentro de las operaciones bariátricas se considera que la Manga Gástrica, tiene menos riesgos para la salud del paciente debido al tipo de procedimiento quirúrgico que se realiza. Además según estudios realizados en países como Estados Unidos y México, pacientes que padecen Diabetes Mellitus tipo 2, pueden curarse después de la cirugía hasta en un 75% de su enfermedad y de esta forma mejorar el estado de su salud.

Los resultados de la manga gástrica tienen una duración a largo plazo, incluso hay especialistas que señalan que pueden durar toda la vida, ya que el estómago no vuelve a recobrar el tamaño que tenía antes de la cirugía. Estos resultados se logran siempre y cuando la persona siga una dieta balanceada y saludable, esto quiere decir que el nivel de alimentos grasos o altos en azúcares sean de poco consumo y que se prime la alimentación con verduras, vegetales, proteínas. Un requerimiento muy importante después de la cirugía es la práctica diaria de deporte, para que los músculos se tonifiquen y que de esta forma no se dé lugar a la flacidez.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE CASO

3.1 Hipótesis:

Las transformaciones del esquema corporal no influyen en la imagen inconsciente del cuerpo.

3.2 Variables:

Variable Independiente: Esquema Corporal

Variable Dependiente: Imagen Inconsciente del cuerpo

3.3 Indicadores:

Imagen Inconsciente del Cuerpo:

Resultados de la aplicación del Test de la Figura Humana

Entrevista Preliminar vs Entrevista Profunda Posterior

Percepción del sujeto sobre las transformaciones corporales realizadas

Percepción de la relación con sus padres.

Esquema Corporal:

Pérdida de masa corporal

Percepción del sujeto de su talla y tamaño corporal.

3.4 Metodología

Para esta investigación se realizará un análisis de Caso. Para este análisis se ha escogido a una paciente mujer de 33 años quien se realizó una cirugía de Manga Gástrica a la edad de 28 años y participa voluntariamente en este estudio. El caso fue escogido de las bases de datos de la Clínica Gastromed. Las razones por las que se lo eligió fueron: en primer lugar, el grado de obesidad de la paciente, el tiempo que ha padecido la enfermedad, el tiempo transcurrido después de la cirugía y la apertura de la persona para colaborar con el estudio. La información de la paciente antes de la cirugía fue brindada por la psicóloga de la Clínica Gastromed.

La metodología para analizar si ha existido una variación, tanto en el esquema corporal como en la imagen inconsciente del cuerpo, es un contraste entre los resultados de ambas variables antes y después de la operación. Se asume que los cambios registrados se derivan exclusivamente de la operación y que el resto de factores tienen un efecto mínimo o nulo.

Los factores que pueden influir en las variaciones del esquema corporal además de la operación pueden ser la dieta que sigue el paciente posterior a la operación, pero se considera que la misma es parte del procedimiento quirúrgico y por lo tanto parte del tratamiento que se analiza. Adicionalmente, el cambio de edad también puede derivar en un inherente cambio fisionómico que se asume hubiese sido mínimo en la ausencia de la intervención bariátrica. Más allá, el tiempo entre ambos levantamientos de información, 5 años, se estima que ayuda a que se puedan evidenciar cambios reales, si es que existieran, en la dimensión psicológica.

La validez interna del estudio se basa en el supuesto de que los cambios evidenciados, tanto fisionómicos como psicológicos, se derivan únicamente de la operación bariátrica. Mientras tanto, no se puede garantizar la validez externa dado que es un análisis de un único caso y por lo tanto las conclusiones son relevantes para éste caso particular, pero pueden contribuir como evidencia empírica al marco teórico que sustenta esta investigación.

Para el análisis de este caso se realizaron entrevistas en profundidad y la aplicación del Test de la Persona, mismos que se contrastaron con la entrevista previa a la cirugía y el Test de la Persona realizado antes de la cirugía también.

Para la aplicación del test de la persona elaborado para esta disertación se utilizarán los mismos parámetros que se manejaron en la aplicación previa a la cirugía de manga gástrica; la primera aplicación fue hecha por la psicóloga de la Clínica Gastromed y la segunda por la autora de la presente disertación; por lo cual se puede suponer existen un grado de sesgo para el análisis de la información.

El test de la figura humana es utilizado como herramienta para la proyección de la personalidad del sujeto a través del dibujo, las dimensiones que se evaluarán del dibujo serán: la cabeza, detalles de la cara, los brazos, manos y detalles de las manos, el tronco, las piernas, los pies, las dimensiones del dibujo, la perspectiva y la información recaudada después de la aplicación del test.

La relación de parentesco entre la autora de la presente disertación y el caso trabajo, puede ocasionar cierto grado de sesgo en el análisis de los resultados, ya que podría suceder se los analice subjetivamente.

3.5 Descripción del Caso:

Datos Personales

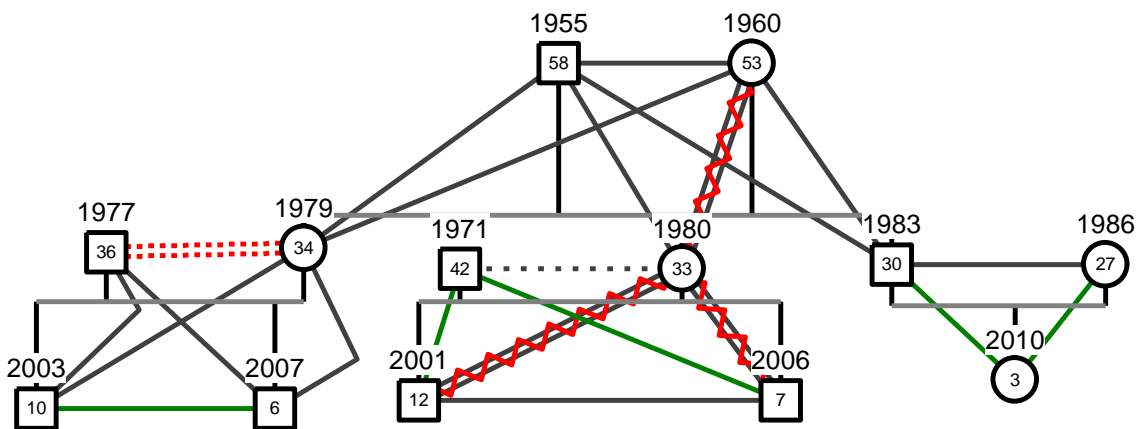
Nombre: NN

Edad: 33 años

Sexo: femenino

Estado Civil: Casada

Ocupación: Negocio Propio



Antecedentes:

La persona escogida para esta investigación, es una mujer de 33 años quien se realizó una cirugía de Manga Gástrica a la edad de 28 años, su peso al momento de realizarse la cirugía era de 230 libras, en la actualidad oscila entre 155 y 160 libras.

Niñez:

Durante la niñez tuvo problemas de sobrepeso pues estaba por encima de lo que se esperaba a su edad. A los 11 años su peso se encontraba entre 113 y 115 libras, por lo que el sobrepeso ya era evidente. Sus padres siempre ejercieron presión sobre ella, sin embargo no había resultados ante tal presión.

Constantemente se veía sometida a comparaciones con su hermana, sus primas e incluso sus amigas.

Con estas comparaciones empezaron a surgir en ella sentimientos de desajuste con relación a su entorno, ella comenta “No me afectaba ver que las demás estaban delgadas, eso decía yo a todo el mundo, pero cuando salíamos juntas me avergonzaba de mi cuerpo y de no poder usar la misma ropa que ellas”.

Adolescencia:

Al entrar a la adolescencia su peso fue aumentando con rapidez, “Yo comía por ansiedad” manifiesta. A la edad de 18 años su peso ya se encontraba alrededor de las 160 libras, a pesar de los continuos esfuerzos por controlar sus hábitos alimenticios y someterse a una infinidad de dietas y programas de ejercicio.

En cuanto a las relaciones amorosas durante la adolescencia, comenta que nunca se sintió cohibida por su peso o su apariencia corporal, que tenía muchos amigos, aunque nunca tuvo un “enamorado oficial” como ella lo llama. A pesar de no sentirse incómoda ni pensar que el peso era un impedimento para tener una pareja, señala que los chicos se fijaban con más frecuencia en sus amigas que eran más delgadas y en su hermana, “mi hermana siempre fue la más bonita, la reina del barrio”.

Adultez:

A la edad de 19 años formaliza una relación, su pareja es mayor a ella por 9 años. Tienen 2 hijos, el mayor de 12 años y el menor de 6 años. Señala que su pareja nunca emitió ningún comentario con respecto a su peso ni a su apariencia, “creo que no le importa si estoy gorda o flaca, le da lo mismo” dice.

Después de tener a su primer hijo a los 20 años, los doctores le indican que tiene un tumor en el ovario izquierdo, por lo que es sometida a una cirugía para extirparle todo el ovario. Después de esta intervención quirúrgica le realizan exámenes, los mismos que revelan que tiene problemas de tiroides y de insulina.

Con estos múltiples problemas de salud tiene que lidiar por casi 7 años. Después de este período de tiempo los médicos le indican que tiene un nuevo tumor en el ovario derecho y que deben operarla. Sin embargo, antes de realizarse la cirugía, queda embarazada de su segundo hijo. Los médicos piensan que este segundo embarazo puede ser una opción para no extirparle el ovario derecho. Sin embargo una vez culminado su embarazo, los médicos deciden que la mejor opción es retirar el ovario.

En sus dos embarazos no presentó problemas, sin embargo su peso si aumentó significativamente hasta llegar a 200 libras, y sus problemas de salud se iban acrecentando.

Se sometió a múltiples tratamientos médicos para mejorar sus problemas de insulina y de tiroides, pero ninguno dio resultados positivos, y su peso seguía aumentando, alcanzando las 220 libras.

Es en este momento cuando personas de su familia le sugieren que consulte a un médico para que le realicen una cirugía bariátrica, pues 6 meses antes un familiar cercano se había sometido a dicha cirugía y los resultados habían sido bastante notorios.

Sus padres la alientan a que se realice la cirugía “para que baje de peso y se vea más bonita”, su pareja la apoya esperando que esta cirugía la ayude con sus problemas de salud y se sienta mejor.

Consulta con un médico quién le garantiza que bajará de peso con esta cirugía y que además sus problemas de salud mejorarán. Sin embargo ella dice que lo que más le llamó la atención de la cirugía era que disminuiría de peso porque no encontró ninguna relación posible entre la cirugía y mejorar su salud.

Intervención Quirúrgica

A la edad de 28 años decide realizarse la cirugía de Manga Gástrica. Comenta que antes de la misma los médicos le supieron explicar de qué se trataba y cuáles eran los resultados que se alcanzarían. Tuvo una sola entrevista psicológica, donde se abordaron ligeramente temas como ¿qué esperaba de la cirugía?, ¿qué meta le gustaría alcanzar?, y la psicóloga le dio una breve explicación sobre cómo sería el proceso después de la cirugía.

Una vez realizada la intervención quirúrgica, el post-operatorio es de un día, al siguiente día pudo dirigirse a su casa sin ninguna complicación aparente. No es sino después de 10 días de efectuada la cirugía que presenta una molestia. Se dirige al médico quién le supo indicar que tenía un coágulo de sangre en el estómago y que era necesario hacerle una nueva cirugía para extirparlo, pues existía el riesgo de que tapone alguna arteria o vena.

Después de que fuera superada esta complicación, empieza su nuevo régimen de alimentación, con el que al cabo de un mes logro bajar un total de 10 libras. Sin embargo esta disminución en su peso no la complació, pues su pariente quien se había operado meses antes, había logrado bajar más de peso.

La nutricionista le supo explicar que no todos los organismos son iguales y que por lo tanto no debía comparar su caso con el de otras personas. Sus citas con la psicóloga era dos veces por mes, pero ella manifiesta que solo acudió a dos sesiones más y después abandonó el proceso terapéutico pues no sintió que la ayudará en nada y que al contrario, sus reuniones con la psicóloga la deprimían.

Después de 8 meses de realizada la cirugía logro bajar 50 libras, al cabo de un año y medio su peso se encontraba en 160 libras, desde ese momento hasta la actualidad su peso se ha mantenido oscilando entre 155 y 160 libras. Sus problemas de salud no tuvieron mayor mejoría y es por esta razón que no pudo bajar más de peso, pues el peso ideal según su edad y su estatura es de 140 libras.

A pesar de que no ha llegado al peso esperado, manifiesta que se siente muy contenta con los resultados que ha obtenido y que intenta mantener un régimen de alimentación saludable. En cuanto a la meta que se había planteado con la cirugía, comenta que no la ha alcanzado, pues era poder usar camisetas sin manga y el exceso de piel que tiene después de la disminución de peso no se lo permite.

Siente que su autoestima ha mejorado notablemente, aunque su propósito es bajar por lo menos 10 libras, para luego someterse a una cirugía estética que retire el exceso de piel.

Relaciones Sociales

En cuanto a su familia dice que la presión aún continúa, que constantemente hacen comentarios sobre su forma de comer, en ocasiones que come muy poco y en otras que está comiendo de más. Manifiesta que esta situación la incómoda pero que trata de sobrellevarla.

Su pareja no ha hecho ningún comentario acerca de la disminución de su peso y del cambio en su apariencia física, pero sí sus hijos, quienes le manifiestan agrado por los cambios en su cuerpo, “siento más confianza, ahora mis hijos ya no se avergüenzan de que su madre vaya a la escuela” comenta.

Señala que desde que bajó de peso su vida ha cambiado en varios aspectos, sus relaciones personales han mejorado, es más extrovertida, siente que puede relacionarse mejor con su entorno, su vestimenta le ayuda a mejorar su autoestima todos los días y a sentirse bien.

A pesar de todos los aspectos positivos que manifiesta después de la cirugía, comenta que con frecuencia cuando se ve en el espejo siente que conserva el exceso de peso, que su cara es bastante redonda “como cuando era gorda” explica, además tiene un temor constante con que puede volver a engordar. No se siente completamente cómoda con su apariencia.

3.5.1 Análisis Test de la Persona

3.5.1.1 Test antes de la Cirugía:

Rasgos Faciales

Ojos: ojos evasivos, casi cerrados como si se cerrará al mundo, muestra de dependencia.

Boca: hay señales de dependencia y necesidad de aprobación del prójimo, también infantilismo.

Orejas: el tamaño y forma de las orejas deja ver la sensibilidad ante la opinión ajena, fuerte crítica y dependencia.

Nariz: con forma puntiaguda de la nariz lo que se relaciona con un conflicto sexual.

Cuello: el dibujo de un cuello largo y delgado denota rigidez, conflictos relacionados con el Súper-Yo.

Tronco

Presencia de una figura especialmente delgada es indicativa de descontento con el aspecto físico y preocupación por el peso.

Extremidades

Brazos: brazos abiertos demuestran agresividad, inseguridad y falta de cariño.

Manos: existen contornos imprecisos, representa inseguridad y falta de confianza en los contactos sociales y en la propia productividad.

Piernas: demasiado delgadas, casi sin forma, índice de debilidad, poco control, no tiene un suelo firme donde pisar.

Dedos de los Pies: están encerrados con una sola línea lo que muestra represión de la agresividad.

Ropa

Botones: la aparición de botones deja ver dependencia materna e infantilismo.

Cinturón: indicativo de preocupación o conflicto sexual.

Colocación y Tamaño

Ubicado en la parte izquierda: el sujeto es orientado por sí mismo, sentimientos de aislamiento y regresión, rumiación acerca del pasado.

Tamaño: dibujo pequeño, inseguridad y aislamiento, regresión.

Análisis del Test: la paciente manifiesta que en el dibujo realizado es ella quien se ha representado, la imagen no corresponde al esquema corporal de la paciente, es más bien la manifestación de un ideal; por otro lado se evidencia la sensibilidad ante la opinión de su familia y el profundo descontento con su cuerpo, se revela también la presencia de un conflicto sexual por la acentuación del dibujo en el área genital.

3.5.1.2 Test después de la Cirugía:

Rasgos Faciales

Ojos: ojos evasivos, furtivos.

Boca: la presencia de dientes denota signos de agresividad, por otro lado la forma cóncava del dibujo de la boca muestra señales de dependencia y necesidad de aprobación del prójimo.

Orejas: el tamaño y forma de las orejas deja ver la sensibilidad ante la opinión ajena.

Nariz: existe un pronunciamiento de la nariz lo que se relaciona con un conflicto sexual.

Cuello: el dibujo de un cuello largo y delgado denota rigidez.

Tronco

Presencia de una figura especialmente delgada es indicativa de descontento con el físico y preocupación por el peso.

Sombreamiento: del contorno del cuerpo, señala temor o timidez a exponer el propio cuerpo a la vista de los demás.

Extremidades

Brazos: brazos abiertos demuestran agresividad, inseguridad y falta de cariño.

Manos: existen contornos imprecisos, representa inseguridad y falta de cariño.

Pies: mal parados señal de inseguridad.

Dedos de los Pies: están encerrados con una sola línea lo que muestra represión de la agresividad.

Ropa

Falda: existe la presencia de una transparencia en el área genital, lo que indica la presencia de un conflicto o dificultad sexual.

Botones: la aparición de botones deja ver dependencia materna e infantilismo.

Colocación y Tamaño

Ubicación en la parte alta: presencia de sentimientos optimistas.

Ubicado en la parte izquierda: el sujeto es orientado por sí mismo.

Análisis del Test:

La paciente manifiesta que quien ha representado en el dibujo es su sobrina de tres años de edad, lo que se puede interpretar con el deseo de regresar a una etapa anterior en su vida, por otra parte existen sentimientos de agresividad y dependencia por parte de la persona. Existe la presencia de una transparencia en la zona genital lo que da muestras de un conflicto a nivel sexual.

3.5.1.3 Comparación de ambos Test:

En lo que respecta al análisis del Test de la Persona, hay que resaltar que el tiempo entre la aplicación del primer test y del segundo es de alrededor de 5 años. El primer test fue aplicado antes de que la paciente se realizara la cirugía. La primera aplicación no fue hecha por la misma persona que la segunda.

En el test encontramos varias semejanzas entre el primero y segundo, por un lado la forma del dibujo y los colores elegidos son bastante similares, lo que da cuenta de que no hay mayores variaciones entre lo que manifestaba

inconscientemente la paciente hace 5 años y en la actualidad. Sin embargo vale la pena mencionar que el dibujo realizado hace cinco años está mejor estructurado que el actual, la calidad del dibujo es mucho mas unificada y compacta, en la segunda aplicación el dibujo está menos integrado.

En el dibujo aplicado antes de la cirugía la paciente señala que es ella quien se ha representado. En la segunda aplicación la paciente expresa que es su sobrina a quien ha dibujado, sin embargo el dibujo mantiene la misma forma que el de la primera aplicación. El hecho de que en el segundo dibujo señale que es una niña, indica que hay un proceso de regresión en la paciente.

La representación en ambos dibujos no corresponde al esquema corporal que tiene la paciente, es la representación de una figura muy delgada y pequeña. Lo cual indica en primer lugar que a nivel inconsciente no hay una adecuación con su cuerpo, existen fantasías por alcanzar la delgadez. Además existen también sentimientos de timidez y retraimiento por parte de la paciente, hay preocupación por las relaciones con el ambiente exterior. Es necesario señalar que en el test antes de la cirugía se manifiestan mucho más sentimientos de timidez y retraimiento en relación al test post-operatorio.

Manifiesta preocupación en el ámbito sexual, representada en el dibujo anterior por un realce en el área de los genitales y la cintura y en el dibujo actual hay presencia de transparencias. La transparencia se halla ubicada igualmente en la parte de los genitales, lo que daría cuenta de que la preocupación en el ámbito sexual se mantiene. El hecho de que la transparencia aparezca en el dibujo actual, lleva a pensar que la operación produjo en la paciente un desajuste a nivel inconsciente. Se podría pensar que existe el inicio de alguna patología o una

desintegración a nivel psíquico, es decir la persona puede estar desestructurada psíquicamente; probablemente los cambios en su físico no han sido asimilados de manera correcta.

Es interesante señalar que en ambos dibujos la representación del brazo derecho es la más incompleta y mal formada, da la impresión de que no pudiese acabar el dibujo la paciente, lo que indica la presencia de una madre castrante y persecutoria.

Dentro del dibujo actual aparece la presencia de dientes dibujados en el rostro, lo que da cuenta de un grado de agresividad por parte de la paciente, este rasgo no se hallaba presente en el test aplicado antes de la cirugía. Esto puede deberse a que la paciente manifiesta sentimientos de irritabilidad y frustración, en primer lugar porque no ha alcanzado el peso que deseaba, segundo la opinión de su familia con relación a su cuerpo sigue siendo desalentadora y persecutoria.

La representación de sol da cuenta de un grado de regresión en la paciente, pues, en la primera aplicación se encuentra en el lado derecho y en la segunda se encuentra en el lado izquierdo, de alguna forma indica que la persona no ha madurado al contrario ha tenido un regresión.

En ambas representaciones de la figura humana se puede observar que la paciente sigue dependiendo fuertemente de la opinión ajena, en especial de la opinión de su familia y esposo.

En cuanto a la entrevista realizada a la paciente después de los test, manifiesta sentimientos de frustración con relación a su esquema corporal, el deseo de ser "libre" de los prejuicios de su familia. Señala en ambos dibujos que la

persona está feliz pero que se siente preocupada, lo que demuestra que la paciente antes y después de la cirugía sigue presentando sentimientos de angustia y preocupación. Ambos dibujos expresan la necesidad de la paciente por recibir atención y cariño, pues durante la entrevista en ambos test, verbaliza que lo que más necesita la persona representada en el dibujo es amor y cariño.

3.5.2 Cambios del Esquema Corporal

MEDIDA	ANTES	DESPUES	CAMBIO
PESO	230	160	X
IMC	33,29	23,15	X
CINTURA	125 cm	105	X
CADERA	135	115	X
BRAZOS	30	26,5	No
PIERNAS	55	43	X
SOBREPESO	SI	NO	X
OBESIDAD	SI	NO	X

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones Generales:

En términos generales, no se observan cambios significativos en la representación de la imagen inconsciente del cuerpo de la paciente antes y después de la cirugía. Sin embargo, se puede observar que la representación de la imagen inconsciente del cuerpo proyectada en el dibujo después de la cirugía, muestra signos de desintegración e incluso indicadores de patología, lo que nos llevaría a pensar que el cambio drástico sufrido por el esquema corporal ha tenido un impacto significativo en el psiquismo de la persona.

La insatisfacción respecto al esquema corporal permanece a pesar de los cambios evidentes que se han dado en el mismo después de la cirugía. La paciente no percibe a su cuerpo como un lugar seguro y satisfactorio, sino como un cuerpo persecutorio, lo que nos lleva a pensar que la estructuración de la imagen de base no se dio en condiciones adecuadas.

La narración realizada por la paciente, acerca de la relación con su madre y su padre permite dar cuenta de la existencia de un entorno poco contenedor, incluso persecutorio durante la vida infantil que ha influido en la estructuración de una imagen inconsciente del cuerpo lastimada. Por otra parte, la creación del esquema corporal de la paciente ha estado constantemente referida a los intercambios desvalorizadores de los padres que persisten aún después del cambio actual del esquema corporal.

Para la paciente la madre se convierte en una figura completamente persecutoria, que no logró ni logra contenerla, y que vuelca sobre ella las propias frustraciones con relación a su cuerpo y su peso, esta conclusión se deriva de la entrevista realizada a la paciente.

La paciente continúa estructurando sus relaciones personales utilizando como mediador a su cuerpo. Esto se ve reflejado en la necesidad por complacer a sus padres y a su pareja. Esta situación llevaría a pensar que la imagen funcional no se estructuró de manera adecuada, pues la paciente aún no reconoce la independencia de su cuerpo con el de sus seres más cercanos, lo que a su vez le provoca desconcierto y desolación. En cuanto a las relaciones sociales, la paciente manifiesta que se ha dado un cambio, pues siente que el ambiente es menos hostil con ella y puede relacionarse mucho mejor.

Los hábitos alimenticios se han mantenido, aunque en menor cantidad, por lo que se puede concluir que la zona oral se mantiene erogenizada, lo que llevaría a pensar que persiste una fijación en esta zona, la misma que está en el origen de su desorden alimenticio y problemas de peso.

A pesar de las transformaciones del esquema corporal, la imagen inconsciente del cuerpo no ha variado, lo que da cuenta de que hay rasgos propios del sujeto, estructurados desde la niñez y que se evidencian principalmente en la inconformidad e inseguridad con relación a su cuerpo que se mantiene y que está referida a la insatisfacción y rechazo contenidos en la relación con los padres.

Las intervenciones tanto del médico que realizó la cirugía como de la psicóloga, dejan entrever que no fueron las adecuadas, pues la paciente tenía y tiene muchos vacíos en cuanto a su situación de salud física como en su salud

mental. A pesar de que ya han transcurrido 5 años de la cirugía la paciente sigue señalando que no encuentra una relación entre la operación y su salud. Además verbaliza que la intervención psicológica no fue bien dirigida, de tal modo que ella decidió abandonar el proceso terapéutico, a pesar de considerar que hubiese sido de ayuda para asimilar los cambios que ha atravesado su cuerpo.

Haciendo una comparación con el estudio realizado por Marisela Rodríguez en el año 2012, se puede concluir que en casos, como el trabajado en la presente disertación, la inconformidad en relación al esquema corporal se manifiesta tanto a nivel consciente como inconsciente. Al contrario de sus hallazgos, donde se halla que a nivel inconsciente los pacientes se encuentran “satisfechos” con sus cuerpos. En este caso específico se evidencia, a través del Test de la Figura Humana, la extrema ansiedad por alcanzar el ideal de la delgadez.

4.2 Recomendaciones:

En función de las conclusiones obtenidas de esta investigación, se puede evidenciar la necesidad de realizar una intervención psicológica más profunda a los pacientes que decidan realizarse una cirugía de manga gástrica; tanto antes de la misma como después. En el análisis de este caso, se evidenció el surgimiento de rasgos psicopatológicos después de una transformación profunda del cuerpo; por lo que la presencia de un psicólogo es fundamental para evitar consecuencias de este tipo, además de la evaluación preliminar para detectar algún trastorno ya existente.

Si bien es cierto que con el análisis de un solo caso no se puede afirmar que la generalidad de los pacientes derivarán en el surgimiento de rasgos psicopatológicos, este caso puede ser una guía para futuros pacientes que se

sometan a este tipo de cirugías y como puede resultar afectada la salud mental de los mismos.

Un proceso psicoterapéutico continuo contribuiría a que los pacientes puedan adaptarse de mejor manera a los cambios drásticos que tendrá su cuerpo. Hacer un seguimiento acerca de los sentimientos, dudas, que van surgiendo después de la cirugía le permitirá al paciente desarrollar nuevos mecanismos para afrontar la nueva condición en relación a su cuerpo.

La intervención psicológica post-operatoria debe estar dirigida a la contención del paciente, pues aunque según la teoría de Doltó la imagen de base es inamovible, si es posible hacer un proceso psicoterapéutico donde el paciente pueda reforzar los sentimientos de independencia y confianza. Un proceso psicoterapéutico puede contribuir a que la persona introyecte de mejor manera los cambios del esquema corporal en la imagen inconsciente del cuerpo; se pueden trabajar los conflictos existentes en la familia o con algún miembro de la misma, de tal modo que el paciente puede ir receptando los cambios de manera positiva y solucionando aquellas situaciones que le crean conflicto y que son transmitidas a través del cuerpo.

El uso de herramientas como son los test de personalidad o test proyectivos, permiten indagar un poco más profundamente como se encuentra el sujeto y cuáles han sido los cambios que han surgido después de una cirugía de este tipo a nivel inconsciente.

Bibliografía:

Textos:

- Aguirre Baztan, Angel (1997). “*Psicología de la Adolescencia.*”
- Arbinanga Ibarzabal, Felix - Caracuel, Tubio – José Carlos (2001). “*Imagen Corporal en Varones*”.
- Barrionuevo, José, (2002). “*Adolescencia y Juventud: consideraciones desde el psicoanálisis*”.
- Bowlby, John. (2006). “*Vínculos Afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*”. Madrid: Ed. Morata.
- Doltó, Françoise. (1984). “*La imagen Inconsciente del Cuerpo*”. (3a ed). España: Ed. Paidos.
- Doltó, Françoise. (1986). “*Seminario de Psicoanálisis de Niños*”. (2da ed). México: Ed. Siglo Veintiuno Editores.
- Fast, Julius. (1988). “*El lenguaje del cuerpo*”. México: Ed. Kairós.
- Guirad, Pierre, Padilla Salas, Beatriz (traductora), (1994). “*El lenguaje del Cuerpo*”. México: Fondo de Cultura Económica.
- Matoso, Elina. (1996). “*El cuerpo: territorio escénico*”. Buenos Aires: Paidos
- Moreno Esteban, Zugasti Murillo, (2008). “*Cirugía bariátrica: situación actual*”. Madrid: Unidad de Obesidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Nasio, Juan David. (2008). “*Mi Cuerpo y sus Imágenes*”. Buenos Aires: Paidos
- Pines, Dinora. (1991). “*Uso inconsciente del cuerpo en la mujer*”. Asociación Psicoanalítica Mexicana. Vol. XXIV: 3 y 4, julio-diciembre, 1991.
- Portuono, Juan. (1983). “*Test Proyectivo de Karen Machover (La figura Humana)*”. (4ta ed). Madrid. Biblioteca Nueva

- Raich, Rosa María, (2010) *“Imagen Corporal: conocer y valorar el propio cuerpo”*. Madrid: Pirámide.
- Rivarola, María Fernanda. (1999). *“La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios”*.
- Roig, Alicia. (1979). *“La femineidad como Máscara”*. (1ra ed). Barcelona: Tusquets Editores.
- Schilder, Paul. (1989). *“Imagen y apariencia del cuerpo humano”*. México: Ed.Paidos
- Tubert, Silvia. (1988). *“Identidad y Adolescencia: Reflexiones sobre un Mito. Clínica y Salud”*.
- Vayer, Pierre. (2006). *“El Diálogo Corporal”*. (2da Edición). Barcelona: Ed. Científico-Médica.
- Winnicott, Donald (1998). *“Acerca de los niños”*. Barcelona. Paidos
- Winnicott, Donald (199). *“Los bebés y sus madres”*. Barcelona. Paidos
- Yuni, José Antonio. (1998). *“Discursos Sociales sobre el cuerpo, la estética y el envejecimiento”*.

Páginas Web:

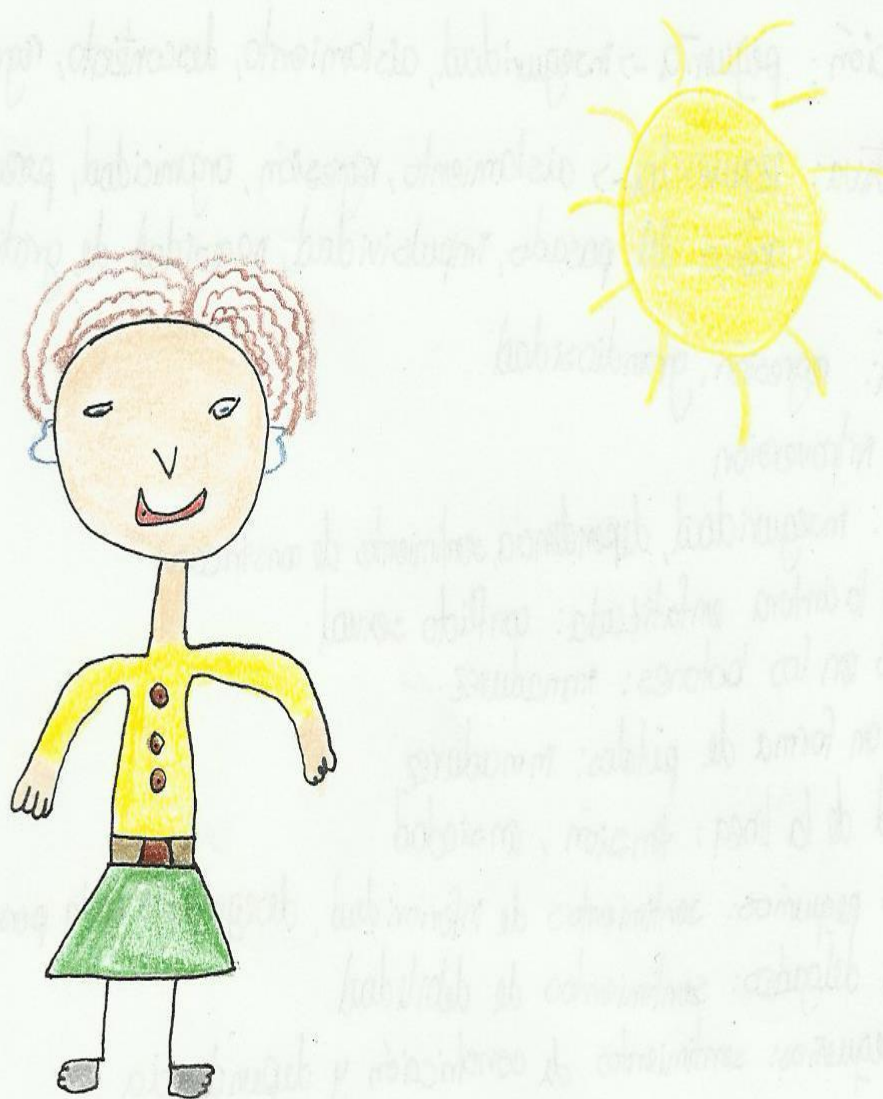
- Faour, Nazarena (Agosto 2010). *“Universidad Abierta Interamericana”*. Miércoles 19 de Junio de 2013, de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC104445.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (Junio 2013). *World Health Organization*. Recuperado el Martes 25 de Junio de 2013, de <http://www.who.int/en/>
- Martínez, Antonio (2011). *Médicos Ecuador*. Recuperado el Miércoles 19 de Julio de 2013, de http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos_medicos/cirugia-bariatrica-metabolica.htm

- Pérez, Jesús, Gastañaduy, María José (2005). *Papeles del Psicólogo*. Recuperado el Lunes 15 de Julio, <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1187>
- Rodríguez, Marisela (2012). *Psicología Online*. Recuperado el Viernes 14 de Junio de 2013, de <http://www.psicologia-online.com/articulos/2012/autoimagen-y-obesidad.html>
- Spector, Ricardo (2010). *El Psicoanalítico*. Recuperado el Miércoles 17 de Julio de 2013, de <http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num6/autores-spector-bion-desarrollo-temprano-psicosis.php>

ANEXOS

ANEXO 1

TEST DE LA FIGURA HUMANA ANTES DE LA CIRUGÍA



ANEXO 2

TEST DE LA FIGURA HUMANA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA



ANEXO 3

CARTA DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

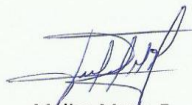
CARTA DE PARTICIPACION VOLUNTARIA

Sra. Jennifer Melisa Mora Factos, mayor de edad con Cédula de Ciudadanía No. 0702514696

MANIFIESTO:

Que he sido informada por la Señorita Carla Alejandra Mora Arévalo, sobre los detalles del estudio que está realizando la persona antes mencionada, comprendo y estoy satisfecha con la información recibida contestándome a todas las preguntas que he considerado me fueran aclaradas.

En consecuencia doy mi consentimiento para utilizar la información correspondiente a mi cirugía en la realización de la disertación "*La permanencia de la Imagen Inconsciente del Cuerpo. Análisis de Caso de una persona con operación de Manga Gástrica realizada en Quito entre Junio-Julio de 2008*". Aclarando que mi participación en dicho estudio es total y completamente voluntaria.



Mélisa Mora. F

0702514696

Quito, 8 de Marzo de 2013