

Cirugía bariátrica e identificación: una comprensión desde lo psíquico.

Diana Patricia Taborda Mazo

Universidad de Antioquia

Nota del Autor

Esta investigación se realizó como requisito para optar el título de psicóloga y fue asesorado por el profesor Julio E. Hoyos

La correspondencia referida a este artículo debe dirigirse a Diana Patricia Taborda Mazo.

Dirección electrónica:

dianataborda@hotmail.com

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO
PSÍQUICO



1 8 0 3

Diana Patricia Taborda Mazo

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Departamento de Psicología

Medellín

2015

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO
CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO
PSÍQUICO

DIANA PATRICIA TABORDA MAZO

Trabajo de grado para obtener el título de Psicóloga

Asesor: JULIO E. HOYOS

Magíster en Ciencias Sociales

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Departamento de Psicología

Medellín

2015

Para aquellos soñadores, que como yo, no se han detenido por los obstáculos del camino y continúan con osadía el trayecto que los conduce hacia sus sueños, a mi hijo, mi madre y Dios, fuente de toda inspiración.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, el doctor Julio E. Hoyos, quien al aceptar acompañarme en esta investigación, me dio su voto de confianza para poder sacar adelante esta idea, gracias infinitas por su paciencia, por su exigencia y por lo pertinente de sus observaciones y sugerencias; de igual forma, por iluminarme con su amplio conocimiento acerca de la comprensión de las ideas que resultaron claves en el avance del presente estudio.

A las participantes del estudio de caso, por su gran disposición al permitirme ahondar en sus historias y conocer aspectos tan entrañables y de tanta relevancia para el desarrollo de esta investigación.

A los docentes del Departamento de Psicología de la Universidad de Antioquia con quienes tuve el privilegio de tomar clase, personas maravillosas, poseedoras de un gran saber y siempre dispuestas a impartirlo.

TABLA DE CONTENIDO

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO.	I
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTOS	5
TABLA DE CONTENIDO	6
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCIÓN	10
CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO.....	13
1. IMPLICACIONES DE LA CIRUGIA CONTRA LA OBESIDAD.....	13
2. AISLANDO UN HECHO PSÍQUICO.....	23
3. CONSTITUCIÓN DEL YO: ¿IDENTIDAD O IDENTIFICACIÓN?.....	28
3.1. TIPOS DE IDENTIFICACIÓN.....	30
3.2 IDENTIFICACIÓN Y SENTIMIENTO DE SÍ.....	33
3.3 ALIENACIÓN Y SUBJETIVACIÓN	37
3.4 IDENTIDAD E IDENTIFICACIÓN	39
3.5 IDENTIFICACIÓN TOTAL O PARCIAL	45
4. MATERIAL CLÍNICO.....	49
4.1 CASO 1: “poner de mi parte”.....	51

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

4.2 CASO 2: “soy la misma por dentro aunque el estuche haya cambiado”. 56

4.3 CASO 3: “está claro que nunca podré verme como quisiera” 61

4.4 CASO 4: “hacer algo por usted”..... 66

CONCLUSIONES..... 72

BIBLIOGRAFIA..... 76

ANEXOS 80

RESUMEN

La cirugía bariátrica es la intervención contra la obesidad que mayores y mejores resultados ha mostrado para la pérdida de peso en pacientes que han sido diagnosticados con obesidad tipo III (mórbida), aunque también se apruebe por debajo de este IMC siempre y cuando existan comorbilidades que impliquen riesgos mayores a los que la cirugía *per se* puede ocasionar. Sin embargo, aunque la cirugía bariátrica puede modificar algunos factores fisiológicos que intervienen en el control de la saciedad o el apetito, existen factores psíquicos que varían en el caso por caso, a los que algunos sujetos obesos responden: una demanda de amor, un goce, una fijación a la pulsión oral, entre otros; para objeto de esta investigación se indaga específicamente por la identificación, concepto que difiere al de la identidad con el que usualmente se ha equiparado, y que da cuenta de aspectos del orden de lo inconsciente y de la primera ligazón afectiva del sujeto, de la cual devendrá la elección del ser o no ser como el otro tomado como modelo; así mismo, las exigencias del ideal del yo y los diversos ideales con los que el sujeto tendrá que vérselas (un ideal higiénico-estar saludable, un ideal estético-verse bien). Este estudio de caso múltiple, realizado con la participación de cuatro mujeres, permite evidenciar la implicancia de estos conceptos en el proceso de pérdida o ganancia de peso posterior a la intervención.

Palabras claves: obesidad, IMC, cirugía bariátrica, identificación, imagen corporal, identidad, sentimiento de sí, ideal del yo, yo ideal, fijación a la oralidad, cuerpo.

ABSTRACT

Bariatric Surgery is the intervention against obesity let older and has shown for best weight lost in patients who have been diagnosed with type III (morbid) obesity, although it is also approved under this BMI provided there comorbidities involving major risks to which the *perse* surgery may cause. However, while bariatric surgery can change some physiological factors involved in the control of satiety or appetite, there are psychological factors that vary in each case , to which some obese subjects respond : an action of love, a joy, a fixation to the oral drive , among others; the object of this research specifically examines the identification , this concept differs from the identity with which usually equated , and that accounts for aspects of the order of the unconscious and the first affective bond of the subject, which will become the choice of being or not being like the other taken as a model; likewise , the demands of the ego ideal and the various ideals that the subject will have to deal (one toilet - room ideal healthy , an ideal aesthetic look good). This multiple case study conducted with the participation of four women, makes evident the implication of these concepts in the process of losing or gaining weight after the intervention.

Keywords: obesity, BMI, bariatric surgery, identification, body image, identity, sense of self, ideal self, ideal self, attachment to orality, body.

INTRODUCCIÓN

El interés al que se responde mediante la realización del presente estudio “cirugía bariátrica e identificación”, es hallar algunos posibles nexos existentes entre el concepto de la identificación desde un marco conceptual psicoanalítico, y el método de intervención contra la obesidad, conocido como la cirugía bariátrica, contando para ello con el reporte verbal de algunos sujetos que se sometieron a este procedimiento quirúrgico y quienes nos narran su vivencia en el proceso del pre y post operatorio.

Inmersos en un contexto social en el que la obesidad es considerada como “el principal problema de salud pública” (Cortés, 2015) en Colombia, como enfermedad crónica (tratable) debida a la acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, fue imposible ser indiferente a un fenómeno que va en aumento de forma exponencial. La obesidad se ha convertido en un asunto que limita con nuestra propia piel y por qué no reconocer un asunto que nos afecta directamente, ya que, uno de cada cien colombianos es obeso en la más grave categoría: obeso mórbido y casi la mitad posee sobrepeso u obesidad.

La creciente tasa de obesidad, convertido en un asunto de salud pública mundial alarmante, ha generado que los gobiernos hayan implementado cada vez más medidas para intentar regular e incluso contrarrestar sus fatales consecuencias, que afectan a toda la población sin diferencia de edad, actualmente con mayor prevalencia en la población infantil, lo que ha activado aún más alarmas.

A medida que las estadísticas reportan el aumento de población enmarcada en la categoría de obeso, inscritos en cualquiera de sus índices, sin número de alternativas

han surgido para contrarrestar la problemática, unas más ortodoxas que otras y se han implementado diversos mecanismos para la prevención e intervención de la obesidad; de allí que, a principios de los años noventa, incursionó en Colombia un nuevo método de intervención por laparoscopia, denominado cirugía bariátrica, cuyos resultados para la pérdida de peso fueron comprobados y perfeccionados con el paso de los años, aunque su nacimiento como técnica haya sido accidental. La cirugía bariátrica se ha desarrollado hasta el momento bajo dos modalidades: técnicas restrictivas y técnicas malabsorsiva, ambas responden a la intención de impedir la sobre ingesta de nutrientes que ingresan al organismo para que éstos no se acumulen.

En estos antecedentes se encontró la motivación, para comenzar a tuestas la búsqueda de respuestas con respecto a la cirugía bariátrica y su relación con ese aspecto del orden psíquico que hasta ese entonces no respondía a un nombre propio, y que torpemente se reconocía inicialmente como identidad, para darle solo más tarde, la forma y comprensión del concepto de identificación, concepto que será uno de los pilares fundamentales en el desarrollo de este estudio.

En el análisis de los antecedentes, se hallaron valiosos aportes de la comprensión de la cirugía bariátrica y sus nexos con el psiquismo, cuyo énfasis recaía en la pulsión oral. De otro lado, la identificación había sido abordada con antelación por algunos autores, dentro de contextos sociológicos, psicológicos y psicoanalíticos pero no referida a la obesidad y en algunos casos, los conceptos de identidad e identificación eran igualados o confundidos.

En este punto se enfoca el presente trabajo, no se observa la obesidad como un fenómeno aislado, que puede ser explicado de múltiples formas. El énfasis recae en la cirugía bariátrica como fenómeno que implica no sólo la obesidad sino también sus nexos con el psiquismo, específicamente en cuanto a lo que a la identificación se refiere.

Para lograr el avance de las indagaciones propuestas, se recurre al estudio de caso múltiple, llevado a cabo con la participación de cuatro mujeres quienes facilitaron, en una serie de entrevistas, su relato en relación con su historia personal y cómo esta se articula a la decisión de someterse a una cirugía bariátrica, ellas autorizaron la exposición de las conclusiones, por supuesto, conservando la confidencialidad de los nombres propios, mediante el protocolo de consentimiento informado (anexos 1 y 2).

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

Para esclarecer la relación entre cirugía bariátrica e identificación, es preciso retomar conceptos como: yo, imagen corporal, identificación, sentimiento de sí, ideal del yo y yo ideal desde el psicoanálisis freudiano, el cual será el marco conceptual en el que se inscribe el desarrollo de este planteamiento; no obstante, se hará necesario recurrir a teorías tanto de la medicina como de la psicología general, quienes aportarán una referencia conceptual, debido a que los fenómenos de los que se ocupará el presente trabajo: la cirugía bariátrica y la obesidad, no forman parte de la batería conceptual del psicoanálisis. A partir de allí, se aislará un aspecto particular de estos hechos psíquicos para dar lugar a la investigación psicoanalítica, cuya función principal es: “*indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías*” (Freud, 1922\1976). En el presente capítulo se pretende dejar sentadas las bases para la comprensión de la obesidad y de la cirugía bariátrica desde el marco referencial de la medicina, reservando lo que atañe a los demás conceptos, incluyendo el de la identificación para otro apartado.

1. IMPLICACIONES DE LA CIRUGIA CONTRA LA OBESIDAD

Para una mejor comprensión de los fenómenos antes mencionados: cirugía bariátrica y obesidad, diremos que la cirugía bariátrica incursionó como tratamiento contra la obesidad mórbida en Colombia a principios de los años noventa; aunque su nacimiento como método de intervención se venía desarrollando en Estados Unidos

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

desde los años sesenta, producto de observaciones hechas accidentalmente. En la década anterior era apenas mencionada y se reducía al léxico médico, y se consideraba simplemente una derivación de la cirugía laparoscópica; hoy día, se ha difundido la información al respecto y se ha convertido en un tema de dominio público; por ende, son más y más los pacientes que se han adherido a esta forma de intervención y también los centros médicos que la ofertan.

A medida que se expande el conocimiento con respecto a los resultados en cuanto a la pérdida de peso, son más los que han hecho su apuesta por esta novedosa intervención, que promete acabar de forma definitiva con el exceso de grasa corporal y sin mayor esfuerzo, o al menos esa pareciera ser la promesa inherente. Promesa que también se halla implícita en el listado interminable de dietas, métodos de hipnosis, masajes, gimnasia pasiva, fajas adelgazantes, batidos, fármacos, acupuntura; entre otras, que el mercado alrededor de la obesidad ofrece y que la mayoría de pacientes obesos ya ha agotado sin obtener el resultado esperado: cuerpo perfecto, peso ideal, mejoría en la salud. “la moda de ser delgado, esbelto, curado y cuidadoso del cuerpo ha llegado para quedarse” (Vilhena, J., Rocha, L., & Novaes, J. V . 2008), la delgadez se ha convertido en el ideal de belleza y el cuerpo en un objeto de consumo, un objeto de placer, ser bello, sinónimo de estar delgado, gradualmente se ha convertido en un reflejo del éxito o fracaso personal (Vilhena, J., Rocha, L., & Novaes, J. V . 2008). Bajo esta premisa, el obeso está encarcelado en su adiposidad y siempre al servicio de su propio cuerpo, para mejorarlo, superarlo, modificarlo y, a menudo mutilarlo porque no importa el precio a pagar.

La implicación de la cirugía con lo psíquico y su articulación al concepto de obesidad, ha sido ampliamente estudiado desde diferentes posturas, podemos considerar que el interés ha sido directamente proporcional a la creciente popularidad de la cirugía bariátrica cuyos resultados han sido comprobados para la pérdida de peso; pero también, a que la obesidad sea considerada actualmente como una pandemia no infecciosa que afecta a casi todos los países occidentales, con mayor prevalencia en aquellos industrializados, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Algunos indicadores de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) afirman que más del 50% de la población de sus 34 países miembro padece sobrepeso, y uno de cada seis es obeso, tomando en cuenta que cada 15 kilos por encima del peso normal de acuerdo a la tabla de pesos y medidas, aumenta el riesgo de muerte temprana un 30%, se considera la obesidad como el “enemigo público número uno”. (Sahuquillo, 2010)

La preocupación de los gobiernos por esta problemática ha ido tomando notoriedad, para el caso de la legislación colombiana, leyes como la 1355 de 2009, en donde la obesidad se considera una prioridad de salud pública y consecuentemente a ello se dictamina que el Estado intervendrá de forma directa a los ambientes obesogénicos, por medio de estrategias de comunicación, educación e información que promuevan las políticas de seguridad alimentaria y nutricional que favorezcan los ambientes saludables y seguros, así como la actividad física. (Congreso de Colombia, 2009) Y Sentencias como la T-414 de 2008, T-264 de 2003, T-828 de 2005, T-1229 de 2005, T-1272 de 2005, T-027 de 2006, entre otras muchas, de la Corte constitucional, en donde se dictamina que este tipo de cirugía esté incluida en el Plan Obligatorio de Salud

(POS), y que negarla es vulnerar los derechos fundamentales: “a la salud y a la seguridad social en conexidad con el derecho a la vida y a la integridad personal, a la igualdad, a la dignidad humana y a la vida en condiciones dignas”. (Vargas Hernández, 2008), hacen evidente, de un lado, la intención por implementar una regulación al goce implicado en el acto de comer, pero así mismo, una permisiva a la desresponsabilización del sujeto a esta manifestación de la pulsión oral (reservaremos este aspecto para plantearlo más adelante), con base en su derecho a la salud. Esta evidencia, pone en manifiesto lo inoperante de la legislación ante el goce, se intenta regular la pulsión a través de sancionar el incumplimiento de la ley, pero bajo la forma del derecho a la salud, el Estado toma a su cargo las consecuencias de esa no contención y de esta manera, con cierta complicidad ante la infracción se opera bajo la forma de tutela a la que cualquier ciudadano puede acceder. “¿Dónde está el límite en que el médico debe actuar y en que debe responder a algo que se llama la demanda?” (Lacan, 1966). Aunque la obesidad actualmente sea vista como uno de los desafíos más difíciles que enfrenta la medicina, medido por cifras de incremento anual desbordadas, es válido considerar que: “El poder de la ciencia brinda a todos la posibilidad de ir a pedirle al médico su cuota de beneficios con un objetivo preciso inmediato, vemos dibujarse la originalidad de una dimensión que yo llamo la *demanda*”. (Lacan, 1966). Demanda que implica un deseo que no podrá regularse, una dimensión de goce. “El derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud se convierte en objeto de la propia acción del Estado”, “Ya no se habla de la obligación de la limpieza y la higiene para gozar de buena salud sino del derecho a estar enfermo cuando se desee y necesite”. (Foucault, 1978). Derecho que implica, no sólo el derecho a estar enfermo, sino también el derecho

a enfermarse, y más allá de la voluntad del paciente, el goce por ratificarse como enfermo, en el caso de este estudio en particular, el goce por ratificarse como obeso. Es precisamente en este punto, donde se puede vislumbrar una brecha, que no se sutura mediante la intervención médica en la cirugía bariátrica, que puede nombrarse como la respuesta a la demanda, que no es simplemente la curación, “a saber, la estructura de la falla que existe entre la demanda y el deseo” (Lacan, 1966)

Como se mencionó anteriormente, la relación entre cirugía bariátrica y lo psíquico se ha considerado desde diferentes posturas desde su nacimiento como técnica hasta hoy, perspectivas médicas, psicológicas, psicoanalíticas y psiquiátricas, han realizado diversos aportes para su comprensión. De allí que en la actualidad está implícito, cuando el tratamiento médico previo ha fracasado, y existen indicaciones para realizar cirugía bariátrica, una adecuada valoración psicológica del paciente en el pre y postoperatorio, para aumentar las posibilidades de éxito a largo plazo. Este enfoque multidisciplinario en la cirugía bariátrica se considera la clave para el éxito, y de acuerdo a los datos conocidos, un psiquiatra y un psicólogo deberían estar incorporados al equipo terapéutico.

Si bien es cierto que no todas las obesidades finalizan en intervención por medio de la cirugía bariátrica, este procedimiento si es consecuencia de que haya obesidades, éstas se clasifican de acuerdo a los índices de masa corporal (IMC) kg / m^2 , según la OMS (Organización Mundial de la Salud), adicionalmente, la cirugía no está ni aprobada ni recomendada para todos los obesos, solo para quienes cumplan al menos uno de los siguientes requisitos, según la International Federation for Surgery of Obesity (Bustamante, Williams D, Vega P, & Prieto D, 2006).

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

1- Tener o haber tenido un IMC (Índice de Masa Corporal) de 40 kg/m^2 o superior, o tener 45 kg o más por sobre el peso ideal acordado por la tabla regional de peso y talla o su equivalente en los diferentes países.

2-Si tiene un IMC entre 35 y 40, deberá presentar enfermedades médicas, psicológicas o de otro tipo que sean asociadas a la obesidad. Los beneficios esperados de la cirugía, deben ser mayores a los riesgos que ésta conlleva.

3-Tener un IMC mayor a 32 sin enfermedades asociadas, pero con consecuencias psicológicas, sociales o económicas que afecten su calidad de vida, actividades diarias o trabajo.

Adjunto a ello, no todos los que se consideren perfectos candidatos para este procedimiento, pudiéndose postularse a él, por cumplir los múltiples requisitos médicos-legales, lo hacen. Aunque la cirugía bariátrica, con sus diversos métodos de intervención (técnicas restrictivas y malabsorptiva y combinación de ambas), fue creada para contrarrestar la obesidad mórbida, no todos los obesos mórbidos acceden a ella.

También podemos considerar que aunque la cirugía bariátrica sea de eficacia comprobada en el tratamiento de la obesidad mórbida, se considera como última opción debido a los riesgos que implica por ser una cirugía mayor y a que se pueden presentar graves efectos secundarios, en algunos casos iatrogénicos, que obligan a reintervenciones bajo procedimientos más complejos que pueden significar mayores riesgos para la vida y para la salud, y por ende, la implicación de que no se logre el resultado deseado (Chaux Mosquera, Franco Infante, & Bolaños Quintero, 2011). Entre

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

los efectos secundarios más comunes se hallan: mayor riesgo de cálculos en la vesícula, diarrea, osteoporosis, anemia, infecciones, hernias, hemorragias, deficiencias nutricionales de vitaminas A, B y D, alteraciones interoceptivas, ansiedad desbordada, atracones y una tasa de suicidio tres veces más alta, entre otros, en el abanico de complicaciones que aparecen o actúan con otras enfermedades. De esta manera, “se estima que el 50% de los pacientes tienen complicaciones postoperatorias, ya sean menores o mayores (hombres se complican 65%)” (López Mendoza, Gutiérrez Gómez, Cárdenas Mejía, Suárez Roa, & Rosales Galindo, 2009)

Consecuente con esto, el paciente sometido a cirugía bariátrica debe ser intervenido nuevamente, a medida que avanza el proceso de pérdida significativa de peso, subordinado a una serie de cirugías cosméticas realizadas bajo anestesia general; de la cual, es sabida todas las ansiedades que desborda debido a los mitos que surgen alrededor de la inducción del sueño profundo; entre los procedimientos complementarios se encuentra la abdominoplastía, resecciones de piel y liposucciones, mastopexias, lipectomía o lipectomía circunferencial y lipoescultura con todos los riesgos que estas implican. Cabe señalar que, estas intervenciones adicionales a la cirugía bariátrica, que aluden al aspecto estético, varían en el caso por caso, no todos los pacientes las requieren y no todos los pacientes las aceptan. Sin embargo, de manera paradójica, esta serie de intervenciones a largo plazo no garantizan que el paciente se sostenga en el peso ideal.

Al considerar la cirugía bariátrica como la última opción en el tratamiento de la obesidad mórbida, se estaría dando por sentado el fracaso de otros métodos utilizados con anterioridad en la búsqueda del objetivo de pérdida de peso significativo y

permanente: cambios en la alimentación, implementación de diversos tipos de actividad física, intervención farmacológica, terapias de medicina alternativa; entre otras. Con este antecedente, ¿qué garantiza que el paciente no recaiga?, ¿de qué supuesto se parte para dar por hecho el éxito absoluto de la cirugía bariátrica?

Ahora bien, algunos autores, citados a continuación, se han arriesgado a definir la calidad o éxito de la cirugía bariátrica tomando en consideración algunos criterios, ellos proponen que:

“Cualquier técnica que realicemos será de calidad si consigue los objetivos que nos proponemos: reducir el peso patológico y mantenerlo en el tiempo, curar o mejorar las comorbilidades que reducen la vida del obeso mórbido para que las expectativas de vida sean las mismas que las de las personas de su misma edad, aportar una correcta calidad de vida (especialmente en lo que a prácticas nutricionales se refiere) e inducir un número mínimo de secuelas. Aunque estos objetivos no siempre son dependientes de la técnica seleccionada, pues en ello influyen ampliamente las propias características del obeso mórbido (de ahí la importancia de una correcta selección y un seguimiento adecuado), entre las que destacarían la capacidad del paciente para cambiar sus hábitos alimentarios y de vida”. (Larrad & Sanchez Cabezudo, 2013)

Desde este punto de vista, se considera exitosa la cirugía en tres casos:

- a) si el peso alcanzado es igual al IMC que se considere normal para su edad y estatura y si una vez se alcance este peso ideal es posible mantenerlo con el tiempo;

- b) si pese a no alcanzar este IMC normal se lograron reducir las comorbilidades (patologías enlazadas),
- c) si el número de secuelas es mínimo.

Tal parece que dentro de esta parametrización no se toma en consideración que también se aprueba la cirugía a quienes tienen un IMC mayor a 32 sin enfermedades asociadas, pero con consecuencias psicológicas, sociales o económicas que afecten su calidad de vida, actividades diarias o trabajo. ¿Cómo cuantificar el éxito de la cirugía bariátrica en relación con la población que se enmarca en este otro criterio? Algunos estudios han sugerido que: “no basta con que el individuo consiga pérdidas de peso sustanciales y clínicamente significativas desde un punto de vista médico para solucionar algunas de las “complicaciones” psicológicas ampliamente asociadas a la obesidad –la insatisfacción con la imagen y el malestar emocional que ésta conlleva” (Ruiz Moreno, Berrocal Montiel, & Valero Aguayo, 2002), estos mismos autores, han realizado estudios comparativos, sobre las pérdidas de peso y sobrepeso de aquellos sujetos que informan haber experimentado mejoras en su estado de ánimo, imagen corporal, relaciones sociales y de pareja, con las obtenidas por aquellos participantes que informan de no haber experimentado cambios o de haber empeorado en dichas variables, y no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los contrastes efectuados. “De hecho, cuanto más tiempo ha transcurrido desde la intervención y mayores son las pérdidas de peso que obtiene el individuo, más insatisfecho se muestra éste con los resultados del tratamiento” (Ruiz Moreno, Berrocal Montiel, & Valero Aguayo, 2002)

Los pilares fundamentales en el tratamiento de la obesidad han incluido desde antaño, la incorporación de la actividad física y los planes de alimentación hipocalórica; éstos modelos, atribuyen el desarrollo de la obesidad a la sobre ingesta de calorías y estilos de vida sedentarios, por tanto, se acredita la grasa acumulada al desbalance entre la energía que ingresa y la que el organismo sedentario consume. Posición reduccionista, ya que excluye la responsabilidad subjetiva en la obesidad. Hasta hoy, muchos profesionales de la salud sólo basan sus tratamientos bajo esta premisa, y aunque la modificación de hábitos alimentarios y patrones de actividad física son esenciales para bajar y mantener un peso saludable, para que pueda sostenerse en el tiempo, es necesario prestar atención a otras variables que generalmente se vinculan con la sobrealimentación. Estas variables pueden ser tan complejas y distintas como personas hay, y puede decirse que hay tantos casos de obesidad como obesos. Este conjunto de emociones y comportamientos que se vinculan con la sobre ingesta generalmente se presentan en combinaciones más o menos complejas y son diferentes para cada persona. De ello se desprende, la necesidad de un trabajo multidisciplinario que permita atender a cada uno de los detalles que inciden en esta problemática (Silvestri & Stavile, 2005), “la cirugía bariátrica que se viene desarrollando hasta el momento para tratar la obesidad no ataca, sin embargo, ni los mecanismo conductuales ni los mecanismos fisiológicos que podrían controlar el hambre y/o saciedad del individuo” (Ruiz Moreno, Berrocal Montiel, & Valero Aguayo, 2002)

2. AISLANDO UN HECHO PSÍQUICO

En el apartado anterior, se ha nombrado la pulsión oral y puesta de manifiesto la permisiva de los gobiernos a esta forma de goce aunado a la pulsión oral. Desde el psicoanálisis puede considerarse que existen fenómenos psíquicos relacionados con el control del hambre y la saciedad, afectos ligados a esta modalidad de la pulsión; cuando se postula que es necesario cambiar los hábitos alimentarios y de vida para poder garantizar el éxito de la cirugía, se podría proponer una intervención sobre la identificación y la pulsión oral, y aunque esta última no vaya a ser el eje del presente trabajo, vale la pena nombrarlo para comprender que hay algo que se escapa a esta intervención en el cuerpo.

En el estado del arte que se ha venido desarrollando, se encontraron antecedentes de la comprensión del fenómeno desde el psicoanálisis cuyo énfasis recayó en la oralidad.

En el texto: *Obesidad y cirugía Bariátrica. Una mirada desde el Psicoanálisis*. (Méndez Pino, 2011). Se plantea que en el obeso se realiza la hipótesis: Se vive para comer, para estar unido a la madre, y se come (símbolo de unión a la madre) para poder ser. La obesidad como inscrita en un discurso más allá del médico, como un *síntoma* de una demanda de amor, *un síntoma psicosomático*¹ de aquello que no ha sido tramitado y cómo un *gozo* por su compulsión de repetición, y concluye que: La obesidad habla de una falta en el ser. Una fijación oral que conlleva un ansia de comer más allá del hambre, apetito desbordado, que la cirugía bariátrica no alcanza a suturar.

Adicionalmente hay quienes postulan que ante la incapacidad de poner límite a la pulsión oral, se hace corte en lo real del cuerpo; es decir, como se han intentado

¹ Es un expresión de la autora

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

infinidad de métodos para adelgazar que no intervienen en el goce del sujeto fijado a la oralidad, y que por tanto, fracasan, se recurre a la cirugía bariátrica como salida mágica. La obesidad en estos textos, se explicó como una fijación a la fase oral; de donde, el alimento que inicialmente se apuntalaba en una función nutricia-necesidad, pulsión de autoconservación, deviene objeto de intercambio entre el niño y su Otro auxiliar, desnaturalizando el objeto y dando lugar a una pulsión sexual que toma como objeto el alimento. (Meza Peña & Moral de la Rubia, 2011) (Mercado Rosas, Pérez Cardenas, & Iglesias Hermenegildo, 2007)

Estas dos posiciones: obesidad como símbolo de una falta en ser y como un goce fijado a la oralidad, permiten vislumbrar que el proceso de la cirugía bariátrica implica abordar un asunto que va más allá del organismo y de la adiposidad. Puede considerarse así mismo, que la ortopedia de la imagen a la que accede el paciente obeso por medio de la cirugía bariátrica, puede dar respuesta a una exigencia del ideal del yo, ideal que es impuesto (por la cultura, por los padres, por los pares), y a diversas identificaciones: un ideal higiénico (estar saludable), un ideal estético (verse bien), una identificación (ser o no ser como) o efectivamente, una delimitación-corte de la fijación a la oralidad (colocar en el cuerpo lo que no se logra simbolizar).

Los procedimientos complementarios posquirúrgicos: abdominoplastía, resecciones de piel y liposucciones, mastopexias, lipectomía o lipectomía circunferencial, lipoescultura, entre otras; emergen en la búsqueda de una ortopedia de la imagen más acorde al ideal estético de la época, por tanto, no se agotan. Por el psicoanálisis es posible afirmar que, el yo siempre adeudará al ideal del yo, y por ende, entender que la lista de cirugías estéticas complementarias puede volverse inacabable.

El presente trabajo se justifica con los nexos que se postulan entre cuerpo e identificaciones en la obra de Freud *el yo y el ello* (1923/1973), en donde se esclarece que el yo es ante todo un ser corpóreo y su carácter se basa en identificaciones, la génesis de la identificación como directa e inmediata y anterior a toda carga de objeto, y estas como la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona.

Siguiendo las pistas dejadas por Freud (Freud, 1915/1978), se puede rastrear la organización libidinal como algo que parte de las pulsiones autoeróticas (autoerotismo) que son primordiales; devienen al yo que se forma, con eso que se agrega, que ha de suponerse es una identificación, propuesta por el Otro -quien nombra- y que permite la emergencia del narcisismo primario, en vía de lo que Lacan introduce en el estadio del espejo. Más tarde, esa libido narcisista puede investir los objetos externos o puede ser retirado de los objetos y dirigirse nuevamente al yo, lo que constituiría el narcisismo secundario. En palabras de Juan David Nasio: "el narcisismo secundario se define como el investimento libidinal (sexual) de la imagen del yo, estando esta imagen constituida por las identificaciones del yo a las imágenes de los objetos" (Nasio, 1994). Las expresiones libido del yo, libido de objeto, indica la relación de la libido con su punto de destino, no con su punto de partida.

Freud añade que, los efectos de las primeras identificaciones, las producidas a la edad más temprana, serán universales y duraderas y que esto reconduce a la génesis del ideal del yo, pues tras él se esconde la identificación primaria y de mayor valencia del individuo: la identificación con el padre de la prehistoria personal.

Freud acentúa la importancia de la identificación primaria como marca, recubierta por el ideal del yo. "el desarrollo del yo consiste en un distanciamiento del

narcisismo primario” Este distanciamiento acontece por medio del desplazamiento de la libido a un ideal del yo (impuesto desde afuera), de allí que la satisfacción se obtiene mediante el cumplimiento de ese ideal. De donde el Ideal del yo es un lugar simbólico y el Yo ideal es el ropaje narcisista, que el yo se coloca para ser amado. Entonces, el ideal del yo es la instancia emblemática desde donde se ordena, se pone en serie los objetos de la elección de objeto. Detrás del ideal del yo se “esconde” la identificación primaria como marca, que introduce una pérdida, y al sujeto en el orden simbólico. Desde el ideal del yo (que se asienta en la identificación primaria) se constituye el narcisismo secundario por replegamiento de investiduras de objeto.

Hasta el momento, se ha alcanzado a esbozar que hay algo de la demanda que no alcanza a satisfacerse con el procedimiento quirúrgico. La discrepancia que surge entre los posibles pacientes y la intervención médica propuesta, deja sentadas las bases que permitirán vislumbrar lo que emerge del fenómeno y que no es otra cosa que la posición subjetiva respecto a la obesidad. La fijación a la pulsión oral puede ser una de las razones a las que se le puede atribuir el fracaso de la cirugía bariátrica, pero no el único. Resta un largo camino por transitar en la comprensión de aquello que la cirugía bariátrica no sutura, en este caso y para objetos de éste estudio, la identificación. Pero este será objeto de análisis a continuación.

Se puede, sin embargo, sintetizar lo que se ha venido aprendiendo, rastreando en la obra de Freud: “en primer lugar, la identificación es la forma más originaria de ligazón afectiva con un objeto; en segundo lugar, pasa a sustituir a una ligazón libidinosa de objeto por la vía regresiva, mediante introyección del objeto en el yo, por así decir; y, en tercer lugar, puede nacer a raíz de cualquier comunidad que llegue a

percibirse en una persona que no es objeto de las pulsiones sexuales. Mientras más significativa sea esa comunidad, tanto más exitosa podrá ser la identificación parcial y, así, corresponder al comienzo de una nueva ligazón” (Freud, 1921/1978). Pero adicionalmente, puede aparecer bajo la forma de su opuesto, como una negación, dando una vuelta en su contrario, lo que yo no quiero ser (no ser como el otro), marcar una diferencia con respecto a ese otro. Su relación con el yo no se limita a la advertencia: "Así -como el padre- debes ser", sino que comprende también la prohibición: "Así -como el padre- no debes ser: no debes hacer todo lo que él hace, pues hay algo que le está exclusivamente reservado" (Freud, 1923/1973)

Se intentará rastrear estos postulados en algunos pacientes sometidos a cirugía bariátrica, específicamente aquellos cuya obesidad ha sido diagnosticada como exógena (descartadas las causas por alteraciones metabólicas), hipertrófica o mixta (en adultos o que se mantiene desde la niñez).

3. CONSTITUCIÓN DEL YO: ¿IDENTIDAD O IDENTIFICACIÓN?

Hablar de cirugía bariátrica e identificación, es aludir a dos ejes fundamentales, sobre los que recae el peso de esta investigación: la cirugía bariátrica desde la experiencia subjetiva de quienes se han sometido a este modo de intervención médica y la identificación, desde la perspectiva psicoanalítica; ambos en relación. Debido a la continuidad, cercanía o implicancia, se hará necesario tocar o profundizar en otros asuntos como lo son, la obesidad y la identidad.

En el presente capítulo, se pretende exponer el concepto de identificación desde su concepción psicoanalítica, para ello se recurre a los valiosos aportes brindados por Freud, a obras como Introducción al narcisismo, El yo y el ello y Psicología de las masas, en su apartado titulado: la identificación; a partir de esto, presentar los tipos de identificación que logran discernirse en sus exposiciones, como apertura a lo que más adelante, Lacan considerará sobre las identificaciones simbólicas e imaginarias, no sin antes haber formulado algunas precisiones que permitan diferenciar la identificación de la identidad, concepto con el que usualmente se ha equiparado e incluso igualado. De esta manera, se busca configurar una noción sólida que facilite rastrear su implicación en el estudio de caso múltiple que se llevará a cabo.

Para comprender el concepto de identificación, es preciso advertir que el ser humano es por naturaleza indefenso, nace orgánicamente inmaduro, en un mundo que bajo esas condiciones le es hostil y para sobrevivir y adaptarse requiere de forma imperativa, un otro que le auxilie. Es a partir de ese encuentro o desencuentro con el Otro que el yo se estructura, allí en esas primeras interacciones se encuentra la génesis

del yo, su carácter. Ese “«carácter»: es el sedimento de todas sus identificaciones con los objetos, y sobre todo de la primera identificación, la que recayó sobre el padre primordial” (Etcheverry, 1976), sedimento como rastro o huella. Bien decía Freud que la identificación “participa considerablemente en la estructuración del yo y contribuye, sobre todo, a la formación de aquello que denominamos su carácter” (Freud, 1923/1973), También, “el carácter del yo es un residuo de las cargas de objeto abandonadas y contiene la historia de tales elecciones de objeto” (Freud, 1923/1973). El carácter del yo es por tanto, un cúmulo de experiencias que se inscriben como fuente de sus propios deseos inconscientes, nunca satisfechos plenamente. “En esta medida se puede considerar que el yo resulta de una serie de “rasgos” del objeto que se inscriben inconscientemente: el yo toma los rasgos del objeto. Podemos así, representarnos con el yo como una cebolla formada por distintas capas de identificación al otro” (Nasio, 1994). La historia del yo, es por ende, la historia de los vínculos que ha establecido toda su vida y la historia de los conflictos que conllevan los mismos; es decir, la historia del yo es la historia de las identificaciones.

Ahora bien, la identificación aparece y se exterioriza bajo la forma de enlace afectivo, pero no es un enlace afectivo cualquiera, es la “manifestación más temprana de un enlace afectivo a otra persona” (Freud, 1921/1978) (la identificación), enlace afectivo que da cuenta de los avatares pulsionales, de una originaria investidura libidinal. Enlace afectivo primordial (trabajo psíquico para ligar representaciones y afectos), identificación, sobre el cual se añadirán más tarde diversas identificaciones, que en conjunto constituyen el yo. “por lo visto, Freud no considera a la identificación sólo como un mecanismo que prepara el camino para un vínculo emocional, sino que

constituye el vínculo mismo” (Grinberg, 1978). De allí que, “el yo es el envoltorio de todas las identificaciones” (Freud, 1921/1978); identificaciones que se ponen en juego a diario, ya que, “todo cambio psíquico implica una identificación” (Robles, 1994) citando a R. Diatkine. Y aun así el ser humano se estructura mediante una imagen² más o menos consistente, imagen que finalmente dará cuenta de un Yo dividido: Yo, ideal del yo. (Freud, 1921/1978). Lo cual puede traducirse en las dos referencias que desarrollará Freud en torno al yo ideal y el ideal del yo, ellas se articulan, a lo imaginario y a lo simbólico respectivamente. Esto que se pone en juego cada vez que la imagen es confrontada al otro que ha sido tomado como modelo categórico y desiderativo: una escisión del yo en cuanto a lo que quiere ser y su modelo. “La identificación es el principio fundamental que hace posible dos hechos fundamentales de la cultura humana: la vida psíquica y el lazo social. No es un principio evolutivo, orgánico, genético, ni de una especie como el mimetismo, tampoco del orden de una maduración del sistema nervioso, sino un principio de carácter psíquico, que opera de manera individual pero siempre a partir de otro humano” (Correa, 2010)

3.1. TIPOS DE IDENTIFICACIÓN

La identificación primordial, aspira a conformar el propio yo análogamente al otro que fue tomado como modelo. Ahora bien, la aspiración de la identificación es conformar al yo siguiendo su ideal, no sólo imitarlo, sino ser como él y finalmente reemplazarlo en todo, es por esto que Freud dice que esta ligazón afectiva es de carácter

²Evidencia que dicha consistencia es imaginaria, corresponde al narcisismo y no a la estructura del yo, la cual es esencialmente dividida.

ambivalente y que puede concretar tanto en la exteriorización cariñosa como en el deseo de supresión. Debido a este principio de ambivalencia (amar o aniquilar) damos por sentado la existencia de dos órdenes de enlaces: una que aspira al objeto (lo que se quiere tener) y otra que aspira al sujeto (lo que se quiere ser). Esta diferencia entre sujeto u objeto del yo, radica en el proceso que se lleva a cabo: la inversión³ o la introyección⁴ de la identificación, que es paterna por excelencia. Aludimos aquí al mito del padre de la horda primitiva, carácter ontogénico de la identificación, concepto que abordaremos más adelante con mayor precisión.

Esta identificación, la más importante identificación del individuo, que es posible antes de toda elección de objeto, que es directa e inmediata y anterior a la carga de objeto y que por tanto parece no constituir el resultado o desenlace de esa carga de libido a un objeto, es la identificación con el padre, identificación que nos conduce a la génesis del ideal del yo cuyos efectos serán siempre generales y duraderos por ser del orden primitivo, es decir, aquella que se realiza en la más temprana edad.

En un segundo momento, a través del *mutatis mutandis* de las tendencias integrantes del complejo de Edipo: ser o poseer (aspiración a lo que se quiere ser, aspiración a lo que se quiere tener), se desenlaza en el nacimiento a una identificación con el padre y a una identificación con la madre. La intensidad de esas tendencias reflejará la desigualdad de las dos disposiciones sexuales: masculinidad o feminidad en el carácter del niño o la niña. La identificación con uno de los progenitores conservará como

³ Adoptando el sujeto una actitud femenina, se convierte al padre en el objeto. (Freud, *Psicología de las masas y análisis del yo*, 1921/1978)

⁴ Deseo de supresión, ramificación de la fase oral, el sujeto se incorporaba al objeto ansiado y estimado, comiéndoselo. (Freud, *Psicología de las masas y análisis del yo*, 1921/1978)

objeto el otro progenitor en el complejo positivo, y sustituirá simultáneamente al primero como objeto en el complejo invertido. Como resultado del complejo de Edipo, se admite la presencia en el «yo» de un residuo, que consiste en el establecimiento de estas dos identificaciones enlazadas entre sí, lo que da origen al ideal del yo o súper yo (Lo que se debe ser o no ser con respecto al progenitor ideal), que es esa huella apenas visible del complejo de Edipo completo que ha naufragado. (Freud, 1923/1973).

El niño ha abandonado su narcisismo primario, “sale de ese estadio cuando su yo se encuentra confrontado a un ideal con el cual debe medirse, ideal que se formó en su interior y que desde allí le es impuesto” (Nasio, 1994). La distancia entre este ideal del yo y el yo ideal es muy variable y puede dar lugar a diversos tipos de identificación. Siguiendo la ruta trazada por los síntomas neuróticos podemos esclarecer que el yo “copia” sólo un rasgo, en algunos casos de la persona amada, pero en otros en cambio, de la no amada. Esta discrepancia en la elección, logra esclarecerse cuando comprendemos la formación de síntoma por conciencia de culpa y por regresión. Para el primer caso, ante el deseo hostil de sustituir, se “copian” los sufrimientos del sujeto de la identificación. En el segundo, el síntoma es el mismo de la persona amada, la identificación pasa a ocupar el lugar de la elección de objeto y retorna en identificación.

Esta transformación de la libido es un medio a través del cual el Yo logra dominar al Ello haciendo sus relaciones más profundas, al Yo tomar los rasgos del objeto se ofrece como objeto de amor y se establece como sustituto del objeto perdido, intentando compensarle al Ello por la pérdida experimentada; de esta manera, se abandonan los fines sexuales, se lleva a cabo una desexualización, una especie de

sublimación. Por esta vía intentará Freud explicar la sublimación siempre que este proceso sea mediado por el Yo, que transforma la libido objetiva sexual en narcisista para luego darle un nuevo fin, aunque esto implique una mayor docilidad de su parte (Yo). (Freud, 1923/1973).

Existe un tercer caso de identificación, aquel que se da por formación de síntoma, que alude a la “infección psíquica” y que Freud bellamente atribuye a un punto de contacto entre los dos yo, que se mantiene por supuesto reprimido, “analogía en un punto determinado”, “actitud o voluntad de colocarse en la misma situación” (Freud, 1921/1978), lo que nos lleva a considerar la identificación más allá de la cuna parental, nos trasciende a la consideración de las identificaciones sociales, culturales y las respuestas que estas pueden dar a las altas exigencias del ideal del yo. “Los sentimientos sociales reposan en identificaciones con otros individuos basados en el mismo ideal del Yo” (Freud, 1923/1973)

3.2 IDENTIFICACIÓN Y SENTIMIENTO DE SÍ

El Yo siempre estará midiéndose con su ideal y siempre estará adeudado, nunca satisfecerá las exigencias del ideal del yo, aunque su destino esté marcado por querer alcanzarlo⁵. Esa idealización⁶ de la identificación primordial, lo hace inalcanzable.

Entendiéndose ésta idealización en un estado consiguiente al proceso de la identificación primordial cuyo rastro ha dejado marcado al sujeto para siempre en

⁵ Este aspecto será de vital importancia en lo referente al tema de la obesidad y cirugía bariátrica.

⁶ La idealización es un proceso que envuelve al objeto; sin variar de naturaleza, este es engrandecido y realizado psíquicamente. (Freud, Introducción al Narcisismo, 1914/1978)

calidad de imposible. “La autocrítica y la conciencia moral -o sea funciones anímicas-, a las que se concede un elevado valor, son inconscientes y producen, como tales, importantísimos efectos” (Freud, 1923/1973), la conciencia moral aparece, como esa” instancia psíquica particular cuyo cometido fuese velar por el aseguramiento de la satisfacción narcisista proveniente del ideal del yo, y con ese propósito observase de manera continua al Yo actual midiéndolo con el ideal” (Freud, 1914/1978). “El Súperyo conservará el carácter del padre, y cuantos mayores fueron la intensidad del complejo de Edipo y la rapidez de su represión (bajo las influencias de la autoridad, la religión, la enseñanza y las lecturas), más severamente reinará después sobre el Yo” (Freud, 1923/1973). En concordancia con Correa-2010, en su comentario de Lacan: “El ‘rasgo unario’ es el Ideal del yo, es una marca elemental y personal que es incomparable a alguna otra, es la pequeña diferencia, y por eso el ‘rasgo unario’ es la marca que hace al sujeto único y singular, tal rasgo –más que y además de agrupar o congregarse- otorga una particularidad irrepetible”

En esta suma de identificaciones aparece el sentimiento de sí, “expresión del grandor del yo” (Freud, 1914/1978), Sentimiento de sí, estima de sí o autoestimación (según las distintas traducciones del *selbstgefühl* usado en el original de la obra de Freud) que guarda relación con el concepto de autoestima tanto de la psicología como del lenguaje popular, concepto con el que se ha equiparado e incluso confundido y que será objeto de referencia en el discurso de algunos de los pacientes que participan de este estudio; no obstante, el *selbstgefühl* posee una diferencia importante con respecto a la autoestima que cabe resaltar. Para algunos autores, la autoestima, ha sido considerada como: “1, confianza en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos básicos de

la vida y 2, confianza en nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar los frutos de nuestros esfuerzos” (Branden, 1993), bajo ordenamiento susceptible de conciencia. En tanto, el *selbstgefühl* desde el psicoanálisis, corresponde a representaciones inconscientes con las que el yo continuamente se medirá, instancia ideal del yo que luego devendrá superyó, como instancia el superyó adquiere valor de modelo y función de juez y se enriquece a lo largo de la vida con las relaciones sociales y culturales quienes imponen ciertas exigencias que implican renunciaciones para el sujeto. Por tanto el *selbstgefühl*, es un residuo del narcisismo infantil en donde se apuntaba a ser su propio ideal; sentimiento de sí, que incrementa o disminuye, de acuerdo con lo que la experiencia corrobore, en cuanto a lo que se posee o se ha alcanzado, con respecto al ideal y su satisfacción de la libido de objeto.

Cabe señalar que aspectos como los roles y características, los nombres del yo, la imagen corporal, entran en esta dinámica a favor o en contra del sentimiento de sí, para incrementarlo o para disminuirlo. “Un nombre, por confuso que sea, designa una determinada persona y en esto consiste exactamente el paso al estado humano. Si debemos definir en qué momento el hombre deviene humano, digamos que es cuando, así sea mínimamente, entra en la relación simbólica”, “el símbolo introduce un tercero, elemento de mediación, que sitúa a los dos personajes presentes, los hace pasar a otro plano y los modifica” (Lacan, Seminario Libro 1 Los escritos técnicos de Freud, 1953/2003), es un umbral y pasaje que transita de la escena especular al devenir del sujeto. De allí que, la subjetividad (tercero, sujeto y dimensión del otro):

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

No es la sumatoria de rasgos o experiencias individuales, ni la dirección de un desarrollo más o menos registrable en una serie de momentos que progresan hasta la actualidad del individuo. Es la encrucijada donde el sujeto prueba la alternativa del reconocimiento. Es la segunda potencia de la aventura analítica donde alguien detenta el derecho de portar un nombre, de acudir al llamado. (Cattaneo & Alsina, 2009)

El cuerpo, y más aún, su superficie, aparece como otro factor que toma partida en la génesis del Yo y que permite diferenciarlo del Ello, “El Yo es, ante todo, un ser corpóreo, y no sólo un ser superficial, sino incluso la proyección de una superficie” (Freud, 1923/1973). El Yo no es sólo soma, es cómo proyecta ese soma y cómo se asume frente a este: cuerpo, imagen de ese cuerpo e incluso proyección, el cuerpo habla aquello que no puede pronunciarse con palabras, que habla a través de símbolos como ocurre con los síntomas conversivos que Freud pudo leer en la histeria, pero también de lo que no puede ser simbolizado porque es Real y no remite a enunciaciones simbólicas como ocurre en los fenómenos psicósomáticos. El cuerpo así mismo habla de un deseo insatisfecho corporizado, las cirugías a repetición, los desórdenes alimenticios, los síntomas antes mencionados, entre otros, dan cuenta de ello; y del mismo modo, de una búsqueda de ser reconocido por el Otro. Esta consideración va a ser vital para el desarrollo de la presente indagación con respecto a la cirugía bariátrica y su relación con el asunto de la identificación. Se parte de la premisa que algo tuvo que moverse en el sujeto que habiendo asumido una identificación decide someterse a un procedimiento invasivo y riesgoso como la cirugía bariátrica, cuyos efectos recaerán directamente

sobre su cuerpo y su imagen, pesquisar ese motivo que moviliza la identificación, si lo existe, es la diana a la que se apunta con la investigación. ‘

3.3 ALIENACIÓN Y SUBJETIVACIÓN

En sus elaboraciones, Lacan, le otorgó importancia al concepto de la identificación para la toma de conciencia que hace el niño de sí mismo como entidad. En la fase del espejo que usualmente se da entre los seis y los dieciocho meses, el niño frente al espejo en compañía de un adulto, se ve confrontado con el drama dialéctico entre alienación y subjetivación. Este reconocimiento de sí mismo, dado en tres momentos progresivos, permite contrarrestar las fantasías previas de fragmentación o mutilación y constituir la entidad total del cuerpo. En un primer momento, el infante intentará aprehender la imagen, esto debido a que aún no es posible para él discriminar entre el reflejo y la realidad. Posteriormente, en un segundo momento, aparecerá la noción de la imagen y comprenderá que el reflejo no es un ser real. Y para el tercer momento, podrá discriminar que el reflejo es una imagen y que esa imagen es la suya, diferente de la del otro; el otro entonces emerge e igualmente la mismidad. Por esto la fase del espejo inaugura la identificación inicial con una imagen del propio cuerpo, pero imagen que es especular, exterior a uno mismo, orientada de otro modo; por tanto, que confunde. Este proceso da lugar a una identificación narcisista con la imagen de uno mismo, y a partir de allí, con la de los otros. En este sentido se estructuraría al Yo en la vía de la alienación, antes de que el simbolismo restituya al niño su subjetividad. (Grinberg, 1978)

“el sujeto se identifica en su sentimiento de Sí con la imagen del otro, y la imagen del otro viene a cautivar en él este sentimiento”. Esto determina un efecto de alienación fundamental. Alienación en el doble sentido: 1) de “ser otro”, en tanto a pérdida de identidad, y 2) de “estar loco” en tanto ‘alineación mental’. Lacan concluirá: “yo es otro”. (Correa, 2010)

Es el deseo del Otro que empuja o cautiva a la identificación. El yo aparece alienado en la alteridad, condición necesaria para que asuma psicológicamente, en sus sentimientos y emociones que él es aquello que reconoce de su cuerpo, o también aquello que reconoce de su cuerpo es su yo; en breve que el yo es siempre un yo corporal. Si el sujeto se identifica con su propia imagen podemos notar ahí el carácter imaginario, así el yo se sostiene afirmándose en una imagen, en un yo corporal, es decir en una alteridad. La identidad que el yo requiere para mantenerse como unidad es de carácter imaginario. (Correa, 2010).

Esta unicidad del yo, se ha resquebrajado para algunos pacientes sometidos a cirugía bariátrica, quienes no logran recomponer dicha imagen del cuerpo a partir del organismo que ha sido modificado por la intervención quirúrgica. No reconocerse en eso que él ve de sí mismo, no percatarse de su significativa pérdida de peso en el post-operatorio o de su significativo aumento de peso antes de esta intervención, son algunos indicios que permiten vislumbrar un resquebrajamiento de la consistencia imaginaria.

3.4 IDENTIDAD E IDENTIFICACIÓN

La teoría freudiana nos muestra con claridad un “yo dividido”, y nos sumerge en una encrucijada, la identificación, “lejos de unir a dos individuos distintos transformándose el uno en el otro, se produce por el contrario en el espacio psíquico de un solo y mismo individuo” (Nasio, 1994), la ecuación ya no es posible concebirla como $A=B$, esta pierde validez cuando aislamos la identificación como un proceso específico del dominio del inconsciente que sustituye las relaciones intersubjetivas por relaciones intrapsíquicas, proceso de transformación que no puede ser percibido en forma directa por medio de nuestros sentidos, debido a que emergen de las relaciones entre el yo y las representaciones inconscientes. Para Lacan, la identificación no se plantea en términos de la relación entre dos instancias inconscientes bien constituidas como lo son el yo y el objeto, sino de un esquema de causación y de doble inversión:

La identificación no sólo es inconsciente, no sólo significa engendramiento, sino que además, y esto es lo más importante, el sentido del proceso se invierte. En lugar de que A se transforme en B, como sucedía en el esquema freudiano, es B el que produce a A. La identificación significa que la cosa con la cual el yo se identifica es la causa del yo; es decir, que el rol activo que antes jugaba el yo es ahora ejecutado por el objeto. (Nasio, 1994).

En otras palabras, para que se constituya aquel ‘aun-no-yo’ o ‘yo narcisista’ es necesaria la introducción del otro como ‘aquello’ en lo que se aliena este yo naciente. Esta alienación o mediación del otro es además desconocida para el yo, se trata por lo tanto de un yo escindido, pues no sabe que lo produjo, la forma en

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

cómo se genera señala al mismo tiempo la imposibilidad de saber su origen, por ello la condición de su existencia es la escisión en su estructura, en su esencia (Correa, 2010)

Surge a partir de estas concepciones anteriores, la posibilidad de realizar una aclaración con respecto al asunto de la identidad, que en ocasión suele ser confundido o igualado a la identificación.

Desde la filosofía, la idea frecuente de todas las formas de identidad: identidad real, identidad racional o formal, identidad numérica, específica, genérica, intrínseca, extrínseca, causal, primaria, secundaria, etc. Meollo de gran cantidad de discusiones y argumentaciones, todas a partir de la tendencia de la razón a reducir lo real a lo idéntico, pueden reducirse a dos: la identidad lógica o formal, y la identidad ontológica o real.

Ferrater Mora, citando a Heidegger ("Der Satz der Identitat", en Identitat und Differenz, 1957, págs. 15-34) indica que la fórmula $A = A$ se refiere a una igualdad (Gleichheit), pero no dice que A sea como "lo mismo" (dasselbe). La identidad supone que la entidad considerada es igual a sí misma o que es lo mismo con respecto a sí misma. El citado principio es válido sólo "en cuanto es una ley del ser, que enuncia: A todo ente como tal pertenece la identidad, la unidad consigo misma". Esta noción de identidad es desarrollada en la llamada lógica de la identidad, junto a los signos de la lógica cuantificacional esta lógica emplea los signos '=' (que se lee 'es', 'es idéntico a' 'es igual a', 'es equivalente a', etc.). (Ferrater Mora, 1964)

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

La Identidad en filosofía da cuenta de la relación que toda entidad mantiene sólo consigo misma, -uno de los principios fundamentales del ser- la identidad, es una ley lógica del pensamiento, en el álgebra la identidad es una igualdad que permanece verdadera sin importar los valores que se asignen a las variables que aparecen en ella. El principio ontológico de identidad o de no Contradicción afirma que todo ser es idéntico consigo mismo y, por lo tanto, una cosa no puede ser y no ser al mismo tiempo y desde un mismo punto de vista. (Correa, 2010).

En cambio, para el psicoanálisis, “no hay identidad en el sujeto del inconsciente” (Correa, 2010), No existe $A=A$, aunque existe semblante de identidad, que “no es otra cosa que aquello que aparece como el efecto del juego articulatorio de los significantes” (Correa, 2010). Porque no hay identidad es que hay deseo, deseo como fuerza motorizante de la vida, deseo como búsqueda incesante de lo irremediablemente perdido, intento de retener lo real.

No se nace con una identidad sino un semblante de identidad es asignada, independientemente de que el sujeto se identifique ahí en esas positivities asignadas. Esto quiere decir que siempre existe por un lado el semblante de identidad yoíca que tiene lugar en el sujeto y el semblante de identidad que se asigna, esta positividad de la identidad tiene un carácter imaginario, o sea no hay identidad, sólo efectos, e intentos de mostrar que si hay apoyándose en positivities. (Correa, 2010)

Por positivities, entendemos: el nombre y apellido, que pueden dar cuenta del linaje o de la descendencia, el cuerpo propio, la historia de vida, los caracteres únicos

del ADN, la cultura; entre otros. Que son impuestos. El concepto de identidad, en palabras del filósofo Lupicinio Iniguez (Iniguez, 2001), es por encima de todo, un dilema. Él plantea que en la dimensión experiencial de la identidad, lo relevante es considerarla en el contexto social de nuestras relaciones e intercambios con los demás. De esta manera, plantea que la identidad, da cuenta de la singularidad, unicidad y exclusividad continuadas en el tiempo, entendiéndose así identidad con la pretensión de la universalidad. De acuerdo con el sociólogo Goffman (Goffman, 1959), quien se apoya en la figura del teatro para realizar su ilustración acerca del concepto de identidad, hay una serie de roles ya prefijados socialmente, actores, guiones, vestuarios, escenarios, etc. En los que cada cual se va posicionando y a partir de esa posición asumida, se interactúa con el otro. Ese rol tiene ciertas implicaciones y ciertas delimitaciones que le dan una credibilidad, de esa manera al asumir el rol o roles, se asumen por defecto sus características y ello conducirá a que la interacción se efectúe de tal o cuál manera. En esta misma vía, el filósofo Mead (Mead, 1968) aunque resalta la importancia del rol, privilegia la interacción, argumentando que en la interacción se pone en juego la mirada que el otro devuelve, mirada que sitúa y posiciona, que es emergente, recíproca y negociada; ya que, se habla desde un lugar (se actúa) y el otro hace una devolución desde su propia posición. De esta manera el otro no es conocido y sólo es posible atribuirle características que suponemos, a partir de esto se actúa con una anticipación dada por los esquemas de expectativas, expectativas que en la interacción se pueden confirmar o no.

Tomando en cuenta los planteamientos anteriores, se puede concluir desde el psicoanálisis, que la positividad de la identidad es una tendencia del sujeto a encontrar

referentes concretos que le validen, resultado del juego de exclusiones e inclusiones del lenguaje, dialéctica entre unidad y falta y por tanto, de carácter superficial, ilusorio y fragmentado. Dicha tendencia encubre un fenómeno psíquico fundamental, de orden primitivo, y trascendental en la constitución del yo: la identificación, fenómeno usualmente ignorado por discursos médicos y psicológicos y que es por supuesto efecto de un proceso de interpelación que hace Otro, cuya naturaleza es fluctuante y que cuestiona por tanto la certeza que se le desea atribuir al concepto de identidad.

De esta manera se le brinda un nombre al proceso psíquico de constitución del yo o al proceso de causación del sujeto del inconsciente: identificación. “El yo es entonces efecto de la identificación, no el que la realiza, por eso se afirma que es a través de la identificación que el yo se aliena en el otro para poder existir y vivir en el mundo humano” (Correa, 2010).

La identificación opera en dos niveles o mejor dicho dos ejes que se entrecruzan: un eje imaginario en el que el yo se mira y se identifica o reconoce en la imagen del semejante como si fuera su propia imagen en el espejo y un eje simbólico, en el que el sujeto recibe las marcas del reconocimiento del Otro bajo la forma de un significante ideal al que tiene que conformarse para ser amado. Del eje imaginario y a partir de una imagen, resulta un yo, y del eje simbólico y a partir de un significante, resulta un sujeto. Estos dos ejes serán el modelo, el marco, el prototipo sobre los que se harán todas las posibles posteriores identificaciones en el sujeto y su yo, o sea identificaciones imaginarias o simbólicas. (Correa, 2010).

En el mismo texto, Correa comentando a Zizeck dice:

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

Él retoma aquella distinción lacaniana de la identificación imaginaria (*yo ideal-Ideal-ich*) y la identificación simbólica (*ideal del yo- Ich-ideal*), la primera es una identificación ‘constituida’ y la segunda es ‘constitutiva’, “para decirlo simplemente, la identificación imaginaria es la identificación con la imagen que representa ‘lo que nos gustaría ser’, y la identificación simbólica’ es la identificación con el lugar desde el que nos observan, desde el que nos miramos de modo que nos resultamos amables, dignos de amor”. Y continúa: “la identificación imaginaria es siempre identificación en nombre de una cierta mirada en el Otro. ... [Y entonces] lo que hay que plantear es: ¿para quién actúa el sujeto este papel, cual es la mirada que se tiene en cuenta cuando el sujeto se identifica con una determinada imagen?”⁷. (Correa, 2010)

“La identificación tiene como efecto el sentimiento –inconsciente o consciente– de estar arraigado a algo, de estar para alguien, para el Otro, de pertenencia, de pertenencia al Otro” (Correa, 2010). En el caso del interés particular del presente trabajo: la cirugía bariátrica. Puede plantearse la pregunta ¿cuál es la imagen que adopta el yo del sujeto para ofrecerse como objeto al deseo del Otro?. El sujeto obeso que ha estado imposibilitado a decir NO, a devorar todo lo que el Otro le ofrece sin separar su deseo de la demanda de ese Otro, ahora se ve movilizado a someterse a cirugía bariátrica, esto nos muestra claramente un yo que no es consistente, un yo dinámico, que se ha alienado a algo, a un Otro.

⁷ El subrayado no es del autor, esta consideración es de gran importancia para el estudio de caso a desarrollar.

3.5 IDENTIFICACIÓN TOTAL O PARCIAL

En cuanto a la clasificación de la identificación, y aunque se pueda considerar arbitrario este ordenamiento, algunos autores como Nasio (1994) y (Cruglak, 2000) afirman, siguiendo a Lacan, que existe dos categorías: la identificación total y la identificación parcial, total o parcial en tanto al objeto, entendiéndose objeto como la representación psíquica inconsciente de otro, representación previa a la existencia misma del otro, sobre la que se apoya la realidad exterior de la persona del otro o de cualquiera de sus atributos.

La identificación total, también denominada como identificación primaria, o rasgo unario, es un estado desiderativo, una especie de a priori mítico, a priori que se explica, recurriendo al mito del padre de la horda primitiva.

En la estructura socio política primitiva, la creencia establecía que el acto de la devoración implicaba la incorporación de las características propias que se le atribuían al objeto devorado, el cuerpo despedazado contenía íntegramente esa particularidad que se deseaba asimilar e incorporar, poseía todas las características. De esta manera, la identificación primaria recae en el objeto total del padre mítico, a quien los hijos devoraran asimilando libidinalmente, por el placer oral de comer, ese fragmento corporal que contiene la plena potencia libidinal del padre, que permitirá a cada uno de ellos ser un padre, al devorar al padre se asimila la fuerza paterna y el yo pasa a ocupar por entero el lugar paterno. Ese cuerpo del padre despedazado es incorporado y de esta manera es aniquilado. (Nasio, 1994).

La segunda clasificación, hace referencia al aspecto parcial del objeto o forma que puede adoptar una representación, bien sea: un rasgo distintivo, una imagen global, una imagen local o una emoción, fusiones posibles del yo con una forma de objeto.

El rasgo distintivo, “se trata de la identificación del yo con el rasgo de un objeto amado, deseado y perdido, luego con el mismo rasgo de un segundo objeto, de un tercero y por último con el mismo rasgo de toda la serie de los objetos amados, deseados y perdidos a lo largo de una vida” (Nasio, 1994), Es esto a lo que Lacan apuntará con la teoría de la identificación simbólica. En Freud se reconoce como identificación regresiva, ya que, ahí donde hubo una relación libidinal de objeto, hay ahora una identificación: la identificación al objeto vino a suplir, o a reemplazar, la relación libidinal con el mismo objeto.

La identificación parcial con la imagen global del objeto implica que la representación inconsciente del objeto amado, deseado y perdido es una imagen. “El yo reproduce con fidelidad los perfiles y los movimientos de aquel que lo abandonó, y de esta manera se convierte en el igual de su imagen total” (Nasio, 1994), su fundamento es el narcisismo, es apreciable en la melancolía, en donde “la sombra del objeto cae sobre el yo”. (Freud, 1915/1975)

En la identificación a la imagen parcial del objeto, el yo opera una identificación con la imagen del otro considerado sólo en tanto que ser sexuado, exactamente con la imagen local de la región genital del otro o imagen de la parte sexual del otro (lugar imaginario del sexo del otro). Si la imagen se reduce sólo al emplazamiento genital, el objeto será percibido como sexualmente deseable. En caso de que el objeto se perciba

con una imagen global con excepción de su región genital, igual considerada imagen parcial, el objeto será percibido como sexualmente deseante en la medida en que al estar agujereado tiende a completar su falta, el sujeto será “deseante puro que goza estando en estado de deseo” (Nasio, 1994), este tipo de identificación puede rastrearse en Lacan bajo el nombre de identificación imaginaria.

La última posible fusión del yo no remite a una representación en el inconsciente, ya que el goce debe ser concebido como una identificación del yo con una ausencia de representación, objeto como falta de representación. En este tipo de identificación a una emoción, “el sujeto no hace más que gozar, se identifica con los partenaires de la pareja fantasmada” (Nasio, 1994), no basta afirmar que el yo se identifica “con la imagen del otro sexualmente deseable, ni con aquella del otro sexualmente deseante; hay que ir aún más lejos y concluir que hay una asimilación perfecto del yo al hecho mismo del goce de la pareja” (Nasio, 1994). Siguiendo a Lacan, llamaríamos identificación fantasmática.

Podemos concluir, siguiendo a Lacan, tres tipos de identificación: Simbólica, imaginaria y fantasmática. En el origen del sujeto del inconsciente hallaríamos la identificación simbólica con dos componentes: el significante y el sujeto del inconsciente; en el origen del yo estaría la identificación imaginaria, cuyos componentes son la imagen y el yo; y en la institución del fantasma, estaría la modalidad de identificación fantasmática donde opera el sujeto del inconsciente y el objeto a.

Designar: rasgo unario, ideal del yo o falo, “se trata siempre de la misma instancia exterior al conjunto por ella regulado, y a la cual le damos el nombre de *rasgo*

unario cuando el conjunto del que se trata es un conjunto de significantes, el de *ideal del yo* cuando el conjunto es el de las imágenes y finalmente, el de *falo* cuando el conjunto es el de los diferentes modos que adopta la sexualidad” (Nasio, 1994)

En síntesis, la identificación primaria es directa (previa a toda carga objetual libidinosa, o sea a toda elección de objeto sexual), inmediata (no es resultado de una pérdida de objeto); implica una diferenciación entre el yo y el objeto que es tomado como modelo, un vínculo afectivo con ese objeto, una intensa relación afectiva significativa con el objeto en cuanto portador de falo (carácter sexual de la libido, significante que conjuga el advenimiento del deseo), una síntesis de las tendencias parciales libidinosas; requiere un yo parcialmente organizado y coadyuva a la estructuración de ese yo; coincide con el narcisismo en sentido estricto; cronológicamente correspondería con el umbral de la fase fálica; se hace sobre el modelo de la incorporación oral cabalística cuyo fin es la asimilación del objeto; es ambivalente.

Según los conceptos desarrollados en su obra, vemos que Freud consideraba la identificación como interviniendo en la estructuración del aparato psíquico, del yo y del superyó; en la evolución posterior del individuo y en el desarrollo histórico de la humanidad, en la formación de los grupos, en la sublimación, en el aprendizaje, en la creatividad, en el control de la agresión, en las elecciones de objeto, en la evolución del complejo de Edipo, en la empatía y la comprensión, en los mecanismos de elaboración onírica, en las fantasías y sueños diurnos, en los actos fallidos y en la formación de síntomas. (Grinberg, 1978)

4. MATERIAL CLÍNICO.

Por el deseo inconsciente, el hombre determina su destino. Al encontrarse con su deseo, se encuentra con el saber sobre su falta en ser.

A continuación se presentan los casos de cuatro pacientes sometidas a cirugía bariátrica, con ellas se realizaron entre tres y cuatro entrevistas de forma individual, con una frecuencia de 15 días entre una entrevista y otra y una duración por sesión entre 45 y 90 minutos; el contacto inicial se logra debido a que dos de ellas son ex compañeras de trabajo, una de ellas se conoció de forma incidental cuando apenas se iniciaba el trabajo de grado debido a que coincidimos en una entrevista laboral y la última fue referenciada por un conocido que leyó mi convocatoria en una red social en donde informaba del trabajo que venía desarrollando y quiso colaborar con el contacto. Para la entrevista inicial, a cada una de ellas se les indicó mediante el protocolo del consentimiento informado (anexos 1 y 2), los objetivos del estudio, sus alcances, la voluntariedad del mismo y su derecho a renunciar en cualquier momento de la investigación, así mismo, el contacto al que podían recurrir en caso de presentar alguna inquietud. De igual manera, se les inquirió por los asuntos generales referentes a la cirugía bariátrica: motivación, proceso de aprobación, criterios diagnósticos, tipo de intervención, postoperatorio y resultados posteriores; para la segunda entrevista, se enfatizó en lo relacional, con la intención de pesquisar por las primeras ligazones afectivas e identificaciones; y en las posteriores, se intentó esclarecer algunas hipótesis planteadas a partir de las entrevistas anteriores, ampliar detalles o reconsiderar asuntos que hubiesen sido obviados y que se consideraran importantes para el desarrollo del estudio de caso múltiple.

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

Ellas relataron su experiencia con el proceso de la cirugía contra la obesidad y así mismo su historia de vida; las técnicas quirúrgicas utilizadas en las intervenciones, coincidieron para dos casos en la técnica restrictiva mediante sleeve gástrico y en los otros dos, con la técnica malabsorsiva mediante bypass gástrico. La primera de estas técnicas, el sleeve, representa una intervención menos invasiva y por tanto, con menor riesgo de complicaciones graves, pero, del mismo modo, sus resultados son más limitados con pérdidas de peso que oscilan entre el 30% y el 59%. El bypass gástrico, por su parte, puede permitir una pérdida de peso hasta de un 90%, es un procedimiento quirúrgico que altera el proceso de digestión, implica un aislamiento de una parte del intestino delgado encargada de absorber nutrientes, es más eficiente para provocar la pérdida del exceso de peso que los procedimientos meramente restrictivos, pero también implican mayores riesgos de deficiencias nutricionales.

Para proceder a la introducción de los casos, no gratuitamente se escogió de cada relato la frase más relevante que mencionaron y que da cuenta de la emergencia del concepto que nos interesa: la identificación. Se realiza la presentación de los casos de acuerdo con el siguiente ordenamiento: presentación de caso, antecedentes, proceso, intervención y postoperatorio. En la presentación de caso, se realiza una breve anamnesis, en la que se abordan aspectos demográficos, edad, diagnóstico inicial, IMC. Los antecedentes, hace referencia a la historia del aumento de peso y a los motivos conscientes que intervinieron en la decisión de someterse a la cirugía bariátrica. El proceso, refiere paso a paso el curso de gestión implicado en la aprobación, los intermediarios y cumplimiento de requisitos. La intervención, hace alusión al procedimiento de cirugía bariátrica, ingreso a la clínica, inducción de sueño profundo

mediante anestesia, cuidados intensivos, recuperación y alta hospitalaria. Y finalmente, el postoperatorio, refiere la vivencia de la paciente desde el alta hospitalaria hasta el momento de la entrevista, cambios físicos y sus implicaciones psíquicas, implicaciones en la salud y en el estilo de vida, entre otros. Todo atravesado por la posición subjetiva de las pacientes con respecto a la obesidad y a la cirugía bariátrica. Sin más preámbulos, a continuación se presentan los casos.

4.1 CASO 1: “poner de mi parte”

Presentación del caso: Mujer de 44 años. Se sometió a cirugía bariátrica con la técnica de sleeve gástrico el 05 de julio de 2012, después de 3 años de un proceso de intervención multidisciplinario en el que la evaluación por parte de psiquiatra, internista, nutricionista y médico general dieron el aval para realizar la cirugía. Se diagnosticó con Obesidad clase II con 37 Kg/m². Correspondiente a una talla de 1.55 mts y un peso inicial 92 kgr, adicionalmente, con comorbilidad de hipotiroidismo, dislipidemia, hemorroides y artralgia de rodillas.

Con antelación, ya había sido sometida a algunas cirugías propias de lo femenino: Histerectomía, tubectomía, abdominoplastia⁸ y mamoplastia reductiva. Cuyas fechas de intervención, tal parecen coincidir con eventos traumáticos que ella tuvo que afrontar: muerte de la madre debido a metástasis de cáncer de seno, muerte del padre, viaje de su único hijo a otro país, pérdida del empleo. Lo que permitiría plantear, una falla en la forma en que ella tramita sus pérdidas. Tal pareciera que ante la pérdida, que

⁸ “para quitar el buchecito horrible que me quedó después del embarazo”

siempre está propuesta por el otro, impuesta por el otro, ella “pone de su parte”, interviniendo en su cuerpo.

Antecedentes: Informa que “siempre he sido gordita” pero que su motivo para buscar la cirugía bariátrica fue su incremento desproporcionado de peso. “pasé de pesar 50-55 kilos a tener un sobrepeso de 40 kilos, me veía horrible”.

Ante la pregunta ¿por qué considera “gordita” 50-55 kilos (IMC normal)?, responde: “de acuerdo con mi estatura es estar gorda”. Afirmación que parece contradictoria, debido a que cuando se le indagan sus expectativas ante la cirugía bariátrica, ella afirma: “bajar de peso y estar normal, es decir: 50-55 kilos”, añade otras expectativas como: mejorar la salud por que le dolían las rodillas y los talones y la figura porque se veía mal así. Este concepto de lo normal, de acuerdo con su referencia es “estar gordita”, tal pareciera que la hipótesis a la que responde sería: ser normal es estar gordita, estar gordita es estar normal.

Proceso: Acudió inicialmente a una fundación sin ánimo de lucro cuya labor social es ayudar a quienes padecen los rigores del sobrepeso, la obesidad y los trastornos alimentarios, allí comenzó un proceso de aproximadamente un año y medio, con planes de acondicionamiento físico y cambios nutricionales; entre otros, cuyos resultados no fueron los deseados. Asistiendo allí, una conocida le sugirió que solicitara la intervención por medio de su EPS (Entidad Promotora de Salud) y fue a través de ésta última que se llevó a cabo el procedimiento, intermediado bajo acción de tutela, luego de otro año y medio de asistencia con el equipo multidisciplinario con el cual se llevaba a cabo una cita cada 3 meses. Luego de una serie de valoraciones por parte de este

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

equipo le condicionaron a bajar mínimo 4 kgr para poder aprobarle la cirugía, como resultado, bajó 7 kgr en un mes, con el método que ella nombró como “lipotusa”, haber terminado con una de sus parejas la llevó a tal estado de “depresión, por lo que no comía nada y no era falta de hambre, era inapetencia”. En este sentido, vale recalcar un señalamiento que se había presentado preliminarmente en el primer capítulo: la cirugía bariátrica, per se, no es suficiente para intervenir en aquellos fenómenos que están implicados en el control del hambre o la satisfacción del sujeto y que podrían ser específicamente fenómenos de carácter psíquico. Hay algo que se escapa a esta intervención en el cuerpo, a esta retirada de la libido. “¿Cuál es el empleo que recibe luego la libido retraída? Normalmente, buscamos en el acto una sustitución de la adherencia suprimida y hasta lograr tal sustitución conservamos la libido retraída, flotando en la psique, en la que produce tensiones e influye sobre el estado de ánimo.” (Freud, 1910-1911), para este caso específicamente, en la “lipotusa”.

Intervención: Informa que para asistir a la cirugía estaba muy ansiosa, no le preocupaba el dolor, pero pensaba en la anestesia por que la sensación de frío y el temblor son insoportables, pero tiene un umbral de dolor muy alto, tanto que, al día siguiente los médicos estaban asustados porque no se había quejado en toda la noche y ella dice que sólo sentía una leve molestia, aunque adjudica este hecho al haber recibido raquídea en vez de anestesia general y al tipo de cirugía practicada que ella considera “no es tan invasivo como otros”. Aquí de nuevo se reporta una posición particular con respecto al dolor y a la forma en que ella lo asimila.

Postoperatorio: Siguiendo estrictamente las indicaciones brindadas por el equipo multidisciplinario, perdió 20 kgr de peso en el postoperatorio, pero de acuerdo con datos

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

de la historia clínica, para la segunda cita de seguimiento dada el 29/05/2013 empezó a aumentar de peso. En el momento de esta entrevista, asegura que debido al estrés por la falta de trabajo, se le viene exacerbando una alergia facial que presenta desde hace tres años y el hecho de que en los últimos meses haya recuperado 10 kgr de los 20 que había disminuido posterior a la cirugía. Reconoce que tiene dificultades con el estar picando, pero que pica fruta y que sabe que ahí puede haber un problema porque lo ideal es que coma 6 veces al día y ella está picando aproximadamente cada hora por lo que obviamente está consumiendo más. ¿Ansiedad? La ansiedad siempre es definida como surgente, es una coloración subjetiva que da una visión pesimista de las cosas, de carácter displicente y que apremia; que pareciera en este caso, menguarse con el acto de picar. Dice que le agradece a la cirugía el hecho de que le “haya enseñado a comer de todo” y aclara que antes no consumía ni frutas ni verduras. También dice que hace poco estaba con la psicóloga que siempre ha sido muy formal pero que le hizo dar mucha rabia porque le dijo que ella tenía que “poner de su parte”, si quería adelgazar y continua diciendo: “como si yo me dijera a mí misma: no adelgaces, no adelgaces, obvio que lo que quiero es adelgazar y si uno hace todo lo que mandan y no funciona”. Aquí de nuevo es el otro quien impone, quien muestra la falta.

Por el momento no tiene procedimientos complementarios ya que no ha alcanzado la meta propuesta de pérdida de peso. Ante lo cual alude que: “si son para verme mejor por supuesto que me los realizaré”. ¿Verse mejor para quién?

Adicionalmente, a la cirugía bariátrica, en pro de su pérdida de peso, su tiempo disponible lo invierte en estar en hidroaeróbicos ya que vive en un punto de fácil acceso a zona deportiva, también se está tomando “muy juiciosa” la paroxetina que le mandó el

doctor para el manejo de la ansiedad, el centrum para compensar las deficiencias nutricionales, continua con su medicamento Levotiroxina para el tratamiento del hipotiroidismo, que según la doctora, no tendría ninguna relación con su obesidad ni estaría influenciando su actual aumento, y en vía de su meta de pérdida de peso, asistió a una conferencia con método de hipnosis para adelgazar y está siguiendo la programación que allí se le sugirió con la lectura del libro y los dos discos compactos, ya que en el pasado este método fue el único que le ayudó para dejar de fumar.

Aunque la ansiedad le está dando por comer mucho y sobre todo dulces que era algo que nunca antes le había llamado la atención. En entrevistas posteriores, afirma que, la terapia mediante hipnosis, no funcionó, (esto último se puede considerar debido a que la cirugía bariátrica le “haya enseñado a comer de todo”). Por Freud (Freud, 1888-1892) sabemos que la hipnosis confiere la seguridad en la expectativa de sanar en algún momento, para este caso, la seguridad de poder adelgazar y mantenerse en la pérdida de peso accionando la sugestión que durante ella se recibe. “Esta sugestión consiste en la enérgica negación del achaque de que el enfermo se ha quejado, o en el aseguramiento de que él es capaz de hacer cierta cosa, o en la orden de ejecutarla “. Sí la hipnosis no es exitosa, es porque estaban en juego fenómenos residuales de un proceso ya transcurrido, si las causas que produjeron los síntomas patológicos (obesidad inicial) persisten con su no disminuida fuerza, la recidiva es inminente. De este caso vale la pena considerar, en primer lugar, que aquello que ella ha puesto de su parte cada vez que atraviesa por una pérdida, podemos suponer, es una parte de sí misma (de su cuerpo) extraída mediante cada intervención, abdominoplastía, mamoplastía reductiva, tubectomía, entre otras, siguiendo en esta línea, da lugar una cuestión: ¿por qué lo que

ha puesto de su parte anteriormente, que ha recaído en lo real del cuerpo, mediante las intervenciones quirúrgicas, es precisamente lo que se niega a ceder, a “poner de su parte” cuando de esto depende el éxito de la intervención a la que se sometió?. Valdría la pena suponer que “poner de su parte” en este punto, sería tanto como, ser vulnerable y tener que enfrentar una pérdida sin tener con que afrontarla. En segundo lugar, la afirmación: “como si yo me dijera a mí misma, no adelgaces, no adelgaces”, responde a la forma de una desmentida, denegación (intermediario entre un intento de huida y una desestimación por el juicio) que da cuenta de un deseo inconsciente, el deseo de no adelgazar.

4.2 CASO 2: “soy la misma por dentro aunque el estuche haya cambiado”.

Presentación del caso: Mujer de 32 años. Se sometió a bypass gástrico pesando 110 kg con una talla de 1.59 mts, IMC 43.51, diagnóstico de obesidad: Tipo III.

Actualmente está en 60kg IMC 23.73 Peso Normal.

Antecedentes: Antes de casarse pesaba 50-55 Kg eso fue más o menos hasta que tenía 21 años, después de eso subió aproximadamente hasta 67 Kg, ya tenía sobrepeso pero informa que se veía y se sentía bien. Cuando estaba embarazada engordó mucho, pero después que nació su hijo volvió a bajar peso considerablemente hasta que el hijo tuvo un año, después de esto, empezó a subir paulatinamente hasta que alcanzó 79 kg. Casi sin darse cuenta se le disparó el peso, en un año aumento mucho, ella cree que subió como 20 kilos. Se casó a los 20 años y tuvo casi 10 años de matrimonio.

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

Indica que tomó la decisión de someterse a cirugía bariátrica únicamente por dos motivos: el cansancio que ya era frecuente y la presión continua de la madre que insistía en que se hiciera la cirugía, y aunque desde hace mucho venía pensando en ello, no se había decidido porque quería esperar a tener el dinero para contratar el abogado, ya que ella es “súper mala” para las confrontaciones y la espera y es “bastante cómoda”, por lo que no le agradaba para nada la idea de estar llamando a una EPS a insistir por una cita. Entonces, cuando tuvo el dinero inicio el proceso, en donde sólo esperaba la llamada del abogado quien le decía qué día y hora tenía que ir a cita y ella asistir a estas. Realmente no tenía ningún problema de salud adicional o factor que influyera para que le aprobaran la cirugía, sólo la obesidad, cansancio y un leve dolor en las rodillas.

Proceso: La entrevista inicial fue con la psicóloga de una fundación dedicada a la intervención de quienes padecen los rigores del sobrepeso, la obesidad y los trastornos alimentarios, ella le empezó a indagar por los asuntos psicológicos que pudieran considerarse enmarcados dentro de los criterios de selección. En ese momento ella estaba en proceso de separación de su esposo pero se encontraba bastante tranquila, “la seguridad que siempre he tenido estaba intacta”. “En el momento de la entrevista con la psicóloga yo estaba bien, estaba como en proceso de aceptación y todavía tenía la esperanza de que las cosas con él pudieran solucionarse”.

“Yo autoricé que ella pusiera en la historia clínica cosas que realmente no sentía, como que me daba pena salir y por eso me estaba aislando, que no me gustaba que me miraran, que no cabía por la registradora de los buses. Ella se valió de otros datos como: que mi papá tiene una cardiopatía y debido al medicamento que tomó se le desencadenó

una diabetes y que mi mamá tiene historial de hipertensión, con lo cual garantizaba que al operarme se prevenían los riesgos”.

“En la primera cita con el psiquiatra, ese día desde que me levanté no me sentía bien, estaba bajoniada (sic) y en mala tónica por cosas que habían ocurrido, la palabra es: estaba en duelo y tenía depresión, bueno, lo de la depresión es normal porque yo me considero una persona depresiva. A él le recité la historia sugerida por la psicóloga, pero me puse bastante mal, el detonante fue que me empezó a indagar por mi familia y pareja. Él concluyó que tenía una depresión no manifestada y que bajo esas condiciones no podían aprobar la cirugía por los riesgos, ya que bajo anestesia duraba cerca de 3 horas y que uno no se despierta de ella si no quiere, el miedo era que me quedara allí.”

“Y bueno, a los tres meses, cuando volví a verlo, estaba mejor de ánimo y le mentí diciendo: que había vuelto con mi esposo y que todo estaba estupendo. Estaba tan bien como para que se me ocurriera la maravillosa historia y fuera creíble”, “aprobó la cirugía, luego de tres negativas, lo que me parece triste, como si sólo le aprobaran la cirugía a las casadas y felices”

Postoperatorio: la recuperación fue descrita como exitosa aunque refiere la cirugía como dolorosa, al igual que con la abdominoplastía, “tanto así que la mayoría se despierta porque se les pasa el efecto de la anestesia y a mí me despertó el dolor”, “abrí los ojos aún inconsciente y solo me puse a llorar y a gritar que me dolía muchísimo, me tuvieron que poner morfina y aun así dolía. Lo más difícil es la sensación de la anestesia, yo todo lo pienso, mi cerebro nunca para, maquinó, maquinó cada cosa minuciosamente y el efecto de no tener el control es abrumador”.

“Lo más difícil del proceso fue superar el miedo a la anestesia y la apreciación del psiquiatra que me rechazó en varias ocasiones para la cirugía. Me sentí afectada por el cambio de hábitos en la comida y la ingesta, el ver que mi cabello se comenzaba a caer y yo que siempre lo había tenido tan bonito, largo y abundante. Por eso me lo corté.”

“También porque al bajar de peso uno ya ni sabe que talla es y nada le queda. Ahora me siento con más energía, aliviada, cómoda con la ropa. Aunque abrumada con la atención de la gente, la verdad es que siempre he sido muy segura de mí misma y nada me importa lo que los demás piensan pero ahora la atención es abrumadora, las mujeres suelen ser muy críticas y hay cosas que no me gustan definitivamente, a toda hora pendientes de mí, si uno tiene una cirugía ya es una “prepagó”, es verdad que me veo mejor y me siento mejor, ahora soy más segura, si antes lo era, ahora lo soy más; pero soy la misma por dentro aunque el estuche haya cambiado. Critican cuando le ven a uno la mini coca de la comida sin saber todo lo que uno sufre por que no puede consumir más aunque quiera, o porque tiene que tomar vitaminas de por vida para no arrugarse y mantener la piel bien hidratada para que no se reseque, o que cualquier confite o helado que consumas te mareas, pero eso no se ve. Y cuando saben que voy para otra cirugía sólo les importa lo regia que voy a quedar, pero si no fueran necesarias yo no me las realizaría, esta piel sobrante puede coger un hongo. Estoy y me veo así porque he seguido estrictamente el régimen que me pusieron”. Este “estuche” es algo que ella da a ver al Otro, para que se le reconozca, bien que le demanda al otro conmiseración y que conozcan todos los sacrificios a los que debe someterse para conseguir esta nueva imagen =estuche, pese haberse mostrado siempre como una persona “cómoda”. “Se trata de una especie de deseo al Otro, en cuyo final está el dar-a-ver” (Lacan, 1985). “abre la

consideración del otro como objeto y del otro como sujeto, siendo la verificación de este último la posibilidad de ser visto por él. Es en la revelación -y por la revelación- de mi ser-objeto para otro, donde debo captar la presencia de su ser sujeto... o miro al otro y éste es objeto de mi consciencia, o el otro me mira y advengo como objeto” (Godoy, 1994)

“Estaba viendo unas fotos mías de antes y la verdad es que uno no se ve tan gordo como pueda estar, yo nunca creí que estuviera tan gorda”, “Me sentí súper bien al recuperar mi peso normal”.

Esta distorsión de la imagen, la no correspondencia entre lo que se ve en el espejo y la representación psíquica que se aúna al sentimiento de sí, dan cuenta de una imagen resquebrajada que se pone entre dicho, que en algunos casos, como este, la cirugía bariátrica logra consolidar y que en otros casos fraccionará. “La imagen -unificante- del cuerpo se edifica a partir de la imagen que le reenvía el «espejo» del Otro: imagen del Otro e imagen de sí en la «mirada» del Otro, principalmente la madre. Se comprende que Lacan designe a menudo esta imagen del cuerpo con la expresión imagen especular. Aunque este texto esté centrado en lo imaginario del cuerpo, se observará que la intrincación de los tres registros está muy presente. La imagen especular, en efecto, resulta de la conjunción del cuerpo real en tanto orgánico, de la imagen del Otro y de la imagen que del cuerpo propone el Otro” (Chemama, 1996)

Con respecto a las expectativas que tenía, “todas son físicas”: ponerse lo que quisiera, que se le quitara el dolor de rodillas y el cansancio, y los dolores de cabeza que “eran

impresionantes, eso era más que migraña”, “yo soy muy floja para el dolor y con esos dolores de cabeza yo me quería mejor morir, también por eso dormía tanto”.

Cuando se siente deprimida, prefiere evadir, se dedica a dormir sus tristezas o sus frustraciones y cuando se levanta se siente un poco mejor, igual hace con la ansiedad, “para eso tengo mis libros, un cigarrillo esporádicamente y mi cama”. “Recurro a mi aislamiento, mi mecanismo de defensa y que me funciona: el sueño y cuando no se puede, me quedo sorda”.

En la época más difícil: la separación de su esposo y que le hubieran quitado la custodia de su hijo adoptivo, se refugiaba en comer y dormir. Ahora que ha mediatizado su relación con la comida por medio de la cirugía bariátrica, se aísla y duerme.

4.3 CASO 3: “está claro que nunca podré verme como quisiera”

Presentación del caso: Mujer de 33 años, se sometió a bypass gástrico el 12 de septiembre de 2006. El proceso de aprobación de la cirugía bariátrica fue bastante rápido debido a su historial de hipotiroidismo y a que con su 1.60 mts pesaba 122kgs. IMC 47.66, obeso tipo III u obeso mórbido. Informa que las citas con psicología postquirúrgica fueron alrededor de 8 sesiones cada 20 días aproximadamente, pero que su recuperación y su adherencia al tratamiento fueron muy buenas. Alude el éxito de la intervención al médico que la atendió de quien dice que adora y “no podía tener mejor cirujano”.

Antecedentes: Refiere que “siempre, siempre he sido obesa desde pequeña”, le diagnosticaron hipotiroidismo a los 16 años y con ello una explicación a lo que hasta ese momento era su “contextura”, no refiere antecedentes sociales ni hereditarios para explicar la obesidad ya que en su casa todos son delgados y la alimentación incluía frutas y verduras.

Refiere que en una ocasión, en la empresa donde laboraba anteriormente, el área de bienestar programó una caminata ecológica para el fin de semana, no recuerda a qué lugar, pero tenía cierto grado de dificultad, motivada por una de sus compañeras, se acercó a la persona encargada de realizar las inscripciones, un encargado del Instituto de deportes y recreación de la ciudad, y este cuando la vio, le lanzó una mirada de abajo hacia arriba (mirada que ella recuerda perfectamente y que imita, “mirada burlona, como diciendo ilusa”) y le dijo: ¿Usted es que no se ha visto?. Para ella, hasta ese momento, sus 122 kg no significaban un problema, ni tampoco lo era tener que tomar “el montón” de pastillas para controlar su hipotiroidismo, ya que “vivía en mi país de las fantasías y todo era perfecto, tenía mis limitaciones pero me sentía feliz siendo gorda, era una gorda feliz”. Pero esa mirada y el comentario que la acompañó la fragmentaron, indica haber llorado toda esa tarde y toda esa noche y recuerda haberle dicho a Dios: “si mi gordura es un problema, has por favor algo para que yo ya no sea así”. Al martes tuvo cita de control con su médico y le comentó lo que le había ocurrido y éste contacto al médico especialista, quien aunque en el momento no tenía citas disponibles, accedió a atenderla.

En la última cita pre quirúrgica, el médico le dijo que ese día se despidiera de su antigua forma de comer, que fuera a su casa y comiera todo lo que quisiera, incluso

hasta vomitar si quería y ella muy obediente le dijo a la tía que le preparara un sancocho y recuerda que se comió el plato completo y repitió. Al otro día empezó su dieta líquida pre-quirúrgica y en ocho días logró bajar 6 kilos.

Postoperatorio: Dice que al principio “la recuperación es un poco difícil porque se alimenta con jeringa y por centímetros y el cuerpo difícilmente se acostumbra a eso, la ansiedad puede llegar a ser tanta que en una ocasión olía a carne frita y le pedí a mi mamá que me diera un pedazo solo para saborearlo porque no podía tragármelo”.

Aunque en el momento pesa 75kg, dice que todavía tiene mentalidad de obesa, se siente gorda, al contrario de antes, que se sabía gorda y no le importaba, ahora ese sentimiento es diferente, “busco que otros me aprueben, que me digan que estoy bien, que me veo delgada, porque yo no logro verme así, no me gusta verme en el espejo porque el espejo me devuelve la imagen de gorda, pero eso solo me pasó después de la cirugía”, “Incluso aún entro a las tiendas especiales para gorditas y siempre me voy hasta el fondo a buscar las tallas extra grandes, siempre me dicen este le sirve y yo miro y digo: no, eso está muy chiquito, yo no voy a caber ahí, entonces me dicen: mídaselo, y oh sorpresa que me sirve, todavía no tengo esa percepción de mi misma”. Ser otra para sí misma.

Vive sola desde los 19 años, época en la que su mamá decidió irse a vivir con sus hermanos a otra ciudad, Se dedicó a comer todo ese tiempo, en la actualidad entiende que su compulsión por los chocolates en cierta medida tiene que ver con ese vacío de amor que no logra llenar, “es un impulso incontrolable”.

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

Con frecuencia no logra tener la suficiente motivación para hacer vida social y prefiere quedarse así: “aislada, sola y durmiendo”. “cuando tenía mis 120kg era diferente, yo era una gorda feliz, era gorda y lo sabía y para mí no significaba ningún problema a pesar de mis múltiples limitaciones, no poder comprar ropa, tener que mandar a hacerla sobre medida, igual salía y tenía vida social”.

Acerca de su diagnóstico de hipotiroidismo y su relación con la obesidad mórbida, el hipotiroidismo por sí solo no explicaría o justificaría la obesidad, pero que el hipotiroidismo si influye y demasiado, ya que, una de sus características es la ansiedad, que en su caso le da es por comer demasiado y sobretodo dulce y por el sedentarismo, los cuales juntos si son suficientes para explicar la obesidad mórbida.

“En el postquirúrgico seguí el plan de actividad física, todo el proceso ha sido un sacrificio, imagínate uno queriendo comer algo y no poder, aunque las ganancias a nivel de salud han sido lo máximo, yo tenía colesterol alto, hipertensión, triglicéridos altos, glucosa alta, estaba súper mal, recuerdo que llegaba agotadísima y sudada al trabajo con solo caminar una o dos cuadras y sin decir del montón de pastillas que tenía que estar tomando.

Está claro que nunca podré verme como quisiera porque por contextura eso no es posible”.

Hace poco le hicieron unos exámenes médicos y salió con deficiencias de hierro severas. Dice que debido a esto venía sintiéndose muy cansada, más desanimada que de costumbre y con ganas de quedarse haciendo pereza todo el día y además reportó otros problemas como la tiroides alta y otras deficiencias vitamínicas para lo que le mandaron

algunos complementos y dieta con alto contenido en hierro, ya que ahora es menor la absorción de estos en su organismo.

“No es que siempre, siempre le huya al mirarme al espejo, hay ocasiones en las que no quiero ni mirarme, pero usualmente me veo y me veo linda, yo nunca me veo fea así esté sin maquillaje, peinada o despeinada, acabada de levantar, pero yo no relaciono belleza con gordura o flacura, para mí belleza es tener un rostro bonito, de aquí para arriba (señala el cuello) pero no he podido con el estar gorda o estar flaca, es más, usualmente cuando me miro en un espejo, o en una vitrina, o en reflejo y me veo delgada, le atribuyo el estar delgada a una propiedad del espejo (vitrina o reflejo), ese espejo hace ver delgado a mí y a cualquiera que se mire en él, no es que yo me vea delgada es que el espejo me hace ver así”.

En este caso, es la mirada que viene del Otro, la que devela una verdad, a partir de esto se genera un resquebrajamiento de la imagen del yo que no ha sido posible restablecer. “¿Usted es que no se ha visto?” Es la pregunta a la que intenta responder y según su relato, parece que ella aún no ha podido verse. Lacan plantea en la teoría del estadio del espejo, que lo que transforma al sujeto es fundamentalmente la asunción de una imagen, imagen como Gestalt, como forma cargada de pregnancia, y por ende, cuerpo que no es solo organismo biológico sino un articulado entre goce e imaginario. En esta percepción de la imagen, el sujeto está innegablemente incluido, este objeto se ubica respondiendo al deseo, el deseo al Otro, lo cual es una definición por fuera de la percepción. “No podré verme como quisiera”, más que una referencia para entender lo real del cuerpo, estaría aludiendo a su respuesta al deseo, deseo al Otro en cuyo final está el “dar a ver”. “si el punto del ideal del yo es el punto desde el cual el sujeto se

verá visto por el Otro, el dilema neurótico será cómo quedarse con el amor del Ideal y satisfacer a la vez el punto donde la mirada del Otro devuelve un goce opaco” (Avram, 1994) Hay de igual forma un aspecto que toma relevancia en el análisis de este caso, es su posición como “cuidadora”, ella se encarga de cuidar el bienestar de sus sobrinos y su madre proveyéndoles afecto y económicamente lo que necesitan, a pesar de que esto signifique sacrificar sus necesidades y gustos; así mismo, es quien cuida de sus colegas y quien siempre esta presta para ayudarles en lo que pueda y darles una palabra de aliento; sin embargo, ella misma se nombra como desprotegida y carente de cuidados: “y ¿Quién cuida de mí?”, en esta misma vía ha atribuido su deficiencia de hierro a su falta de cuidadores.

4. 4 CASO 4: “hacer algo por usted”

Presentación del caso: Mujer de 26 años, se sometió a cirugía bariátrica bajo la técnica de sleeve gástrico, el 01 de septiembre de 2014. Inicialmente con una talla de 1.54 mts y un peso de 103 kg para IMC: 43.43 correspondiente a obesidad tipo III u obesidad mórbida. Adicionalmente con comorbilidad de hipertensión arterial, dolor de cintura, artralgia de rodillas, sudoración excesiva, migraña y fascitis plantar. Antecedentes familiares de hipertensión arterial, por línea materna; hipertensión, diabetes y obesidad por la paterna.

Antecedentes: Refiere que toda su niñez fue “trocita” pero que para ella fue normal debido a que su papá y toda la familia paterna es obesa, “lo heredé”, en tanto que, su mamá y familia materna es delgada, ante lo cual, aduce excesiva preocupación de su

madre por brindarles una alimentación sana. Informa haber tenido una niñez “diferente” donde lo usual era tener muy pocos amigos y su rutina era casa-escuela. En la pre-adolescencia su familia se traslada de ciudad, en esta nueva ubicación, tiene la posibilidad de incrementar su círculo de amigos y se hace frecuente una mala alimentación, “me mantenía mecateando con mis amigos”, lo que hace notorio un aumento de peso, para sus catorce años, ya había sido diagnosticada con obesidad. Siguiendo la iniciativa de su madre y motivada por el festejo de sus quince años, se somete a un plan para intervenir la obesidad, con el cual logra bajar 5 kilos en un año. “mi mamá vive obsesionada con el tema, es estricta con ella y con los otros, ¡eso te queda horrible!, ¡ese pantalón te saca el gordito!, ¡se te ve mejor esto!, ¡tenés que cuidarte más!”, “ella siempre ha interferido con el asunto de la imagen y yo creo que, de cierta manera por eso, mi hermana sufrió de anorexia diagnosticada, muy grave”. Debido a esto, decide no continuar con el plan alimenticio.

Comenzó a estudiar en un instituto de educación superior y aunque su desempeño fue notable y su relación con sus compañeros también, empieza a cuestionarse acerca de ser “la gordita del grupo”. Se ennovia y la relación marcha bien a pesar de que su obesidad le generará muchas inseguridades, inseguridades que si bien eran disminuidas ante los comentarios que recibía de su novio a quien “le gustaban las gorditas”, de otro lado, eran alimentadas por comentarios que recibía de la madre, tales como: “te va a dejar por otra sino te cuidas” y que considera que ocurrió de esa manera puesto que encontró a su novio sosteniendo relaciones sexuales con una mujer “hermosa, alta y delgada, parecía una modelo”, tal como había anticipado su madre.

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

Para el 2006 comienza una nueva relación amorosa, con quien hasta ese momento era su amigo y conocía su historia anterior, estando en esta relación aumento mucho de peso debido a que ambos se despreocupaban por ese asunto y frecuentaban lugares de comida rápida. Inicia nuevamente en el 2007 un proceso con nutricionista, cuyos resultados no fueron los esperados a pesar de su “gran sacrificio y juicio”. Para ese entonces ya se encontraba desmotivada por su apariencia física e incluso le daba pena estar íntimamente con su pareja a pesar de que le manifestara que a él le gustaba tal y como ella era. Retorna al gimnasio, transcurrido un mes no obtiene ningún resultado, lo que aumenta más su desmotivación ya que: “estaba realmente comprometida con ello”, se dijo a sí misma: “aquí no vas a encontrar lo que estás buscando” y concluye con un “odio los gimnasios”

En cierta ocasión, acompañaba al papá (quien ya se había sometido a cirugía bariátrica por bypass gástrico y quien había perdido peso significativamente) a recoger el auto, unas cuadras arriba de su casa, y se sentía realmente mal, su padre quien iba adelante, voltio a mirarla y le dijo: “usted tiene que hacer algo por usted, mire como se está alcanzando”, eso la motivó a solicitar cita médica, e incluso se negó a ser acompañada por su madre quien le decía que: “ella si le exigiría al médico de una que la mandaran a cirugía” y cuando su médico le dijo lo que ya tantas veces había oído, que la remitiría a nutricionista, e iniciarían un proceso, ella solicitó cambio de médico. La nueva doctora la derivó al internista con quien tuvo cita cada dos meses en tres ocasiones y quien inicia tratamiento farmacológico con orlistat, “lo peor que le pueden mandar a uno, eso es asqueroso”, también inicia en hidroaeróbicos y dieta, “para nada ejercicios”. Debido a los nulos resultados, la remiten al grupo de obesidad: nutricionista, deportólogo,

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

psiquiatra, internista diabetólogo. La cita la gestionó directamente la EPS y se la asignan en un mes, este equipo multidisciplinario tomó medidas respecto al régimen de alimentación y ejercicios y solicitaron revisión en 3 meses para considerar la aprobación de la cirugía, durante esos 3 meses pudo bajar 2 kg. Durante la cita de revisión el internista no aprobó la cirugía debido a que consideraba que el problema era un exceso de calorías (“él creía que yo estaba comiendo más de lo que me habían mandado, pero lo cierto es que yo estaba más comprometida que nunca”), el deportólogo la apoyó diciendo que era candidata pero que aún le faltaba perder peso, el psiquiatra no estuvo presente, con él tuvo una sola cita y brindó su aprobación. A los tres meses siguientes le aprobaron la cirugía, pudo bajar 3 kg más y la derivaron al cirujano. “mi novio no quería que yo me hiciera la cirugía, aunque me apoyó enormemente durante todo el proceso, él me decía que le daba miedo que yo dejara de ser la misma”.

Postoperatorio: “pensé que no me habían operado cuando me desperté, hasta que sentí un dolor muy horrible y comencé a vomitar”. Estuvo 3 días en recuperación debido a que el vómito era continuo, cuando se estabilizó pudo retornar a su casa. Dice que lo más difícil fue la primera semana por que únicamente podía comer: 3 onzas de caldo, gelatina y jugo de fresa y después de un tiempo todo le sabe igual. En esa primera semana perdió 9 kilos sin percatarse de ello debido a que estaba hinchada. Para el primer mes, había perdido 18 kg en total y rondando los cuatro meses ha perdido 25 kgs.

Con respecto a sus expectativas, dice “todas”. Tener su peso ideal, “que corresponde al IMC de la OMS 60 kgs-64kgs, haber dejado el medicamento para la hipertensión arterial, continuar con los cambios en la alimentación, seguir satisfecha con la poca

comida que ingiere”, quiere tener un hijo aunque hace menos de un mes tuvo un aborto espontáneo, y también casarse.

“los cambios llenan de satisfacciones, me siento más segura, más tranquila, más feliz, me gusta lo que veo, haber recuperado el interés por la imagen personal, poder acceder a colores y formas nuevas, antes era solo blanco, negro y gris, intentaba pasar desapercibida, me siento cómoda”, “no quiero cirugías complementarias, solo en el caso de ser necesarias”.

En este caso se evidencia una clara identificación hacia el padre, no sólo porque “le heredé” la hipertensión y la obesidad, sino también porque “nos parecemos mucho en el carácter”, el padre así mismo, se ha erigido como modelo del objeto de amor, es este quien dictamina cómo no debe ser un hombre al que ella debe acceder, “usted no tiene un papá alcohólico ni fumador para que vaya a lidiar con un alcohólico y fumador”, ha sido el padre quien marca el camino para que ella realice su elección definitiva de objeto, un hombre que la deje en falta. Evidencia de la pregunta por lo femenino y por el cómo goza una mujer, “ya encontré con otra, ya se casó con otra, tuvo una hija con otra, me falta encontrar a un hombre con otro hombre”, es válido aclarar que no se trata del mismo y único hombre aunque ella lo haya nombrado como tal. Freud, hablando de la femineidad (conferencia 33), nos enseña como la propia constitución de la mujer, por el apaciguamiento de la agresividad, favorece las mociones masoquistas y por ende, la posibilidad de ligar eróticamente tendencias destructivas. En su decir, ella está manifestando un deseo, algo que le falta, “encontrar un hombre con otro hombre” para llegar a ser la mujer completa que siempre adeuda. Siguiendo a Lacan, ya que “por esencia ella no toda es”, “la mujer tiene distintos modos de abordar ese falo, y allí reside

todo el asunto. El ser no-toda en la función fálica no quiere decir que no lo esté del todo. No es verdad que no esté del todo. Está de lleno allí. Pero hay algo de más.” El goce que se ubica más allá del falo, el deseo de un bien cuya causa no es un objeto a, en este caso, se podría hipotetizar que en la ecuación de la relación hombre-mujer, ella siempre pierde y que su ganancia es precisamente confirmarse en su posición de pérdida.

CONCLUSIONES

- Mediante el análisis de los casos, se puede evidenciar la existencia de algunos factores psíquicos que influyen en el éxito a largo plazo de la cirugía bariátrica, del mismo modo, que la cirugía bariátrica “per se”, sería insuficiente para controlar los factores fisiológicos y conductuales que regulan el apetito o la satisfacción del sujeto, evidenciado en algunos pacientes que habiéndose sometido a cirugía bariátrica han recuperan su peso inicial, lo cual es un planteamiento inicial en el texto y que ha sido posible confirmar. Algunos de estos factores psíquicos: ideales estéticos, ideales higiénicos, identificaciones al padre o a la figura de cuidador, que se vislumbraron en el estudio de caso, permiten corroborar este planteamiento de la existencia de nexos entre el concepto psicoanalítico de identificación (con todo lo que este concepto aborda) y la cirugía bariátrica, que son transcendentales para comprender las recaídas en ganancia de peso o el mantenimiento en el peso ideal a largo plazo, sin caer en una posición reduccionista al afirmar que la comprensión del fenómeno se pueda dar siempre a partir de la identificación, se vislumbró anteriormente con el estudio de los antecedentes, que hay otras posiciones que así mismo podrían brindar una comprensión de este fenómeno desde la fijación oral, o entenderlo como una compensación de una falta en ser o una falla en lo simbólico entre otros posturas que de igual forma arrojan luz acerca de este fenómeno y su relación con lo psíquico.
- Desde el discurso de la medicina, el obeso debe ser considerado como un enfermo crónico que requiere un tratamiento a largo plazo, con normas

CIRUGÍA BARIÁTRICA E IDENTIFICACIÓN: UNA COMPRENSIÓN DESDE LO PSÍQUICO

alimentarias, modificación de los hábitos de conducta, ejercicio físico y terapia farmacológica; ya que, desde esta posición, la mejor forma de tratar la enfermedad es previniéndola. Sin embargo, el análisis de los casos desde la postura psicoanalítica, permite esclarecer que más que estar frente a un enfermo, nos encontramos frente a un sujeto que tendrá que vérselas con el goce implicado en su posición de obeso, con los diversos ideales de la cultura, de los padres y de los pares y con una imagen y mirada propuesta por el Otro y frente al cual se tendrá que asumir una posición.

- Como medida estándar, se espera que con la cirugía bariátrica, el paciente pierda el 80 por ciento del sobrepeso en un periodo comprendido entre los 12 y los 18 meses siguientes al procedimiento; de acuerdo con este parámetro, este promedio es alcanzable, siempre y cuando se siga una dieta balanceada, se haga más actividad física, se asista a los controles y se ponga en práctica las recomendaciones del médico. Sin embargo, queda claro que hay algo de la demanda que no alcanza a satisfacerse con el procedimiento quirúrgico, abogando a eso que llamamos Subjetividad, diremos junto con Lacan (1966) que existe “la estructura de falla entre la demanda y el deseo”, y que la forma en que cada uno se plantea sujeto al Otro y a los significantes que han atravesado su vida, son determinantes. Por demás, no todos los pacientes que recurren a la cirugía bariátrica demandan pérdida de peso y por tanto, no todos la obtienen, ya que, en algunos casos lo que encubre la demanda inicial, da cuenta de fenómenos psíquicos profundos, como la ratificación en la posición de obeso u obesidad, el reconocimiento por parte del Otro, la unificación de la imagen

resquebrajada devenida por intervención del Otro, una posible forma de simbolizar las pérdidas o una posición ante el objeto y como objeto de amor.

- El cuerpo se estructura mediante una imagen, de ahí que la consistencia del yo del sujeto requiere para asumirse como entidad, sea de carácter imaginario, se evidencia la emergencia de las diversas imágenes y miradas que dan cuenta de la posición de deseo de cada sujeto, deseo al Otro (dar-a-ver), deseo del Otro. La mirada como mecanismo ante el cual el sujeto deviene objeto para un Otro.
- El discurso postmoderno alrededor de la imagen, dictamina la delgadez como el ideal estético de la época, de donde el cuerpo deviene objeto de consumo, el obeso por tanto, tendrá que responder de cierta manera a esta demanda del Otro de la cultura en relación con la imagen del propio cuerpo, esta respuesta a la demanda del Otro no es posible universalizarla, no cabe en el para todos que la ciencia intenta adjudicar y dependerá de la posición subjetiva de cada paciente con respecto a su propia obesidad y al goce implicado en ella.
- Todo cambio psíquico implica una identificación, identificación que surge de ese espacio virtual en el que la mirada del Otro marca un punto ideal para que el yo se constituya confiriéndole cierta unidad y consistencia, ante la amenaza continua de una posible fragmentación. Imagen del cuerpo como imagen especular resultado de la conjunción del cuerpo real en tanto orgánico, de la imagen del Otro y de la imagen que del cuerpo propone el Otro, así como de las palabras de reconocimiento de ese mismo Otro, que deriva en la necesidad estructurante de estar alienado a Otro.

- Aunque el análisis de los casos, ha permitido rastrear algunos nexos entre la cirugía bariátrica y la identificación, resta un largo camino para la comprensión profunda de todos y cada uno de los factores implicados en este proceso, plantear nuevos análisis a profundidad es un camino a seguir para aquellos interesados en ahondar en el tema o responder cuestionamientos que hayan quedado planteados a partir de la presentación de este texto.
- Este texto no pretende plantear una nueva medicina de la obesidad, sino más bien permitir un nuevo acercamiento desde la subjetividad, una comprensión de lo que ocurre en el fenómeno de la cirugía bariátrica en relación con las identificaciones, más aún desde una comprensión psicoanalítica, contando con la palabra de los sujetos inmersos en el fenómeno, desde sus propias vivencias, quienes por un momento han logrado apartarnos del universal de la medicina para introducirnos en la clínica del uno por uno.

BIBLIOGRAFIA

- Avram, G (1994). Mal de ojos. Colección Orientación Lacaniana. *Imágenes y miradas*. Buenos Aires: Edita E.O.L.
- Branden, N. (1993). *El poder de la autoestima*. Barcelona-España: Paidós.
- Brodsky, Graciela (comp) (1994). Colección Orientación Lacaniana. *Imágenes y miradas*. Buenos Aires: Edita E.O.L.
- Bustamante, F., Williams D, C., Vega P, E., & Prieto D, B. (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía*. Vol 58 - N° 6, 481-485.
- Cattaneo, G., & Alsina, F. (2009). Yo, identificación e identidad. Consideraciones clínicas. *Revista Intervalo*. Vol 1, 14-30. Santiago
- Chaux Mosquera, C. F., Franco Infante, M., & Bolaños Quintero, E. (2011). *Cirugía para la obesidad. Soluciones de vida*. Banda Gástrica Ajustable. Recuperado de: <http://www.cirugiaparalaobesidad.com.co/banda-gastrica-ajustable.html>. Colombia
- Chemama, Roland. Diccionario del psicoanálisis. Diccionario actual de los significantes, conceptos y matemas del psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu. 1996
- Congreso de Colombia. (14 de Octubre de 2009). *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013, de Ley 1355 de 2009: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1355_2009.htm. Colombia.
- Correa, E. (2010). La identidad y la identificación: Laclau y Zizek. *Revista Carta Psicoanalítica*, 1-30. Wiesbaden: Recuperado de: <http://www.cartapsi.org/spip.php?article15>. México D.F.
- Cortés, S. (15 de 01 de 2015). *El pais*. Advierten que la obesidad es el principal problema de salud pública del país. Recuperado de: <http://www.elpais.com.co/elpais/colombia/noticias/advierten-obesidad-principal-problema-salud-publica-pais>. Colombia
- Cruglak, C. (2000). *Clínica de la identificación*. Rosario: Homo Sapiens.
- Etcheverry, J. (1976). Advertencia sobre la edición castellana. En S. Freud, *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ferrater Mora, J. (1964). *Diccionario de Filosofía*. Buenos Aires: Editorial Sudamérica.

- Foucault, M. (1978). *Medicina e Historia. El pensamiento de Michel Foucault*. Washington: Oficina Sanitaria Panamericana.
- Freud, S. (1888-1892). Trabajo sobre hipnosis y sugestión. En S. Freud, *Obras Completas de Sigmund Freud*. Standard Edition, ordenamiento de James Strachey.
- Freud, S. (1910-1911). observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia. En S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud*. [Traducción directa del Alemán. Por Luis López Ballesteros]. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1914/1978). *Introducción al Narcisismo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S.(1915/1975). Duelo y melancolía. En S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Alianza.
- Freud, S. (1921/1978). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1922\1976). Dos artículos de enciclopedia: "psicoanálisis" y "teoría de la libido". En O. d. Strachey. Standard Edition.
- Freud, S. (1923/1973). El yo y el ello. Madrid: Alianza .
- Freud, S. (1976). *Dos artículos de enciclopedia. En: Obras completas Vol. XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Godoy, C (1994). El objeto a: Una salida a la fenomenología de la mirada. Colección Orientación Lacaniana. *Imágenes y miradas*. Buenos Aires: Edita E.O.L.
- Goffman, E. (1959). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu .
- Grinberg, L. (1978). Teoría de la identificación. En L. Grinberg, *Teoría de la identificación* (págs. 7-33). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Iniguez, L. (2001). *Identidad: de lo personal a lo social. Un recorrido conceptual*. Madrid: Eduardo Crespo.
- Vilhena, J., Rocha, L., & Novaes, J. V. (2008). Comendo, comendo e ão se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. *Revista mal-estar e subjetividade-Fortaleza*. Vol VIII N°2. Recuperado de: http://hp.unifor.br/pdfs_notitia/2165.pdf. Rio de Janeiro.

- Lacan, J. (1953/2003). *Seminario Libro 1 Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1966). *El lugar del psicoanálisis en la medicina*. Buenos aires: Manantial.
- Larrad, A., & Sanchez Cabezudo, C. (20 de Marzo de 2013). *Indicadores de calidad en cirugía bariátrica y criterios de éxito a largo plazo*. Foro de cirugest. Archivos de cirugía general y digestiva. Recuperado de: www.virtual.unifesp.br/cursos/.../indicadoresqualidadecirbariatrica.pdf. Madrid
- López Mendoza, F. J., Gutiérrez Gómez, C., Cárdenas Mejía, A., Suárez Roa, L., & Rosales Galindo, V. (Enero-marzo de 2009). Propuesta Terapéutica de abordaje quirúrgico de contorno corporal en pacientes con pérdida masiva de peso. *Revista CONAMED, Vol. 14, 16*. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3628169>. México D.F.
- Mead, G. (1968). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Méndez Pino, A. (2011). *Obesidad y cirugía bariátrica. Una mirada desde el psicoanálisis*. Recuperado de: http://www.academia.edu/518127/Obesidad_y_cirug%C3%ADa_bari%C3%A1trica._Una_mirada_desde_el_Psicoan%C3%A1lisis. Santiago.
- Mercado Rosas, A., Pérez Cardenas, S., & Iglesias Hermenegildo, A. (2007). Trastornos alimentarios y perversión. *Revista científica electrónica de psicología, N°3(3)*, 211. Recuperado de: http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_PrevAten/ Anto_Igle/2.pdf. Hidalgo.
- Meza Peña, C., & Moral de la Rubia, J. (2011). Obesidad: una aproximación desde la psicología psicoanalítica. *Revista Apertura psicoanalíticas, N°37*. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/ejemplar/280013>. Madrid
- Nasio, J. D. (1994). Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis. Barcelona: gedisa.
- Robles, M. U. (1994). Las identificaciones en el niño. *Revista Sepypna. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. Recuperado de: <http://www.seypna.com/articulos/identificaciones-nino/>. Madrid.
- Ruiz Moreno, M. A., Berrocal Montiel, C., & Valero Aguayo, L. (2002). cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Revista Psicothema, 577-582*. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/768.pdf>. Málaga.

- Sahuquillo, M. (25 de septiembre de 2010). *Diario El país*. Pandemia de obesidad. Recuperado de http://elpais.com/diario/2010/09/25/sociedad/1285365602_850215.html. Madrid.
- Silvestri, E., & Stavile, A. E. (Abril de 2005). Aspectos Psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Recuperado de: <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/obesidad.pdf>. Córdoba.
- Vargas Hernández, C. (30 de Abril de 2008). *Corte Constitucional de Colombia*. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-414-08.htm>. Bogotá

ANEXOS

ANEXO 1



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOANÁLISIS

Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía N° _____, acepto participar voluntariamente en esta investigación, por Diana Patricia Taborda Mazo con cédula _____ estudiante de Psicología de la Universidad de Antioquia, bajo la asesoría de Julio E. Hoyos Z., profesor del Departamento de Psicoanálisis de la Universidad de Antioquia. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es verificar la relación existente entre el concepto psicoanalítico de identificación y la cirugía bariátrica.

Me han indicado también que tendré que asistir a una serie de entre dos y cuatro entrevistas.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Diana Patricia Taborda Mazo al teléfono _____

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Diana Patricia Taborda Mazo al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha: _____

ANEXO 2



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOANÁLISIS

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Diana Patricia Taborda Mazo con cédula estudiante de Psicología de la Universidad de Antioquia, bajo la asesoría de Julio E. Hoyos Z., profesor del Departamento de Psicoanálisis de la Universidad de Antioquia. La meta de este estudio es verificar la relación existente entre el concepto psicoanalítico de identificación y la cirugía bariátrica.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá asistir a una serie de entre dos y cuatro entrevistas. Lo que surja durante las entrevistas se mantendrá bajo anonimato. Cada entrevista será codificada con un número y se tendrá el cuidado suficiente para que usted no pueda ser identificado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.
