



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TESINA DE LICENCIATURA

Obesidad Infantil

Aportes Desde el Psicodiagnóstico de Rorschach

Alumna: Verónica Leglise

Directora: Mgter. Cristina Brudezán

Co-directora: Lic. Elizabeth Escudero

Mendoza, Noviembre de 2010

HOJA DE EVALUACION

TRIBUNAL EXAMINADOR

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesores Invitados: Mgter. Cristina Brudezán

Lic. Elizabeth Escudero

Nota:

AGRADECIMIENTOS

... A mis padres, que guiaron siempre con amor cada paso que he dado en mi vida, que me enseñaron los valores con los cuales voy construyendo mi camino, y que alientan constantemente la realización de mis sueños.

... A Martín, por todo lo vivido, y por lo que aún queda, por nuestros proyectos, nuestras peleas, pero sobre todo por nuestras risas y sueños.

... A mi hermano, a Sole, por acompañarme siempre, por brindarme en cada momento su apoyo y cariño.

... A mis hermosos sobrinos, por regalarme tanta alegría.

... A la Lic. Cristina Brudezán, no sólo por su dirección en esta tesina, sino sobre todo por ser un referente a quien admiro, porque sin saberlo, en cada encuentro con ella a lo largo de la carrera aprendí a querer más esta profesión.

... A la Lic. Elizabeth Escudero, por su incondicionalidad en la guía de este trabajo, por su paciencia, y sobre todo por la calidez con la que me acompañó durante todo este tiempo.

... A Nidia, por guiarme en el reencuentro de mi camino.

... A mis grandes amigos, por tantos buenos momentos, por permitirme compartir con ellos las risas y los llantos, los aciertos y los errores; porque me llena de felicidad saber que están en mi vida.

INDICE

PORTADA.....	1
TITULO.....	2
HOJA DE EVALUACION.....	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
INDICE.....	5
RESUMEN.....	7
I. INTRODUCCION.....	9
II. MARCO TEORICO.....	12
<u>CAPITULO I: OBESIDAD</u>	13
Parte I: Cuestiones Generales de la Obesidad.....	14
I.1.- Definición.....	14
I.2.- Clasificación de la Obesidad.....	15
I.3.- Un Poco de Historia.....	17
I.4.- Epidemiología.....	21
Parte II: Factores Predisponentes de la Obesidad.....	24
II.1.- Aspectos Biológicos.....	24
II.2.- Aspectos Socio- Ambientales.....	26
II.3.- Aspectos Psicológicos.....	30
Parte III: Complicaciones Asociadas a la Obesidad.....	33
Parte IV: Tratamiento de la Obesidad.....	35
IV.1.- Cuestiones Generales en el Tratamiento de la Obesidad.....	35
IV.2.- Principales Estrategias Terapéuticas.....	36
 <u>CAPITULO II: LA INFANCIA MEDIA</u>	 39
Parte I: Particularidades de la Infancia Media.....	40
Parte II: La Infancia en el Centro de la Escena Psicoanalítica.....	43
Parte III: El Periodo de Latencia.....	45
 <u>CAPITULO III: CONCEPTOS PSICOANALITICOS</u>	 47
Parte I: La Constitución del Sujeto en tanto Sujeto Deseante.....	48
Parte II: Las Pulsiones Parciales.....	51

Parte III: El Narcisismo y los Ideales.....	55
Parte IV: El Síntoma.....	59
Parte V: El Cuerpo en Psicoanálisis.....	62
<u>CAPITULO IV: EL TEST DE RORSCHACH</u>	65
Parte I: Aspectos Generales del Test de Rorschach.....	66
I.1.- Predicción de Tratamiento.....	67
I.2.- Predicción de Conductas.....	68
Parte II: Algunas Investigaciones.....	69
III. ARTICULACION TEORICO – PRACTICA.....	74
<u>CAPITULO V: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION</u>	75
Parte I: Aspectos Metodológicos.....	76
<u>CAPITULO VI: ANALISIS DEL CASO</u>	78
Parte I: Datos Biográficos.....	79
Parte II: Análisis de los Datos.....	80
II.1.- Entrevistas.....	80
II.2.- Test de Rorschach: Análisis del Sumario Estructural.....	92
II.3.- Técnicas Proyectivas Gráficas: Figura Humana y Persona Bajo la Lluvia.....	101
Parte III: Lectura Clínica.....	104
IV. CONCLUSIONES.....	110
V. ANEXOS.....	117
VI. BIBLIOGRAFIA.....	128

RESUMEN

El presente trabajo tiene por objeto el estudio de la obesidad infantil, desde una perspectiva que rescata lo singular que en cada paciente obeso se pone en juego en esta problemática. Para ello se ha realizado el abordaje psicodiagnóstico de una niña obesa de 8 años de edad, con la finalidad de acercarnos a su funcionamiento psíquico y entender la particularidad subjetiva que la determina. Las técnicas que se utilizaron para realizar la evaluación psicológica son: Entrevistas Semidirigidas, Dibujo de la Figura Humana, Persona Bajo la Lluvia, Test de Rorschach y Entrevistas de Devolución.

El Capítulo I de esta investigación se ha organizado en diversas partes a partir de las cuales se posibilita un conocimiento en detalle de la temática.

En la Parte I abordamos cuestiones generales de la obesidad, tales como su definición, sus distintas clasificaciones y la epidemiología. También aquí se realiza un recorrido histórico que nos permite conocer los distintos significados que la obesidad ha ido adquiriendo en función del contexto cultural en el cual se observe.

En la Parte II se trabajan los factores predisponentes, teniendo en cuenta los diversos aspectos biológicos, psicológicos y socio- ambientales.

Las complicaciones que se asocian a la obesidad son señaladas en la Parte III de este capítulo, en donde se mencionan las principales alteraciones médicas y psicosociales que frecuentemente aparecen en relación al padecimiento de esta enfermedad.

Se finaliza este capítulo con las principales estrategias terapéuticas para abordar la obesidad en la Parte IV.

En el Capítulo II se observan las particularidades de la infancia al considerar los aspectos más característicos de la niñez media, y la etapa de latencia definida por Freud. Se hace referencia al nuevo estatuto que adquiere esta etapa vital a partir de la mirada del psicoanálisis.

El Capítulo III aborda los conceptos que desde la teoría psicoanalítica van a guiar la lectura de la casuística, en pos de acercarnos a un entendimiento de la dinámica

singular que se juega en el caso. Por lo tanto, se trabajan los conceptos vinculados a la constitución subjetiva: pulsión y goce, deseo, los ideales, el cuerpo y el síntoma.

La riqueza de la información aportada por las distintas herramientas en su conjunto, constituye el camino a través del cual nos acercamos a la comprensión de la dinámica que determina al sujeto en cuestión. No obstante, hemos elegido el Test de Rorschach como herramienta central en el presente trabajo; por lo tanto en el Capítulo IV se trabajan los aspectos de relevancia de dicha técnica en relación a su valor descriptivo y de pronóstico. Así mismo, se mencionan algunas investigaciones sobre la obesidad llevadas a cabo desde el psicodiagnóstico de Rorschach.

Una vez finalizado el marco teórico, se comienza con la articulación teórico-práctica. En el Capítulo V se mencionan los aspectos metodológicos de la investigación.

El abordaje del caso se realiza en el Capítulo VI, en donde una vez realizadas las entrevistas, y administradas las técnicas, se efectúan los análisis correspondientes, con la finalidad de relevar los aspectos característicos del funcionamiento psicológico de la niña. Una vez que se han analizado los datos de cada técnica, se realiza una lectura clínica de los mismos, guiada por los conceptos psicoanalíticos trabajados en el marco teórico. Esta lectura persigue el objetivo de comprender cuál es el posicionamiento subjetivo de esta niña en relación a la obesidad entendida como síntoma.

Hacia el final se derivan las conclusiones, en donde se retoman los aspectos esenciales de la investigación. Se destaca la importancia de un abordaje de la temática que no se limite únicamente a los tratamientos clásicos, sino que además, adquiera la relevancia que merece el conocimiento de las particularidades subjetivas de cada paciente, en pos de optimizar el abordaje clínico de la problemática. Así mismo, se realizan algunas consideraciones de pronóstico en función de los elementos inherentes al funcionamiento psíquico observado en la niña, que podrían funcionar como obstáculo y otros que podrían favorecer el tratamiento terapéutico.

En los Anexos se incluye, respecto al Test de Rorschach: transcripción de la Toma y Encuesta, Protocolo de Localización, Secuencia de Codificación, Sumario Estructural y Hoja de Constelaciones. Así mismo, incluimos las producciones gráficas: Test de la Figura Humana, y Test de la Persona Bajo la Lluvia.

I. INTRODUCCION

La obesidad se presenta como una problemática que, desde hace varias décadas, avanza de una manera que pareciera ser incontrolable, alcanzando caracteres de epidemia a nivel mundial, y trastornando inexorablemente la salud física y emocional de los sujetos que la padecen.

Consideramos de fundamental importancia el abordaje de dicha problemática desde edades tempranas, puesto que, como veremos más adelante, se estima que alrededor del 50% de los niños con sobrepeso u obesidad arrastrarán este padecimiento hasta alcanzar la edad adulta. De aquí se desprende una de las inquietudes que dan origen al presente trabajo: ¿qué podemos aportar desde nuestro lugar para colaborar en la génesis de un cambio en la calidad de vida a la que, por lo menos la mitad de los niños obesos, parecen estar destinados?....

Desde hace años el tratamiento para la obesidad se ha basado en dos pilares fundamentales: los planes de alimentación hipocalóricos y la estimulación de la actividad física. Son muchas las investigaciones en las que se ha comprobado la *eficacia inicial* que aportan ambas estrategias. Decimos “eficacia inicial”, puesto que también encontramos en la experiencia clínica de muchos expertos en el tema, que en las primeras etapas de los planes de reducción de peso basados únicamente en los parámetros mencionados, se produce una disminución en el peso de los pacientes, pero a lo largo de uno, tres o cinco años casi el 90% recupera el peso con el que había comenzado el tratamiento, con el agravante de que muchos lo superan.

¿Qué queremos decir con todo esto? Que creemos que para bajar de peso y, sobretodo, para que tales cambios sean sostenidos en el tiempo, es necesario prestar atención a otra variable: la singularidad del sujeto... la dinámica inconsciente que lo determina... aquello que hace que existan tantas “obesidades” como sujetos obesos existan...

Es por esto que, sin negar la relevancia y utilidad de los abordajes clásicos, pretendemos contribuir, a la luz de la teoría psicoanalítica, con una mirada que nos acerque a la comprensión de la particularidad del caso estudiado. Con tal fin, es que exploraremos en las entrevistas psicodiagnósticas y en los resultados de los tests de exploración psicológicas (Test de Rorschach, Dibujo de la Figura Humana y Persona Bajo la Lluvia) ciertos aspectos de los procesos psíquicos inconscientes que se ponen en juego en este caso particular. Así mismo, haremos hincapié en los signos de pronóstico

que podamos visualizar, en el intento de identificar elementos inherentes al funcionamiento psíquico de esta niña, que podrían funcionar como obstáculo y otros que podrían favorecer el tratamiento terapéutico.

De lo dicho se desprende que los aportes realizados a partir de la presente investigación, lejos de ser generalizables a la totalidad de la población implicada, intentan ser ilustrativos acerca de cómo en cada sujeto se configuran de una manera particular los elementos teóricos estudiados.

II. MARCO TEORICO

CAPITULO I

OBESIDAD

PARTE I: CUESTIONES GENERALES DE LA OBESIDAD

I.1- DEFINICION

A medida que se realiza el recorrido por las diferentes concepciones acerca de lo que es la obesidad, nos encontramos con una variedad de definiciones que, en su mayoría, la consideran como un trastorno provocado por el exceso de grasa corporal a consecuencia del consumo frecuente de alimentos cuyo valor calórico es superior a las necesidades energéticas de la persona, lo cual se traduce en un incremento notorio del peso corporal.

A modo de ejemplo, se citarán algunas de las definiciones aportadas por los distintos autores:

“Aumento anormal del peso corporal, debido al exceso de la masa grasa con todas las consecuencias derivadas de este hecho” (Burgos, 1971).

“Aumento de la masa de tejido adiposo debido a un excesivo almacenamiento de grasa” (Mazza y César, 1975).

“Acumulación excesiva de grasa que conlleva un aumento del peso corporal” (Ochoa, de la Puente y Graña, 1990).

Hasta aquí, podemos arriesgar una generalización que se desprende de las nociones arriba presentadas: de acuerdo a ellas, la obesidad se define por la cantidad de tejido adiposo, elemento de difícil medición. En este sentido, Braguinsky (2003) se pregunta hasta qué punto este exceso de grasa es en sí mismo un dato patológico y no simplemente un dato anatómico. A partir de este cuestionamiento, se empiezan a delinear nuevas nociones respecto de la obesidad, en las que, sin dejar de lado la cuestión de la cantidad de grasa presente en el organismo, se centra la mirada también en los costes que esto significa para la salud tanto física como psicológica del sujeto. Tal es así, que junto con sus colaboradores, Braguinsky propone definir la obesidad como una “enfermedad epidémica, metabólica, crónica, heterogénea y estigmatizada, caracterizada por el exceso de grasa corporal, cuya magnitud y distribución condicionan

la salud del individuo”. Vemos en este concepto cómo aparece explicitada la noción de riesgo, más allá del rasgo anatómico.

Así mismo, y para destacar esta mirada que pone de relieve el compromiso de la salud del sujeto en el criterio para definir a la obesidad, la Organización Mundial de la Salud, ofrece como referente la siguiente conceptualización: “se entiende por obesidad una condición dada por la anormal o excesiva acumulación de grasa en el tejido adiposo, en la medida que sea un perjuicio para la salud”.

I.2.- CLASIFICACION DE LA OBESIDAD

I.2.1.- Clasificación de Acuerdo a su Etiología

- Obesidad Nutricional (simple o exógena): un alto porcentaje de niños que presentan obesidad es a causa de una ingesta energética excesiva y/o un gasto calórico reducido.
- Obesidad Orgánica (intrínseca o endógena): en menor porcentaje encontramos obesidades pediátricas correspondientes a síndromes dismórficos, endocrinopatías y lesiones del SNC.

I.2.2.- Clasificación de Acuerdo a la Constitución del Tejido Adiposo

- Obesidad Hiperplásica: caracterizada por un aumento en el número o cantidad de las células adiposas.
- Obesidad Hipertrófica: consiste en el aumento del contenido lipídico de las células del tejido adiposo, es decir, es un aumento del volumen de los adipositos. (Ochoa y col., 1990).

I.2.3.- Clasificación de Acuerdo a la Distribución de la Grasa Corporal

- Obesidad Androide o Abdominovisceral: Este tipo de obesidad, más común en los varones, presenta un predominio de acumulación de grasa en la cara, región cervical,

tronco, hombros y región supraumbilical. Barbany y Foz (2002), señalan también que se da un notorio aumento de grasa en la zona abdominal profunda (obesidad visceral).

- Obesidad Ginoide o Femoroglútea: Es más frecuente en las mujeres y se caracteriza por presentar mayor adiposidad en glúteos, caderas, muslos y mitad inferior del cuerpo.
- Obesidad de distribución homogénea: es aquella en la que el exceso de grasa no predomina de manera particular en ninguna zona del cuerpo.

I.2.4.- Clasificación de Acuerdo al Exceso de Peso Corporal

Según este criterio de clasificación, podríamos definir como sujetos obesos a aquellos que presentan porcentajes de grasa corporal por encima de los valores considerados como normales, esto es, más del 10% - 20% en los varones, y más del 20% - 30% en las mujeres. (Ferreira González, 2008),

Como técnicas principalmente utilizadas para la medición de la grasa corporal encontramos las Tablas de Peso y el Índice de Masa Corporal:

- Tablas de Peso: el grado de obesidad se establece en relación al peso ideal estandarizado en dichas tablas. Las mismas tienen en cuenta variables como sexo, edad, talla, constitución física y raza, por lo que estas tablas no pueden ser extrapoladas de una población a otra.

De acuerdo a las tablas de peso ideal, se da la siguiente clasificación (Ochoa y cols., 1990):

- Peso Normal: entre el 90% y el 110%.
 - Sobrepeso: entre el 110% y el 120%.
 - Obesidad: entre el 120% y el 130%.
 - Obesidad mórbida: por encima del 130%.
- Índice de Masa Corporal (IMC): a pesar de que el IMC no hace distinción entre los compartimentos grasos y magros de la masa corporal total, éste es el método más práctico que aún se usa para clasificar el estado nutricional tanto en la práctica clínica como en los estudios epidemiológicos. Se obtiene dividiendo el peso en kg. por la altura en metros cuadrados: $IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla (m)}^2}$

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla (m)}^2}$$

De acuerdo al IMC, se da la siguiente clasificación (para adultos) propuesta en el año 2007 por la SEEDO (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad) (citado en Ferreira González, 2008):

- Infrapeso: $IMC < 18,5$.
- Peso Normal: IMC entre 18,5 y 24,9.
- Sobrepeso Grado I: IMC entre 25,0 y 26,9.
- Sobrepeso Grado II (preobesidad): IMC entre 27,0 y 29,9
- Obesidad Tipo I: IMC entre 30,0 y 34,9.
- Obesidad Tipo II: IMC entre 35,0 y 39,9.
- Obesidad Grado III (mórbida): IMC entre 40,0 y 49,9.
- Obesidad Grado IV (extrema): $IMC > 50,0$.

En la conferencia del Consenso de la SEEDO (Salas-Salvadó, Rubio, Barbany y Moreno, 2007) se determinó que, en la población infantil y juvenil, se utilizarán como criterios para definir el sobrepeso y la obesidad los valores específicos por edad y sexo de los percentiles 85 y 97 del IMC, respectivamente.

El diagnóstico de obesidad en edades pediátricas es difícil de determinar. En general, como propone Ajuriaguerra (1977), un niño es considerado como obeso cuando su peso sobrepasa en un 15%, o dos desviaciones estándar, respecto del peso medio correspondiente para su talla y edad.

El 40% de los niños que, entre los 6 meses y 7 años de vida comienzan con obesidad, seguirán siendo obesos en la edad adulta; mientras que, para los que comenzaron entre los 10 y 13 años, las probabilidades son del 70%. Esto se debe a que las células que almacenan la grasa (adipositos) se multiplican en esta etapa de la vida, por lo cual aumenta la posibilidad del niño de ser obeso cuando llegue a la adultez.

I.3.- UN POCO DE HISTORIA

I.3.1.- Prehistoria

Desde los orígenes de la humanidad (2,5 millones a.C.) hasta el inicio de la escritura (3.000 a.C) aproximadamente.

Las primeras referencias sobre la obesidad humana datan de esta época. Ante la escasez de alimentos imperante en aquellos tiempos, sólo las mujeres que habían logrado almacenar más grasa, lograban sobrevivir a tales períodos de hambruna. De esta manera, la valoración de los atributos físicos de la mujer, instituyó a la obesidad como una cualidad respetada, en virtud de una supuesta mejor capacidad procreadora y alimentadora. Las esculturas prehistóricas, como la Venus de Willendorf, dan cuenta de tales bondades del cuerpo femenino: adiposidad del tronco, grandes nalgas, senos enormes. Esta representación simboliza prosperidad y lujo. (Sáenz Herrero y Segarra Echebarría, 2005).

En los principios del período neolítico surge la agricultura. Con ella se abandona lentamente un estilo de vida nómada para dar lugar a la aparición del sedentarismo: el hombre “en lugar de correr en busca de su alimento, lo generó él mismo por medio del cultivo de la tierra y se transformó, de esa manera, en un productor” (Ravenna, 2005, 21).

Paulatinamente, como señala Montero (2007), se va instalando una relación de coste negativo para el organismo: mucho ingreso y poco egreso, mucho almacenamiento de calorías y poco gasto energético producto de la disminución del ejercicio físico.

I.3.2.- Edad Antigua

Desde la aparición de la escritura (3.500 a 3.000 a.C.) hasta la caída del Imperio Romano (476 d.C.).

En la cultura griega, Hipócrates (siglo V a.C.) sienta las bases en relación a lo que se entiende por salud y enfermedad. La salud como sinónimo de un equilibrio entre elementos físicos y humores corporales; siendo por lo tanto la enfermedad el producto de la alteración de dicho equilibrio.

El ideal de salud en la Grecia Antigua, está basado en la concepción platónica que plantea la necesidad de evitar la degradación humana. En este contexto, el obeso es un transgresor, puesto que come en exceso, sus proporciones no son armónicas, y su comportamiento está muy lejos de ser racional.

Respecto a la cultura romana y a su estricta disciplina, en la que se gestó fuertemente un culto por la delgadez del cuerpo, resulta interesante comentar las costumbres desmesuradas a las que este pueblo sucumbía. Los romanos gustaban de

disfrutar copiosos banquetes que llegaban a incluir más de veinte platos, acompañados todos ellos con grandes cantidades de vinos y licores. Cada vez que los comensales estaban saciados, se dirigían a una habitación llamada vomitorium, donde se autoprovocaban el vómito, esto les servía para retomar la comilona. Al respecto, Séneca escribe: “vomunt ut edant, edunt ut vomant”, es decir: “vomitan para comer y comen para vomitar” (citado en Sáenz Herrero y Segarra Echebarría, 2005, 316).

Finalmente, sabemos que en la moral cristiana, los excesos no son tolerados, y el comer en abundancia no escapa a los castigos procurados por la iglesia. Tanto es así, que la gula, en la cultura cristiana, es la expresión más clara del desorden y del vicio, por lo que es designada como uno de los siete pecados capitales, que conduce al hombre a la ruina moral y a la pérdida del paraíso.

I.3.3- Edad Media

Desde la caída del Imperio Romano (476 d.C) hasta la caída del Imperio Bizantino (1453 d.C.).

En aquellos tiempos, la glotonería era muy común entre los nobles, para los cuales era un signo tangible de bienestar. El aprecio por la gordura se asienta nuevamente sobre la ilusión de huir del hambre, la pobreza y la enfermedad. El modelo ideal de mujer era entonces una matrona rolliza, de grandes senos y con vientre redondeado, todo ello símbolo de fecundidad y de seguridad para la descendencia. Por tal motivo, la obesidad se convierte en un prerrequisito para contraer matrimonio. Estas novias obesas eran las más valoradas a la hora de ofrecerlas en matrimonio. Tal es así, que muchas doncellas de la clase acomodada escapaban de sus casas y se refugiaban en los conventos, buscando una liberación de sus cuerpos. En este contexto aparece la “santa anorexia”. Rudolph Bell (1985, citado en Sáenz Herrero y Segarra Echebarría, 2005), al revisar la biografía de centenares de religiosas italianas desde el siglo XIII hasta la actualidad, concluye que muchas de ellas podrían haber padecido de anorexia nerviosa.

I.3.4.- Edad Moderna

Desde la caída del Imperio Bizantino (1453) hasta, aproximadamente, el estallido de la Revolución Francesa (1789).

Al surgir la aristocracia cortesana (siglo XVI), adquieren relevancia los modales en el comer. Ravenna (2005), en su libro, comenta que de este modo se inicia la concepción moderna del “buen vivir”, en tanto la moderación debe encontrarse en todas las formas de conducirse del hombre civilizado, siendo socialmente condenado todo aquel que sucumba ante el exceso.

Desde la medicina, las primeras monografías sobre la obesidad aparecen a finales del siglo XVI y principios del XVII. Como ejemplo de esto, en el año 1760 se publica una monografía sobre obesidad, cuyo autor es Malcom Flemyng. En el mismo, se señalan cuatro causas de la obesidad: comer en abundancia, alteración en la textura de la membrana celular, un estado anormal de la sangre que facilitaría el depósito de grasa y por último, una evacuación defectuosa.

I.3.5.- Edad Contemporánea

Desde la Revolución Francesa (1789) hasta nuestros días.

En 1840, Imbert incluye la anorexia nerviosa, la bulimia y la pica dentro de las “neurosis del estómago”. Diferencia la anorexia gástrica de la nerviosa, atribuyendo a la primera un trastorno digestivo de origen gástrico, y a la segunda, alteraciones de orden psicológico (Sáenz Herrero y Segarra Echebarría, 2005). Es quizás aquí, donde encontremos las primeras alusiones psicológicas en referencia a los trastornos en la conducta alimentaria. Así mismo, Charcot, en 1889, promueve la parentectomía (el aislamiento de la paciente de su círculo familiar) como fórmula terapéutica para las pacientes con anorexia nerviosa, y fue el primero en reconocer el miedo a la obesidad como responsable del ayuno.

En 1875, la gula o glotonería, se presenta como una de las principales causas de la obesidad. Aparece el concepto de “balance energético”, el cual postula científicamente que el sobrepeso es desencadenado por una mayor ingesta de alimentos de los que el organismo necesita.

Durante el siglo XX, lentamente va surgiendo un ideal que reemplaza la moda que aprisionaba los cuerpos, para promover un tipo de vestimenta que permita mostrarlo sin inhibiciones. Es en este contexto, donde la delgadez se asoma como modelo de belleza. Las imágenes femeninas obesas, han dado paso a otras en las que, la flaqueza del cuerpo, llega casi al extremo. Tal es así, que la valoración social del tamaño y formas corporales ideales responde a estándares estéticos más que a cuestiones de salud. Como consecuencia, la obesidad se estigmatiza y castiga, social y culturalmente.

En respuesta a los imperativos estéticos de la época, enérgicamente acelerados por la contundencia de la publicidad, aparecen todo tipo de estrategias para alcanzar tales modelos: dietas populares, ayunos, remedios para adelgazar, ejercicios con aparatos de última tecnología... recetas casi mágicas y a la vez controvertidas, que se prescriben en forma masiva, y cuyo uso llega a generar terribles consecuencias tanto físicas como psicológicas.

Paralelamente, los avances en la tecnología se suceden a pasos agigantados. El confort se introduce de lleno en los hogares, hace más fácil el desarrollo cotidiano de las actividades, generando un clima de comodidad y de optimización del tiempo. De la mano de esta nueva tendencia, se gesta una sobrevaloración del consumo, constituyéndose la dupla comodidad-consumismo en un peligro potencial en lo que al cuerpo se refiere.

I.4.- EPIDEMIOLOGIA DE LA OBESIDAD

En las últimas décadas, el fenómeno de la obesidad ha pasado a ocupar el foco de interés de diversos especialistas en salud pública. El motivo de este nuevo miramiento reside en la celeridad con la que dicha patología se hace presente en un número de países cada vez mayor.

I.4.1.- Obesidad en el Mundo

En la actualidad, la prevalencia del fenómeno en EEUU se estima en el 33% de la población adulta, siendo la causa de 300.000 muertes al año. En su tesis, la Dra.

Gussinyé Canabal (2005), nos muestra cómo la proporción de sobrepeso y obesidad en los niños norteamericanos ha ido en aumento en los últimos 25 años: las tasas de prevalencia han aumentado del 4% al 15,3% en la población de 6 a 11 años, y del 6% a 15,5% en población de 12 a 19 años.

En Chile (O'Donnell, 2004) los números no son menos preocupantes: en estudios comparados entre 1987 y 2000 de datos de escolares de 6 años de edad, se observó que la prevalencia de obesidad prácticamente se triplicó, trepando desde un 5,1% a un 14,7%, aproximadamente. Respecto de la población adulta, la escalada de valores sigue la misma línea, encontrándose un aumento de prevalencia que va del 10% al 21,7%, en un período de 10 años aproximadamente (1988-1997).

Así mismo, O'Donnell señala que en México, la prevalencia en el año 1988 era de 9,4%, registrando un atroz aumento que alcanza el 24,4% hacia el año 1999.

Braguinsky (2002) en su trabajo, señala que quizás la población latina más fuertemente afectada por esta epidemia, sea la que corresponde a la ciudad de Asunción, Paraguay. En los estudios poblacionales llevados a cabo en dicha capital, se constató que el total de sobrepeso (preobesidad + obesidad) en las mujeres es de 71,8%, mientras que en los varones es del 64,5%.

Por otro lado, los datos aportados desde la IOTF (International Obesity Taskforce, 2005), revelan que en los países europeos, las tasas de obesidad también crecen precipitadamente; siendo ejemplo de ello, el raudo incremento de la prevalencia en los niños de Europa Occidental, abarcando dicha enfermedad entre un 15% y un 35% de la población infantil.

I.4.2.- Obesidad en la Argentina

En nuestro país no se dispone de ninguna encuesta a nivel nacional sobre el estado nutricional de la población. Sólo hay información proveniente de diversos estudios, los cuales cuentan con objetivos, metodologías y criterios de diagnóstico distintos.

En la exhaustiva recopilación de estudios epidemiológicos que realiza O'Donnell (2004) para el CESNI (Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil), se concluye que, si bien las distintas investigaciones varían en algunos valores, los índices de prevalencia indican, como se mencionó anteriormente, que el problema de sobrepeso y obesidad en

nuestro país se instala desde edades muy tempranas. En este sentido, y teniendo en cuenta que la mayoría de los estudiosos del tema afirman que la probabilidad de ser un adulto obeso aumenta significativamente en relación al hecho de haber padecido sobrepeso durante la infancia, se puede apreciar claramente cómo el sobrepeso en los niños debe considerarse como una importante señal de alarma, ya que alcanza aproximadamente al 20% de la población infantil estudiada; y a su vez duplica (y en ocasiones casi triplica) en prevalencia los valores de obesidad (alrededor del 5% al 8%).

PARTE II: FACTORES PREDISPONENTES DE LA OBESIDAD

En la obesidad, como en toda afección multideterminada, encontramos una compleja combinación de factores interactuantes tanto en su génesis, como en su desarrollo y evolución. Tal es así, que se habla de factores predisponentes que incluyen aspectos biológicos, psicológicos, sociales o culturales, que pensamos se combinan de manera particular en cada paciente. El estudio de estos factores y su interrelación se impone al momento de realizar el diagnóstico y planificar la estrategia terapéutica.

II.1- ASPECTOS BIOLÓGICOS

II.1.1.- ¿La Gordura se Hereda?: El Papel de los Genes en la Obesidad

De la misma manera como algunos genes determinan el color de ojos o la estatura de un sujeto, se sabe que hay otros que afectan el apetito, la capacidad de sentirse satisfecho, el metabolismo, la capacidad de almacenamiento de grasa y de regulación del peso corporal. En efecto, entre el 20% y el 30% de los sujetos obesos tienen su detonador en los genes: heredan la tendencia a engordar.

Mayer (citado en Ajuriaguerra, 1977) sostiene que en las familias en las que uno de los padres es obeso, aproximadamente el 40% de los niños en el hogar también lo son. A su vez, alrededor del 80% de los niños cuyos ambos padres padecen este trastorno, corren igual suerte.

Así mismo, investigaciones recientes (Seijas Buschiazzo y Feutchmann Sáez, 1997; Gussinyé Canabal, 2005; Ravenna, 2005) han descubierto una serie de mutaciones genéticas que podrían ser responsables de ciertas formas de obesidad mórbida.

II.1.2.- Factores Tisulares: Los Adipositos

Las personas obesas, en particular las que han desarrollado la obesidad durante la infancia, pueden tener una cantidad de células grasas (adipositos) hasta cinco veces mayor que las personas de peso normal.

Rodríguez Scull (2003) señala que el paciente muy obeso que desarrolla hiperplasia (aumento del número de adipositos) y comienza a adelgazar, disminuirá el tamaño de los adipositos, pero no su número. Este hecho tiene una relevancia especial en la obesidad de temprano comienzo, en la cual prevalece la hiperplasia sobre la hipertrofia (aumento del volumen de los adipositos), y como resultado es más difícil su control, puesto que hay una tendencia a recuperar el peso perdido con gran facilidad. En el caso de la obesidad de comienzo en la adultez, predomina la hipertrofia sobre la hiperplasia, por lo cual su tratamiento suele obtener resultados más favorables, pero no significa que sea por eso más fácil.

II.1.3.- Metabolismo de la Obesidad

El metabolismo transforma la energía que contienen los alimentos que ingerimos en el combustible que necesitamos para todo lo que hacemos, desde movernos hasta pensar o crecer. La transformación de la energía se realiza a través de tres procesos: gasto energético basal o de reposo (energía necesaria para mantener los procesos vitales en condiciones termoneutrales); gasto energético condicionado por la actividad física; y gasto energético posprandial (efecto térmico de los alimentos). (Martínez y Rabasa, 1997).

En este sentido, los seres humanos contamos con un vasto equipamiento de genes y hormonas asociadas que regulan la ecuación energía ingerida-gasto energético. De un lado de la ecuación, se encuentran las calorías que consumimos a través de los alimentos, y del otro las que quemamos. El balance energético se consigue cuando la ingesta energética es igual al gasto. El excedente se convierte en grasa corporal. Sin embargo, para la mayoría de los expertos (Martínez y Rabasa, 1997; Chueca y cols., 2002; Ravenna, 2005) no está claro aun si la obesidad está causada por una ingesta excesiva o por un gasto calórico reducido.

II.1.4.- Neuroendocrinología

Los desórdenes producidos por alteraciones en las glándulas endocrinas han ocupado un lugar de relevancia respecto a la etiología de la obesidad, puesto que son generadoras de hormonas, entre las cuales, muchas cumplen un rol decisivo en los procesos que intervienen en la regulación de la ingesta.

Siguiendo a Máximo Ravenna, entre las hormonas que más fuertemente presentan una relación con la obesidad, encontramos: Hormona PYY3-36, Grelina, Colecistokinina, Insulina y Leptina.

II.2.- ASPECTOS SOCIO-AMBIENTALES

II.2.1.- Nutrición Fetal y Lactancia Materna

La vida fetal puede constituir un periodo crítico para el desarrollo de obesidad (y otras enfermedades crónicas) en épocas posteriores de la vida.

La mal nutrición fetal induce alteraciones metabólicas que acompañarán al sujeto a lo largo de su vida. Tales alteraciones contribuyen a la aparición de la obesidad en edades posteriores. Por tal razón, la desnutrición fetal, genera un alto riesgo de sobrepeso y obesidad pediátrica en países no desarrollados.

Con respecto a la lactancia, los autores expresan que los niños alimentados con leche materna tienen menos riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad en la infancia y en la adolescencia, que los alimentados con fórmulas adaptadas.

Por otro lado, Ajuriaguerra (1977) concluye que, la sobrealimentación durante la lactancia, podría convertirse, posteriormente, en una necesidad irreversible. Es decir, parece que una vez alterado el mecanismo de regulación del apetito, es difícil que vuelva a funcionar normalmente.

II.2.2.- Modelos Familiares

El ambiente familiar es un aspecto fundamental con respecto a la aparición y/o prevención de la obesidad. Recordemos que los problemas de peso resultan de la combinación de la genética y de los factores ambientales que funcionan como disparadores.

En este sentido, debemos tener presente, que en una familia no sólo se comparten los genes, sino también las costumbres, los hábitos de alimentación, las creencias sobre salud y enfermedad, el gusto por los deportes y actividades físicas, etc.

Sabemos que los padres (o cuidadores) son los responsables de que los niños adquieran hábitos saludables de alimentación y un estilo de vida sana. Las preferencias por ciertas comidas son tempranamente influenciadas por las costumbres familiares, los niños aprenden a ser activos o inactivos de sus padres. Es decir, un niño que tenga una predisposición genética a la obesidad, que vive en un ambiente en el que los alimentos hipercalóricos son de fácil acceso y cuya familia tienda a ser sedentaria, corre mayor riesgo de desarrollar obesidad que un niño con similar predisposición pero que se desenvuelve en un ambiente diferente.

Se ha observado que, en muchas familias, se presentan elementos o dinámicas comunes a las que se llama “obesogénicas”. En este sentido, se sostiene que las familias sobreprotectoras, rígidas, con padres ansiosos o que implican frecuentemente a los hijos en sus conflictos, tienen mayor riesgo de desarrollar problemas de peso. Agrega que en general, estas familias, tienen dificultades en aceptar los cambios provocados por el crecimiento de sus hijos y suelen sobreestimar la importancia de comer en cantidades abundantes para la salud.

II.2.3.- Estilo de Vida

En las sociedades occidentales, el estilo de vida que llevan los individuos ha sufrido una profunda alteración que deja sus huellas. Entre otras, la obesidad puede considerarse como el reflejo de tales cambios.

La urbanización ha promovido la adaptación de los sujetos a tipos de trabajos que requieren una disminución notable de la actividad física. La alta penetración social de

los adelantos tecnológicos, tiene como propósito eliminar toda fatiga física en las actividades cotidianas. La mecanización de labores de todo orden que antes demandaban esfuerzo físico, ha generado un cambio de hábitos que se expresa en la adopción global del sedentarismo. En este sentido, Britos (2007) comenta que, en países desarrollados, se ha llegado a estimar un descenso del gasto energético de alrededor del 10% por década.

En relación al comportamiento alimentario del hombre postmoderno, es común la dependencia de alimentos procesados, comidas preparadas o listas para consumir y comidas fuera del hogar. Britos sostiene que estos productos son de perfil nutricional obesogénico, puesto que presentan una alta densidad de energía, generalmente a expensas de grasas y baja concentración de micronutrientes.

Los autores coinciden, en que la ausencia en el hogar de la figura materna, ha generado también el establecimiento de usos que desestiman el hábito de la comensalidad familiar, punto trascendental en relación con la formación temprana y adecuada de la conducta alimentaria en los niños.

Por otro lado, la actividad física en los niños es frecuentemente desplazada por actividades como los juegos de video, la televisión, etc. Al respecto, Britos comenta que en estos tiempos de sobrevaloración de las tecnologías, se produce una notable disminución de los espacios físicos y temporales para realizar actividades que impliquen un movimiento del cuerpo, reemplazadas con frecuencia por tareas relacionadas con la informática. En los años más recientes, esta tendencia hacia un mayor sedentarismo, se ha visto agudizada también por los problemas de inseguridad pública que influyeron aun más en la reducción de actividades al aire libre (O'Donnell, 2004). El hecho de que los niños permanezcan jugando con la computadora dentro de su hogar, se convierte en un factor tranquilizador para los padres, que transcurren una buena parte del día fuera de sus casas.

II.2.4.- Patrones de Alimentación

En la cotidianeidad de nuestros días, escuchamos con frecuencia frases como “yo no desayuno”, “a mí me gusta picar algo antes de comer”, “prefiero cenar bien y no hacer un almuerzo muy pesado”, etc. Estas frases permiten acercarnos a lo que

llamamos “patrones de alimentación”. Las personas desarrollamos nuestros patrones de alimentación en base a la consideración de los compromisos cotidianos, sin tener en cuenta por tanto, su efecto en el organismo.

El desayuno, constituye un claro ejemplo respecto de los hábitos de alimentación, que se encuentra alterado por la urgencia de las responsabilidades diarias.

La influencia del desayuno sobre la obesidad infantil ha sido profundamente estudiada. Gussinyé Canabal menciona que los niños con sobrepeso comen menos en el desayuno (o directamente no lo hacen) que los niños de peso normal. En efecto, Aranceta, Pérez, Ribas y Serra (2000), observaron que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor en aquellos que desayunan poco o no desayunan, que entre los que lo hacen de una manera equilibrada en cantidad y calidad de nutrientes ingeridos.

El desayuno completo tiene un efecto positivo en el mantenimiento de un IMC dentro del rango de la normalidad, puesto que su influencia en el aumento de peso se encuentra en relación con la sensación de hambre que el niño y el adulto experimentarán como consecuencia del ayuno, lo cual es probable que derive en una ingesta en exceso durante el día o en un aumento del “picoteo” entre horas.

Otro de los hábitos fuertemente enraizado en nuestra cultura, tiene que ver con la notable presencia de grasas, azúcar y sal en nuestra dieta. Al respecto, Ravenna sostiene que la preferencia de estos productos en las comidas, está creando lo que denomina “transición de la nutrición”, lo cual pone en los primeros lugares de una larga lista de enfermedades a la obesidad (grasas + harinas), la diabetes (azúcar) y a la hipertensión (sal).

II.2.5.- Nivel Socioeconómico

Mantener hábitos sanos, tanto en lo que respecta a la actividad física, como al mantenimiento de una dieta saludable, puede convertirse, en determinados contextos, en algo inalcanzable.

Los estratos socioeconómicos más bajos de nuestra sociedad, muchas veces, se encuentran ante un dilema: acceder a una dieta equilibrada en cantidad y calidad de nutrientes, o calmar el hambre. En efecto, siguiendo a Britos y a Pacheco y cols., los alimentos con altos contenidos de grasa y azúcares, tienen una elevada densidad

calórica, sabor y textura agradables, y, lo más importante, alivian rápidamente la sensación de hambre. La ingesta crónica de estos alimentos los convierte en poderosos promotores de la obesidad, por su efecto negativo sobre el control de la ingesta energética.

En conclusión, pareciera que los alimentos que promueven una mejor nutrición presentan un costo que, muchas veces, resulta inaccesible para quienes tienen un menor poder adquisitivo.

II.3.- ASPECTOS PSICOLOGICOS

Los estudios de pacientes obesos muestran que los factores psicógenos tienen un papel de relevancia, no sólo en la etiología, sino también en el mantenimiento de la obesidad.

Mucha de la literatura consultada sostiene que este trastorno puede desarrollarse bajo la influencia de una tensión emocional prolongada de orden afectivo; o bien, puede aparecer ligado a diversas condiciones de la vida social: dificultades económicas, preocupaciones, estrés. Estos casos se acompañan frecuentemente de sobrealimentación compensatoria.

En este orden de cosas, una gran cantidad de estudios se han ocupado del papel que cumplen las emociones respecto de la ingesta. La relación entre los estados emocionales e ingesta, fue estudiada por primera vez por Kaplan y Kaplan en 1957, en lo que se denominó “hipótesis psicosomática”. Según ésta, la sobreingesta sería una conducta aprendida en la infancia, utilizada por la persona para reducir su ansiedad. Más tarde, se sugirió que el sujeto obeso podría confundir estados emocionales internos con sensaciones de hambre; en consecuencia, este sujeto comería de forma inapropiada como respuesta a la activación emocional (Silvestri, 2005).

Al respecto, Bruch (1976, citado en Ajuriaguerra, 1977; Ochoa y cols., 1990; Silvestri, 2005; Parysow, 2005) señala la trascendencia que tiene una adecuada respuesta materna ante la demanda del niño durante las primeras etapas del desarrollo, en las cuales la madre debe ser capaz de decodificar el lenguaje sin palabras del bebé. Si esta respuesta no es pertinente, se pueden generar trastornos en el desarrollo armónico

de la personalidad, los que se pondrán más adelante de manifiesto, cuando aparezca una marcada dificultad en la identificación de las propias sensaciones y la persona busque calmar cualquier estado interno de tensión con una ingesta. En efecto, Bruch fue la primera investigadora que propuso una teoría psicológica para explicar la etiología de la obesidad. De esta manera, siguiendo a la autora, existirían dos tipos de obesidad:

- Obesidad de origen evolutivo, como resultado de la incorporación de experiencias de aprendizajes pobres dentro del ambiente familiar, generando en los niños una confusión entre las necesidades biológicas del hambre y otras necesidades de carácter emocional.
- Obesidad reactiva, iniciada generalmente en la vida adulta, como respuesta a eventos estresantes, por lo que la hiperfagia estabilizaría el funcionamiento emocional disminuyendo la ansiedad.

En la hipótesis psicósomática que Bruch sostiene, se pone de relieve, como ya mencionamos, un error en las transacciones con los vínculos primarios, que generarían un aprendizaje defectuoso: una madre narcisística, que respondería de manera estereotipada y rígida ante las demandas del niño, interpretando casi cualquier malestar como una necesidad de alimentos, lo que finalmente conduciría a una dificultad del infante para luego discriminar los propios estados emocionales. Además el niño, cuyas otras necesidades estarían reprimidas o insatisfechas (Ajuriaguerra, 1977), reacciona con una demanda alimenticia creciente, y un deseo de satisfacción inmediato; el alimento, como equivalente del amor, tendría un valor de compensación y de alivio. De esta manera, en los conflictos de la vida social, la hiperfagia podría ocupar el lugar de la agresividad, y el peso, adquirir un valor simbólico de fortaleza.

En muchos estudios se ha relacionado al sobrepeso y a la obesidad con diversas cuestiones psicológicas: elevada insatisfacción corporal, actitud pasivo-dependiente, baja autoestima y autoconcepto, ansiedad notable, depresión, pobre funcionamiento familiar, bajo ajuste y competencia social, problemas de conducta, etc. Resulta complicado poder discriminar si lo mencionado se presenta como causa o como consecuencia de la obesidad. De todas maneras, como sostiene Silvestri (2005), el abordaje y tratamiento de los aspectos psicológicos implicados en la obesidad, es de vital importancia, ya que, de lo contrario, el paciente encuentra dificultoso

comprometerse adecuadamente con el tratamiento y, en general, presenta mayores problemas para bajar de peso y mantenerlo.

PARTE III: COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad en edades pediátricas, presentan una serie de alteraciones asociadas que se mencionarán en el presente apartado. De todos modos, resulta importante destacar aquí, que, en consonancia con la mayoría de los autores, consideramos que el mayor riesgo asociado a la obesidad infantil es la persistencia de la problemática en la edad adulta, como así también, las perturbaciones psicosociales derivadas de su padecimiento.

Así mismo, y teniendo en cuenta los valores estéticos impuestos por nuestra cultura, estamos en la obligación de tener presente la alta probabilidad de aparición de otras alteraciones en la conducta alimentaria que, si se quiere, se relacionan de forma indirecta con la obesidad: una franja significativa de la población obesa experimenta una constante necesidad de hacer dieta, lo que, en personas vulnerables, puede motivar alteraciones del comportamiento alimentario como alimentación restringida, conductas compulsivas o bulimiformes, bulimia y anorexia nerviosa.

Prácticamente en todos los aspectos de la vida se le recuerda al obeso que se encuentra en una sociedad que no tolera la gordura. Los autores consultados están de acuerdo en considerar que, si bien el prejuicio y la discriminación son reales, pensar que la psicopatología del obeso es el resultado de éstas, sería un concepto simplista. Se estaría ignorando el peso que tienen las características psicológicas individuales tanto en la génesis de la obesidad como en la dificultad para adelgazar o mantener el peso logrado.

A continuación se presentarán de manera esquemática las alteraciones tanto médicas como psicosociales que, con mayor frecuencia, se asocian con la presencia de obesidad.

Tabla 1: Principales Alteraciones Asociadas a la Obesidad

<p style="text-align: center;">COMPLICACIONES MEDICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones del Crecimiento - Alteraciones del Desarrollo Puberal y de la Función Reproductiva - Osteoarticulares - Dermatológicas - Respiratorias - Digestivas - Cardiovasculares - Síndrome Metabólico – Vascular - Hiperinsulinemia, Resistencia a la Insulina y Diabetes - Cáncer
<p style="text-align: center;">COMPLICACIONES PSICOSOCIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Discriminación - Aislamiento - Rechazo - Depresión - Baja Autoestima - Estados de Ansiedad

Fuente: Martínez y Rabasa, 1997; Chueca y cols., 2002; Gussinyé Canabal, 2005; Ravenna, 2005; Montero, 2007; Pacheco y cols., 2007.

PARTE IV: TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

IV.1.- CUESTIONES GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

La experiencia aportada por la práctica clínica respecto de la obesidad, da cuenta de las dificultades que encuentran, tanto médico como paciente, para alcanzar el éxito del tratamiento. Los criterios favorables para la intervención terapéutica, se basan en la demostración de que con una pérdida moderada de peso (5% -10%) se puede conseguir una notable mejoría en la comorbilidad asociada a la obesidad y en la calidad de vida en obesidades severas (Barbany y Foz, 2002; Salas-Salvadó, Rubio, Barbany y Moreno, 2007). En líneas generales, Chueca y cols., sostienen que el objetivo del tratamiento en la infancia es conseguir un peso adecuado para la talla y edad; y conservar posteriormente el peso dentro de límites normales, al mismo tiempo que se mantiene un crecimiento y desarrollo normal.

Ya hemos mencionado la conveniencia de atender a los aspectos singulares presentes en cada paciente obeso con el fin de comprender, entre otras cosas, su etiopatogenia y posibles asociaciones clínicas. De la misma manera, consideramos de fundamental importancia continuar con esta lógica a la hora de diseñar el programa de intervención terapéutica. En efecto, la mayoría de los autores consultados coinciden en afirmar que, conociendo las características propias de los individuos, es posible identificar los factores que propician su obesidad, y, de este modo, adaptar un programa de reducción de peso a largo plazo.

Para estimar el riesgo que entraña una obesidad, usualmente se considera el grado de la misma, el sexo, la edad, la distribución de la grasa y los trastornos asociados que presenta el individuo obeso. Así mismo, es importante obtener datos mediante la historia clínica nutricional, con el objetivo de indagar acerca de los hábitos dietéticos de la familia y los antecedentes familiares de obesidad y otras enfermedades nutricionales (diabetes, hipertensión arterial, etc.). Con frecuencia, la valoración psicológica, queda por fuera de la evaluación general del paciente, resultando de

relevancia sólo en situaciones extremas, como son las intervenciones quirúrgicas. En este sentido Weiss y English, ya en el año 1949 (citado en Parysow, 2005), comentan que el problema de la obesidad suele ser abordado desde un punto de vista puramente somático, es decir, en términos de calorías y de secreciones internas. Sin embargo, al tratarse de un problema mucho más amplio, “debe comprenderse interpretando los anhelos y las satisfacciones instintivas”; en otras palabras, debemos comprender la personalidad de los pacientes en los cuales se plantea la cuestión de reducir el peso.

Por todo lo dicho, es indudable la necesidad de un abordaje multidisciplinario, en la que se observen las singularidades del paciente obeso en todas sus facetas. No debe olvidarse que el ser humano es un ser bio-psico-social, y como tal obliga a que todas las terapéuticas sean enfocadas desde esta perspectiva, y el tratamiento de la obesidad no queda excluido.

IV.2.- PRINCIPALES ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS

A continuación se presentarán las principales estrategias terapéuticas para el abordaje de la obesidad, y los aspectos más importantes a tener en cuenta en cada una de ellas.

Tabla 2: Principales Estrategias Terapéuticas

<p>TRATAMIENTO DIETETICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reorganizar la dieta cuando se encuentra desequilibrada. - Estimular el establecimiento de buenos hábitos alimentarios en toda la familia. - Distribuir el consumo de alimentos en 5 tiempos para reducir el intervalo entre comidas. - Preservar el desarrollo físico e intelectual del niño. - Satisfacer todas las necesidades de nutrimentos. - Adaptar el plan nutricional a los gustos y hábitos del paciente y la familia. - Mantener la masa magra / Disminuir la masa grasa.
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir las complicaciones asociadas a la obesidad.
ACTIVIDAD FISICA	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar el ejercicio en actividades cotidianas. - Reducción de conductas sedentarias. - Realizar actividad física constante, programada y motivadora para el sujeto (deportes, caminatas, etc.). - Mejorar la calidad de vida: aumenta el gasto energético, modifica la composición corporal y los hábitos alimentarios, disminuye los factores de riesgo asociados a la obesidad y tiene efectos psicológicos positivos.
PSICOTERAPIA	<ul style="list-style-type: none"> - Enfoque Cognitivo- Conductual: la alimentación es una conducta aprendida. Utilización de técnicas de reeducación destinadas a modificar las situaciones que estimulan el apetito, la propia conducta ante las comidas y las consecuencias que se producen después de comer. - Enfoque Psicodinámico: la relación del sujeto con la comida y con su cuerpo depende de su relación con el Otro, con la falta, el deseo y el goce. El abordaje debe contemplar el conocimiento de la singularidad del paciente, el cual debe responsabilizarse de su posición subjetiva para comenzar a cuestionar algo del goce en que está instalado.
FARMACOTERAPIA	<ul style="list-style-type: none"> - No debe utilizarse como tratamiento aislado, sino de forma complementaria a los planes de alimentación, actividad física y cambios en el estilo de vida. - Limitado a pacientes con IMC mayor de 30 (o mayor de 27 si se asocian comorbilidades mayores, y fracaso en programas de adelgazamiento). - Fármacos aprobados: Orlistat (contribuye a desarrollar un balance calórico negativo). Sibutramina (aumenta la sensación de saciedad y disminuye el apetito). Ansiolíticos (obesidad que

	<p>curso con depresión o con trastornos alimentarios). Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina (obesos con comportamiento bulímico).</p> <ul style="list-style-type: none"> - El uso prolongado de fármacos no se ha mostrado del todo eficaz y produce efectos secundarios. - Una vez suprimida la medicación, el peso se recupera si no se establecen medidas eficaces de control.
<p>TRATAMIENTO QUIRURGICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recomendable sólo en pacientes con IMC mayor de 40, con enfermedades coexistentes graves asociadas a la obesidad, y antecedentes de fracaso en programas de adelgazamiento. - Técnicas Restrictivas: reducción de la capacidad gástrica (gastroplastia vertical anillada y banda gástrica ajustable). - Técnicas Mixtas: con componente restrictivo y malabsortivo (bypass gástrico). - Técnicas Malabsortivas: indicadas en personas con IMC mayor de 45. - La cirugía determina una reducción de peso entre el 40% y el 80%. - Es esencial el seguimiento posterior del paciente intervenido. - Un alto porcentaje de los obesos a los que se ha intervenido recuperan el peso perdido.

Fuente: Barbany y Foz, 2002; Chueca y cols., 2002; Gussinyé Canabal, 2005; Parisow, 2005; Rovira, 2006; Sobral García, 2006; Salas-Salvadó, Rubio, Barbany y Moreno, 2007.

CAPITULO II

LA INFANCIA MEDIA

PARTE I: PARTICULARIDADES DE LA INFANCIA MEDIA

En el presente apartado se explorarán las particularidades de la infancia media que resultan valiosas para el abordaje del caso. En este sentido consideramos oportuno aclarar que, entre otros, hemos tomado algunos desarrollos teóricos de Jean Piaget, puesto que consideramos que sus aportes en cuanto a la descripción de ciertos aspectos psicológicos y comportamentales de la niñez, resultan útiles a la hora de contextualizar teóricamente algunas cuestiones observables en la infancia.

Ahora bien, el hecho de recurrir a los aportes piagetianos señalados, no implica que el espíritu de este trabajo sea el de contemplar una perspectiva del desarrollo del ser humano basada en una sucesión ordenada en etapas o periodos cronológicos. Como ya mencionamos, la casuística será analizada a la luz de la teoría psicoanalítica, la cual no puede brindar ninguna lectura cronológica ni evolutiva, puesto que resultaría incoherente con la atemporalidad que rige como ley del inconsciente. Freud nos enseña que lo fundamental son los momentos lógicos en la estructuración del sujeto.

La infancia media, comprendida entre los 6 y 11 años aproximadamente, se corresponde, como vemos, con el inicio de la escolaridad básica. Esta etapa de la vida representa para todo niño un momento crucial, en tanto comienza a despegarse del núcleo familiar y a vincularse con otros mundos, hasta entonces desconocidos.

Es a partir de esta “segunda socialización” que el niño descubre que el universo de sus padres no es el único, sino que existe y, lo más importante, forma parte de un sistema social distinto: el grupo de pares.

La literatura que refiere a esta etapa, coincide en titularla como la edad de la amistad, puesto que parece fundamental para el niño la experiencia de hacerse de un grupo de amigos, tener intereses similares, compartir secretos, hacer y disfrutar en grupo...

Papalia, Olds y Feldman (2004) comentan que la importancia que adquieren los amigos y compañeros radica en que es en la interacción con ellos donde los niños descubren sus aptitudes y es con ellos con quienes va a medir sus cualidades y su valor

como persona, lo que va a influir en el desarrollo de su autoestima. Es decir, las opiniones de sus compañeros acerca de sí mismo, van a tener un peso importante en su imagen personal. Así mismo, existe una conciencia creciente de que uno puede hacer más y mejor en un grupo que solo, y de que el grupo es más poderoso que una persona aislada. Durante esta época, los niños construyen la trama de lo que luego será su capacidad para trabajar en grupo y cooperar en la vida adulta.

Paralelamente, según el enfoque piagetiano, el niño va abandonando los esquemas mentales propios de edades anteriores, en los que su egocentrismo les impedía ponerse en otro punto de vista que no fuera el suyo propio. Ahora los niños tienden a pensar en términos sociales y a considerar las ideas y opiniones de los demás. Según Piaget (1985), en función de la empatía y cooperación que comienza a asomar entre los niños, y de las nuevas formas de vida social a que da lugar, aparece en esta etapa un nuevo sentimiento caracterizado por el respeto mutuo. Ahora bien, el respeto mutuo conduce, siguiendo a Piaget, a nuevas formas de razonamientos o sentimientos morales: con el tiempo, los niños maduran y entran más en contacto con otras personas y otros puntos de vista, a menudo diferentes de los aprendidos en casa, favoreciendo una mayor autonomía y flexibilidad en cuanto a los conceptos morales. De esta manera, logran desarrollar sus propios estándares morales, los cuales son más flexibles, y les permite concluir que el bien y el mal no son absolutos que no puedan cambiar.

En este punto, resulta oportuno comentar que, de la mano del pasaje de un estadio cognoscitivo a otro (del Preoperacional al estadio de las Operaciones Concretas), ahora los niños, pueden usar operaciones mentales para resolver problemas concretos (reales) sin necesidad de operar sobre la realidad para resolverlo. Piensan de manera más lógica que antes porque pueden, a diferencia del periodo anterior, considerar múltiples aspectos de una situación. Sin embargo, todavía se encuentran cierta limitación a pensar en situaciones reales en el aquí y ahora.

En otro orden de cosas, el crecimiento y los cambios físicos que se producen en la niñez media son más lentos y estables que en los años precedentes. Se estima que los niños en edad escolar, crecen alrededor de 3 a 7 cm. cada año; y aumentan de 2 a 3,5 kg., duplicando su peso corporal promedio (Papalia, Olds y Feldman, 2004). No obstante, no todos los niños y niñas maduran con la misma rapidez, puesto que intervienen de forma conjunta el nivel de actividad, la alimentación, los factores

genéticos, el nivel socio-económico y el género. Así, por ejemplo, encontramos diferencias sexuales en la proporción de grasa y de tejido muscular: los varones tienen mayor proporción de masa muscular y las niñas mayor proporción de grasa en el cuerpo.

En relación al desarrollo físico de esta etapa, el niño logra adquirir importantes habilidades motoras que se manifiestan tanto en la motricidad fina como la gruesa. Las habilidades finas son necesarias fundamentalmente para la adquisición y consolidación de la escritura, puesto que se requiere controlar y coordinar la vista con los músculos finos de los dedos para producir una escritura legible. En el caso de la motricidad gruesa, su desarrollo posibilita un mayor dominio sobre los movimientos controlados; una mayor agilidad, coordinación, fuerza, etc. La consolidación de las habilidades físicas se refleja en el interés por los deportes y por acrobacias “temerarias”, típicos de esta época (Papalia y cols., 2004; Ramírez García, 2004).

PARTE II: LA INFANCIA EN EL CENTRO DE LA ESCENA PSICOANALÍTICA

Haciendo un pequeño recorrido histórico acerca de la infancia, encontramos que, durante siglos, el niño fue objeto del discurso de diversas ciencias tales como la pedagogía, la puericultura, la pediatría, la neonatología... discursos que se centraron en medir, ordenar y normatizar el crecimiento y desarrollo del niño según parámetros estadísticamente determinados (De Mause, 1982).

El apresamiento del niño, especialmente por el discurso pedagógico, derivó en grandes sesgos al dirigir una mirada científica sobre la realidad infantil. Ejemplo de esto, son las restricciones en lo que respecta a la sexualidad propia de la infancia. La lucha por “educar” a los niños se traducía, en términos generales, en un ferviente rechazo de la sexualidad, puesto que sus manifestaciones eran consideradas como perversiones o anormalidades del niño que exigían corrección.

Es el psicoanálisis el que le da un nuevo estatuto a la infancia, puesto que la naturaleza de los hallazgos de Freud, en su trabajo con adultos neuróticos, lo condujo a investigar en los primeros años de la vida. Descubrió entonces, que las causas del trastorno mental del adulto, encuentran su fuente en factores que actuaron en las etapas más tempranas del desarrollo humano.

La genialidad freudiana, al publicar en 1905 sus “Tres Ensayos de Teoría Sexual”, provocó una gran revolución en el mundo científico y popular de la época, que se opuso rotundamente a su tesis sobre la existencia de una actividad sexual normal desde los comienzos de la vida. Freud nos enseña que la sexualidad infantil tiene carácter de ley: ya en el recién nacido podemos suponer la existencia de mociones sexuales que se van desarrollando y que se exteriorizan de manera observable a lo largo de la infancia. Esta pulsión sexual se caracteriza por nacer apuntalada en las funciones corporales necesarias para la vida, de las que luego se independizará; además de ser autoerótica, y de que su meta sexual se encuentra bajo el imperio de una zona erógena.

Para el psicoanálisis, la sexualidad nada tiene que ver con la genitalidad, la sexualidad es buscadora de placer... la meta de la sexualidad es proporcionarse una satisfacción antes vivenciada y ahora deseada, y esto nos acompañará durante toda la vida.

Podríamos decir entonces que, con el nuevo estatuto que adquiere la infancia a partir de la mirada del psicoanálisis, se comienzan a considerar significativas y valiosas todas las producciones del niño: sus dibujos, sus juegos, sus fantasías, sus sueños... su palabra cobra valor...

“...La ocupación preferida y más intensa del niño es el juego...” (Freud, 1908, p. 127). Con estas palabras Freud nos alerta acerca de la trascendencia que adquiere el trabajo lúdico para la vida anímica del niño. Mientras muchos consideran el jugar como un pasatiempo del que nada productivo se obtiene, para el psicoanálisis el trabajo del juego implica una producción significativa que se encadena en el discurso que representa al sujeto (Gómez, 2001). En “El Creador Literario y el Fantaseo” (1908) Freud señala que esta ocupación está dotada de grandes montos de afecto. Al igual que un poeta, el niño se crea un mundo de fantasía, un mundo propio en el que acomoda las cosas del mundo real en un nuevo orden que le es propio y placentero. El apuntalamiento en objetos palpables del entorno es lo que diferencia el jugar del fantasear. El juego está impulsado por deseos, Freud dirá: “el jugar del niño estaba dirigido por deseos, en verdad por un solo deseo que ayuda a su educación (...) ser grande y adulto” (Freud, 1908, p. 129). Pareciera imitar en el juego lo que le resulta familiar de la vida de los adultos.

Tal es la relevancia que adquirió para el psicoanálisis el acercamiento a la realidad psíquica del niño, que se convirtió en un campo fecundo para la investigación y sistematización de nuevas teorías y técnicas que favorecieran el trabajo clínico. De esta manera, y ante las dificultades asociativas que los analistas de niños enfrentaban en la práctica, autores como Melanie Klein, Anna Freud y Donald Winnicott, entre otros, encontraron en el juego, tanto como en el dibujo, los sueños, las fantasías, una vía de acceso al inconsciente infantil.

PARTE III: EL PERIODO DE LATENCIA

Como ya mencionamos, nos importa en el presente trabajo la etapa de la vida que comprende lo que Freud denominó *período de latencia*, el cual se inicia a raíz del abandono de la problemática edípica y se extiende hasta la llegada de la pubertad.

Freud (1905) nos enseña que las mociones sexuales que hasta entonces se venían desarrollando sufren una progresiva sofocación, ya que, por un lado, resultan inaplicables; y por otro, son en sí perversas. Por tal motivo despiertan fuerzas anímicas contrarias: los diques psíquicos que se presentarán como inhibiciones en el camino de la pulsión sexual, angostando su curso. De esta manera aparecen los sentimientos de vergüenza, el asco, la moral, la verdad. En este punto, Freud plantea que tales construcciones responden a un condicionamiento fijado por la herencia, que resultan a su vez apoyados por la educación y las exigencias culturales.

A merced del mecanismo de sublimación, las fuerzas pulsionales sexuales son desviadas de sus metas y se orientan hacia otras nuevas, reconocidas y aceptadas culturalmente.

Así mismo, es importante tener presente que, al decir de Freud, si bien las mociones sexuales son sofocadas o están latentes, puede ocurrir que por momentos éstas se sustraigan de los procesos sublimatorios, con lo cual se aprecia una exteriorización sexual de manifestaciones observables. En este sentido, Aberastury (1980) señala que el periodo de latencia es un momento de transición, en el que la actividad sexual se mantiene a través de la masturbación (que adquiere en esta etapa características grupales y exhibicionistas) y de juegos hetero y homosexuales entre los niños. Es la época de los secretos, los “chistes verdes”, las charlas con doble sentido. Según Aberastury, el niño va logrando paulatinamente el aprendizaje de su identidad genital a través del onanismo y de sus juegos.

Durante la latencia las energías sexuales son canalizadas, encontrando su expresión efectiva en el aprendizaje y en los logros culturales ya sea en la escuela, en la casa o en la comunidad. En este momento la sociedad global llega a ser significativa,

por lo cual el horizonte del niño se expande desde la relación triangular de la etapa fálica a las relaciones múltiples con pares, docentes, y el entorno. El niño comienza a volverse un miembro potencialmente productivo del sistema social.

CAPITULO III

CONCEPTOS PSICOANALITICOS

***PARTE I: LA CONSTITUCION DEL SUJETO EN TANTO SUJETO
DESEANTE***

Freud conceptualiza en el Proyecto de una Psicología para Neurólogos, aquello que posibilitaría la estructuración del aparato psíquico, aquello que sería la experiencia fundante del sujeto: la vivencia de satisfacción y de dolor, cuya importancia radica en su articulación con el Otro.

Ya en los primeros momentos de la enseñanza de Freud encontramos la alusión al Otro, definido como el Otro primordial, el Otro de los cuidados ajenos, encarnado la mayoría de las veces en la figura de la madre. El estado de prematuridad biológica inherente al cachorro humano se traduce en una ineficacia de las acciones que éste emprende para dar solución a los estados de tensión que lo invaden y le resultan displacenteros, con lo cual lo único que el bebé puede hacer es, por ejemplo, llorar. Pero este llanto adquiere relevancia en tanto dará origen a la comunicación, y, al decir de Freud, "... el inicial desvalimiento del ser humano es la fuente primordial de todos los motivos morales..." (1895, p.363). Pero ¿qué quiere decirnos Freud con esto? Podríamos pensar, en términos lacanianos, que se refiere a que será desde este Otro de los cuidados ajenos que el mundo de lo simbólico va a llegar al bebé, puesto que será la madre quien nombre ese llanto y diga "...llora porque tiene hambre...", le dará una significación desde su propia subjetividad. La necesidad biológica se ha convertido en necesidad lógica, en demanda, en su paso por los significantes del Otro. Ese llanto es codificado por la madre la cual responderá desde su lógica, y le dará lo que ella cree que el niño necesita.

Ahora bien, eso que la madre da, eso que llega y se inscribe por simultaneidad produce una satisfacción que es significada como plena. Esta vivencia de satisfacción deja profundas marcas en el psiquismo: la huella mnémica desiderativa. Así, como resto de esta experiencia, se origina el deseo imperecedero, el placer de desear, este estado de deseo que impulsará al sujeto en la búsqueda siempre fallida de aquel mítico primer objeto que ya no encontrará, puesto que lo que irá encontrando son objetos que no

coinciden con los signos perceptivos que ya posee. Siempre habrá una diferencia entre lo que se busca y lo que se encuentra, con lo cual quedará posibilitada la estructuración del psiquismo, porque siguen produciéndose inscripciones en él, por pura diferencia con aquel objeto perdido.

La vivencia de dolor, contracara de la experiencia de satisfacción, se define por el hecho de que junto con aquello que la madre da, eso que llega y se inscribe, hay algo que no da, con lo cual queda un resto de energía libre sin ligar. Esto es lo que más tarde Freud llamará pulsión (concepto que desarrollaremos más adelante). Nos referimos entonces a un inconsciente mudo, puesto que no hay marcas, no hay huellas, sino pura energía sin ligar con el afán constante de ligarse.

La experiencia de satisfacción nos refiere a un inconsciente representacional, donde sí hay marcas o huellas, con lo cual se da la posibilidad de ligar pulsión siguiendo los caminos facilitados por el deseo.

Lacan da cuenta del surgimiento del sujeto en el campo del Otro. El sujeto nace en tanto que en el campo del Otro surge el significante. Es decir, el significante le viene desde el campo del Otro, con lo cual se pasa, podríamos decir, del viviente de la necesidad, al sujeto en el campo del lenguaje. El significante introduce una hiancia, una ruptura, y tenemos ahí al sujeto del lenguaje. El sujeto toma del Otro primordial un significante S1 que lo nombra, es una operación de nominación que se efectúa, según Lacan, con un significante insensato, puesto que no es con la cadena, no es S1...S2, no hay significación. Es un significante que no hace lazo con otro, es el Rasgo Unario, núcleo del Ideal.

Esta alienación podemos pensarla como represión primaria en tanto el sujeto atravesado por el significante va a estar caracterizado por una falta, pero lo importante es que esa falta se inscriba, que se inscriba la castración simbólica que de origen al sujeto como sujeto deseante. Esto es posibilitado por la acción del significante del Nombre del Padre que opera efectuando un corte, una separación entre la madre y el niño, ya que es preciso que el niño no obture la falta de la madre en la que se sostiene su deseo como mujer.

En otras palabras, es necesario el pasaje del Otro de la demanda, que es el primer Otro que se experimenta en la estructura, Otro completo, consistente, cuyas oscilaciones de presencia- ausencia son recibidas como caprichos, es decir, está o no está porque

quiere o no quiere, no porque no puede debido a la falta estructural. Es necesario salir de este circuito demandante para que se empiece a perfilar algo del orden de la separación, puesto que se abre la pregunta por el deseo del Otro, el Che voi? Qué me quiere?. Es aquí, cuando se hace la pregunta por el deseo, que la madre aparece como castrada, como que algo le hace falta, con lo cual el primer objeto con el que el niño responde a ese deseo parental es su propia falta. Es decir, responde con la falta antecedente, con su propia desaparición (¿puede perderme?). Por lo tanto podemos decir que en la separación una falta cubre a la otra.

El Otro desea algo que está más allá del niño, puesto que lo que la madre desea es el falo, y lo importante es que el niño no se quede identificado en la posición de falo para la madre. Lo único que podemos hacer frente a esta pregunta es responder con nuestra propia falta, con la castración y esto ocasiona la emergencia del objeto *a* como residuo irreductible. Una vez que hay extracción del objeto *a* se abre la dimensión del deseo.

Con la significación fálica se inscribe la castración, tanto del Otro, como del sujeto. El sujeto ahora también tiene una falta, ya no puede *ser* el falo de la madre, sino que ahora entra en la lógica atributiva fálica, el falo se puede *tener* y también se puede perder.

Sintetizando, Lacan propone que la constitución subjetiva de todo individuo oscila en dos movimientos: el primero, el de la *alienación* a los significantes del deseo del Otro que instala al sujeto en el campo del lenguaje. En este primer momento el niño es objeto de goce del Otro, el niño *es* el falo de la madre, con lo cual el objeto *a* está obturado. El segundo movimiento, el de la *separación*, se produce en tanto el sujeto es capaz de diferenciarse en relación a los significantes alienantes del Otro, con lo cual le es posible representarse como sujeto S1 para otro significante. Es decir, el sujeto se va a localizar en los intervalos significantes, ya no hay un significante que le diga quién es, sino que será definido por un significante en relación a otro significante. Es la operación de separación la que permitirá al sujeto ser objeto causa de deseo, y no objeto de goce. Aquí estamos en el campo del sujeto como sujeto deseante.

PARTE II: LAS PULSIONES PARCIALES

Antes de nacer, el sujeto humano es tomado por el lenguaje, es atravesado por lo simbólico, y así pierde su naturalidad. Naturalidad que existe solamente en el reino de los animales, y que llamamos instinto. La pérdida de la naturalidad implica una disolución, una ruptura de la complementariedad entre el sujeto y el objeto, con lo cual no hay objeto que se adecúe al sujeto y sus “necesidades”. Podríamos decir entonces que a falta del instinto, el hombre se las arregla con la pulsión (y con el deseo).

En tanto la demanda se funda en el campo del Otro, se entiende la diferencia que plantea Freud entre *instinkt* y *trieb*. La pulsión no es algo natural para el sujeto que habla, un niño no nace ni comilón ni mirón; será el Otro quien diga "*Mirá!! Comé!!*", o quien impondrá el control de esfínteres, Otro que habita al sujeto. Lacan dirá que la pulsión es el eco en el cuerpo de un decir, un decir que no será indiferente para el sujeto, que da cuenta de qué modo ha sido deseado, hablado, nombrado.... Por lo tanto, podríamos decir que se pasará de una pulsión a otra por el efecto de la intervención de la demanda del Otro; demanda que actuará abriendo los agujeros del cuerpo.

Freud va a decir que una pulsión nunca podrá pasar a ser objeto de la conciencia, sólo puede serlo la representación que es su representante. El concepto de pulsión aparece entonces como definido entre lo psíquico y lo somático, "...como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma..." (Freud, 1915, p. 117)

La pulsión entonces se estructura ante la imposibilidad de complementariedad entre sujeto y objeto. Lo no satisfecho en lo orgánico, lo no ligado, va a generar una fuerza constante, un empuje en pos de ligarse, de encontrar satisfacción, satisfacción que nunca será plena. Nunca una pulsión puede ser satisfecha en su totalidad, y, en la medida en que la satisfacción deja un saldo de insatisfacción es que anima a una repetición (factor pulsionante), buscando ligar lo no ligado. Así queda definido el *factor motor* como una de las características de la pulsión.

Este esfuerzo motor tiene como *meta* la descarga, la cancelación de la estimulación, la satisfacción pulsional que, como ya mencionamos, nunca será

completa. Freud habla también de *fuerza* de la pulsión, el proceso somático interno al organismo, es decir, el lugar desde donde parte la excitación. Esta fuerza tiene que ver con zonas corporales (zonas erógenas para Freud) que tienen estructura de borde, tales como el orificio de la boca o el ano y a las cuales Lacan agrega las orejas y los ojos, dando nombre así a las pulsiones parciales: oral, anal, escópica e invocante.

El *objeto* será definido como aquello a través de lo cual la pulsión parcial encontrará la satisfacción, y es lo más variable de la pulsión, el objeto de la pulsión parcial es contingente. Es decir, aquí no importa de qué objeto se trate, cualquier objeto puede servir para obtener satisfacción pulsional, puesto que la pulsión se satisface silenciosamente en su recorrido, en el ida y vuelta, bordeando los agujeros del cuerpo. Por eso decimos que la pulsión busca la satisfacción autoerótica, es sólo en los agujeros del cuerpo, en sus bordes, donde la pulsión encuentra satisfacción.

II.1.-PULSION Y GOCE

En el punto anterior, mencionamos que el objeto de la pulsión se caracteriza por su variabilidad; sin embargo, en el mismo texto de 1915, Freud introduce la noción de *fijación* y dice al respecto: "...un lazo particularmente íntimo de la pulsión con el objeto se acusa como fijación de aquella..." (p. 118). De esta manera podemos entender que entre la pulsión y el objeto se puede producir una especie de soldadura, una adherencia al objeto, no por sus cualidades intrínsecas (recordemos que el objeto en sí mismo no importa), sino porque en la comunión con él se ha encontrado una satisfacción de otra índole. Una ganancia de placer particular que, podríamos pensar, tiene sus fundamentos en el hecho de que aparentemente un objeto cualquiera se ha vuelto consistente para la pulsión, se ha vuelto complementario, con lo cual se cree recuperar ese goce mítico, absoluto de la primera vivencia. Decimos que es una satisfacción de otra índole, en tanto es una satisfacción que va en contra de la homeostasis del principio del placer, es un placer más allá de él, es la satisfacción de la pulsión más allá del principio del placer que Lacan denominó *goce*.

Recordemos que lo simbólico hace marca en el cuerpo, lo desgarrar, e introduce una pérdida. Funda al humano como un ser caracterizado por una falta, como un sujeto dividido. El sujeto barrado, en su constitución misma, deja un resto que le es

heterogéneo, un resto que no es simbólico, sino real. Este resto real es el objeto *a*, y como real, no puede asimilarse puesto que escapa a las leyes significantes.

Es la pérdida del goce todo, del goce absoluto, que el neurótico ubica en el drama edípico a partir de la prohibición del incesto que, como ley prohíbe entonces a la madre, madre en tanto garantía de satisfacción absoluta. Podemos decir que la pérdida de objeto es la pérdida de un goce originario, en tanto madre originalmente perdida, es decir la pérdida del lugar donde podría situarse un goce originario.

Pero sabemos que esta pérdida, de la cual todo neurótico hace su mito, es una pérdida estructural, es la acción del significante que separa al cuerpo de su goce, ya antes de que el niño nazca. Por eso, el objeto perdido es imposible de encontrar, puesto que, como dice Lacan, es un objeto que nunca estuvo.

Sin embargo, es por esta pérdida de objeto, que el sujeto se ve impulsado en su búsqueda incesante, entrando en el circuito de la repetición, en donde, podríamos pensar, las fijaciones van a ubicar aquellos puntos del recorrido libidinal en donde se da una suerte de empecinamiento en recuperar ese mítico goce todo. En otras palabras, allí donde la pulsión se satisface, es allí mismo en donde se ubican los puntos de goce, goce que, por otro lado sólo puede experimentarse en el cuerpo, sólo el cuerpo es para ser gozado.

Entonces, retomando la idea de la viscosidad de la pulsión en relación al objeto que mencionamos inicialmente, podríamos pensar que, a lo que el sujeto queda adherido es al goce que tal objeto le puede brindar; con lo cual el goce como satisfacción pulsional, impulsa a la repetición en el intento de reencontrar aquel objeto, reencuentro siempre fallido, y en el cual el sujeto no experimenta nada placentero, puesto que como mencionamos, es una satisfacción de otra naturaleza que no tiene en cuenta el bienestar del sujeto.

El goce pulsional en los neuróticos es un goce acotado justamente por la imposibilidad del goce todo, por la falta, por la castración. El movimiento pulsional es necesario, es bueno para nosotros, y, en tanto se mantenga acotado por los caminos facilitados por el deseo inconsciente, podemos hablar de recuperación de goce. Es decir, podemos pensar que en la realización parcial del deseo puede haber satisfacción parcial de la pulsión, y allí no habrá sufrimiento para el sujeto.

El dolor psíquico aparece cuando la pulsión se desvía del deseo, cuando se abre su propio camino, con lo cual el sujeto, como sujeto deseante queda abolido, desaparece. Es en esos momentos en donde el principio de placer no rige en el aparato psíquico, puesto que lo que allí tenemos es un más allá de él... es la pulsión de muerte que encuentra su satisfacción, que goza en la repetición que paraliza, que hace de obstáculo a la posición deseante del sujeto.

En otras palabras, podríamos decir, que son los momentos en los que el objeto *a* como causa de deseo está obturado, con lo cual el movimiento del sujeto está detenido. Recordemos que la constitución misma del sujeto implica que somos falta en ser, y porque hay falta es que el ser humano vive, busca, se mueve, desea...

PARTE III: EL NARCISISMO Y LOS IDEALES

Freud, en “Introducción al Narcisismo” plantea que el yo no está presente desde los comienzos de la vida, sino que éste debe desarrollarse, y al respecto comenta: “...las pulsiones autoeróticas, son iniciales, primordiales; por tanto algo tiene que agregarse al autoerotismo, una nueva acción psíquica, para que el narcisismo se constituya...” (1914, p. 74). Con lo cual, si no hay yo al nacer, ¿cómo es que éste se desarrolla?

Sabemos que la energía pulsional del autoerotismo inviste distintas zonas del cuerpo, zonas erógenas, desconectadas unas de otras, produciendo lo que Freud denominó placer de órgano. Pero esa libido tiene la posibilidad de desplazarse e invertir al cuerpo como una totalidad, con lo cual se va a posibilitar el desarrollo del yo, dando lugar a la estructuración del narcisismo. En el narcisismo, lo libidinizado es el cuerpo como totalidad, es decir, el objeto libidinizado a nivel del cuerpo es un objeto totalizante, constituyéndose en un cuerpo imaginario (concepto que se desarrollará luego) que podemos llamar, cuerpo narcisista.

Pero ¿cómo es que se da este pasaje de la energía pulsional autoerótica a esto que llamamos narcisismo y que ahora libidiniza al cuerpo como un todo? Pues podemos pensar que es a partir de lo que Lacan conceptualizó como Estadio del Espejo, la *nueva acción psíquica* por la que Freud se preguntaba en relación a la constitución del yo.

El estadio del espejo es entendido en relación a la situación constitutiva de desamparo y prematuración en el que todo ser humano se encuentra al nacer; y es en este marco donde podemos apreciar el júbilo del niño al identificarse con una imagen que está fuera de él, imagen virtual que cautiva y lo deja alienado. Miller dice al respecto: “...si el niño goza cuando se reconoce en su forma especular, es porque la completud de la forma se anticipa respecto a su propio logro; la imagen es indudablemente la suya, pero al mismo tiempo es la de otro, puesto que él está en déficit respecto a ella...” (Miller, 1986, p. 12).

El estadio del espejo tiene que ver con la transformación producida en el sujeto al identificarse con una imago; transformación que hace que ahora el sujeto tenga un

cuerpo unificado donde antes había un cuerpo fragmentado. El júbilo del niño en ese reconocimiento especular tiene como fundamento el hecho de que así vela la indefensión, el desgarramiento estructural del humano en tanto hablanteser.

Lacan propone que esta captura por la imagen virtual que fascina, que atrapa, esta alienación imaginaria es constitutiva del yo (*moi*), en tanto esa imagen en el espejo es asumida, se *es* esa imagen, o mejor dicho: se *crea ser* esa imagen total, completa, unificada. La identificación con esta imagen conlleva una promesa de unidad, una ilusión.

El yo nace de esta identificación alienante como una estructura de desconocimiento, en tanto la fascinación que ejerce el “...*ese soy yo, ahí, en el espejo...*” implica el no saber nada acerca de la falta inherente a todo ser humano.

Esta imagen es el soporte de la identificación primaria del niño con su semejante y constituye el punto inaugural de la alienación del sujeto en la captura imaginaria. El sujeto necesita de esta imago para sostenerse; imago que funciona como soporte del Yo Ideal, instancia propia del registro imaginario y que Freud ejemplifica con la frase “...*su majestad el bebé...*”.

El Yo Ideal entonces hace referencia a ese estado de omnipotencia del narcisismo infantil, en donde el yo es el propio ideal; y, en tanto formación narcisista se relaciona con la ilusión de ser el yo ideal del ideal del yo parental. De esta manera, el niño, situado en el lugar de ideal, cree ser aquello que le dicen que es, cree *ser el falo*, velando así la hiancia introducida por la acción significante, con lo cual se cae en la ilusión de la complementariedad y de la perfección.

Por otro lado, Lacan destaca cada vez con mayor firmeza a lo largo de su obra, el poder de lo simbólico como principio organizador. En este sentido, señala que las estructuras discursivas están presentes antes de nacer el niño, y que las mismas operan en la familia y por tanto, en la historia, objetivos e ideales de los padres. Es decir, antes de nacer, el niño ya fue hablado, ya le fue asignado un nombre, un lugar en la estructura familiar, en definitiva... es deseado desde un lugar determinado.

Este discurso que existe ya antes de nacer, ejercerá grandes influencias en el devenir del niño, en tanto se constituirá en la fuente de la identificación simbólica que lo sostendrá y regulará su alienación imaginaria. Es decir, el niño además de ser capturado

por la imagen especular que lo fascina, asumirá como elementos identificatorios los significantes del discurso de los padres, situándolo en un universo simbólico.

Con el desarrollo conceptual del registro de lo simbólico, Lacan nos enseña que hay una identificación que es anterior a la identificación por la imagen: la identificación simbólica con un elemento signifiante, la identificación con el Ideal, que, podríamos decir, en cierto sentido profetiza el destino trazado para ese sujeto.

Concretamente podemos pensar que el niño está ligado a su imagen a través de nombres, de palabras, de frases; “...eres igual a tu padre...”, “...eres tan bueno como tu madre...”, significantes que imprimirán su sello, creando un núcleo de insignias, que darán cuenta de que, si bien el narcisismo gira en torno de la relación de uno mismo con la imagen, también incluye una dimensión simbólica de la cual forma parte, y a través de la cual es regulado.

Este Ideal, como signifiante primordial, como signifiante privilegiado dentro del campo Otro, es asumido por el sujeto; Rasgo Unario, el Uno del Otro, que Lacan representa con el I(A). Este Ideal, es tomado por el sujeto para hacerse representar, por lo cual el sujeto se identifica con él en la ilusión de que esto le da una identidad, de que le diga quién es. Pero es una “identidad” alienante puesto que lo fija en un signifiante que no le pertenece, sino que pertenece al campo del Otro.

Hablamos de ilusión de identidad, en tanto debemos recordar que nunca vamos a encontrar un signifiante que nombre al sujeto, ya que al Otro, como tesoro de los significantes, le falta un signifiante, y es precisamente el que nombra al sujeto, el que le da una identidad. Por lo cual, el sujeto queda definido entre significantes, es lo que un signifiante representa para otro signifiante. Podríamos decir que el sujeto se aliena en el I(A), para salvarse de la metonimia infernal de estar entre significantes, ya que cree encontrar allí su identidad y así completarse y completar al Otro (al Otro nada le faltaría en tanto el sujeto encuentre en él el signifiante que lo nombre).

A partir de esto podemos pensar que el Ideal del Yo está desde el principio en la constitución del sujeto, pero se desarrollará post metáfora paterna. Una vez que el niño, dada la significación fálica, y quedando más libre del deseo todopoderoso de la madre, pueda crear la significación de lo que él es.

El Ideal del Yo, perteneciente al registro simbólico, consiste en un alejamiento de esa fascinación por la imagen, de ese lugar en el que el niño cree *ser el falo* para la

madre, ubicándose ahora en una lógica distinta: la lógica atributiva, por la cual el *falo se puede tener*, pero también se *puede perder*. Lógica que da cuenta de la inscripción de la castración simbólica en el psiquismo del sujeto, por la cual ni él ni el Otro están completos, puesto que ambos se caracterizan por tener una falta, sobre ambos ha caído la barra.

El Ideal del Yo, es un ideal puesto en relación con las insignias tomadas del padre, por las cuales el sujeto entra en una norma, en una ley que es operada por el padre en su función simbólica, que a la vez que prohíbe, posibilita; que marca que no todo es posible, pero que abre la posibilidad de las sustituciones fálicas.

El Ideal del Yo se relaciona con las metas que el sujeto se propone alcanzar en su vida, ideales a los que se aspira llegar. Según Freud, la constitución del Ideal del Yo, será el sustituto del narcisismo perdido de la infancia, aquello que va a medir la diferencia entre el yo actual y el ideal, será a partir de la creación de los ideales propios que el sujeto pretenderá reencontrarse con la satisfacción narcisista propia de sus días de la infancia.

PARTE IV: EL SINTOMA

Desde las enseñanzas freudianas sabemos que el síntoma surge de un conflicto psíquico que se desata entre dos tendencias: una inconsciente que busca la satisfacción y demanda hacerse conciente, y otra que reprime e impone la censura. Así, el síntoma es entendido como una formación de compromiso entre las tendencias en juego que encuentran en esta nueva formación una solución provisional. Desde esta lectura el síntoma alude a un fracaso de la defensa, es retorno de lo reprimido en tanto algo de lo reprimido se hace presente y se impone a la conciencia aunque sea de forma enmascarada, desfigurada por obra del desplazamiento y la condensación.

El síntoma en psicoanálisis es una formación del inconsciente, y como tal se presenta como algo extraño, desconocido, como ajeno para la persona que sufre a través de él. Podemos pensar que este sentimiento de extrañeza radica en el hecho de que, justamente como un producto del inconsciente, el síntoma tiene una lógica propia, lógica caracterizada por las leyes del proceso primario. Digamos que esta lógica se encuentra fuera de los alcances del yo, la persona no sabe de dónde viene ese síntoma ni qué lo ocasiona... está lejos de saber la implicancia que él mismo tiene en su padecer.

El síntoma está articulado a una verdad. Es portador de un saber singular para cada sujeto; saber no sabido en tanto, al decir de Rabinovich (clase N° 6)...“la verdad central que mueve al síntoma es una verdad ligada al deseo inconsciente, y al deseo inconsciente en su articulación con la castración...” El síntoma es palabra plena en tanto revela un saber que es propio del sujeto del inconsciente, por lo tanto la persona lo ignora.

El psicoanálisis insiste en que el abordaje sobre el síntoma se realiza mediante la puesta en palabras del mismo, “...el síntoma es su formulación...” dice Rabinovich. ¿Qué quiere decir con esto? Que lo que importa acerca del síntoma es lo que de él se dice, es el relato que el sujeto hace de su síntoma (lo que se dice y lo que no se dice del síntoma).

Lacan nos enseña que la verdad del inconsciente no la vamos a encontrar en las profundidades, sino más bien en la superficie, en la palabra, allí en los espacios de la

cadena significativa que se despliega en el relato que el paciente hace sobre su síntoma, su sueño, etc....

El síntoma tiene la estructura de la metáfora, es decir, es sustitución de un significativo por otro significativo, con lo cual se produce un efecto de significación, un plus de sentido. Es importante destacar la idea de que el *síntoma como metáfora genera un plus de sentido*, puesto que estaríamos equivocados si suponemos que éste es un sentido que preexiste en el inconsciente y que se deja traslucir a través del síntoma. Con el síntoma no viene abrochado un sentido, el sentido se crea, se produce. No hay un sentido único del síntoma, ya que un mismo síntoma puede tener muchas lecturas de sentido. El sentido del síntoma tiene que ver con el efecto de verdad que la producción de cierto sentido genera en el sujeto. (Rabinovich, clase N° 6). El síntoma aparece entonces como una opacidad subjetiva: encierra una articulación significativa que genera una verdad particular, y el sujeto esta allí desconociendo ambos elementos.

Desde Lacan, el síntoma es posible recién después de operar la metáfora paterna y de la inscripción de la castración simbólica. En la metáfora paterna, el significativo del Nombre del Padre sustituye al significativo del Deseo de la Madre, nombrando algo del deseo. Es decir, ante la pregunta por el deseo de la madre, el Nombre del Padre va a decir que aquello que la madre desea es el falo, significativo de una falta tanto en el Otro como en el sujeto. Con la significación fálica, como resultado de la metáfora paterna, se acota el goce absoluto y se instauro la ley del no todo, la castración simbólica.

Sin embargo, como ya mencionamos, la represión no es sin fallas, y, desde Lacan, "...es la ley que el Nombre del Padre representa la que tampoco es sin fallas, el deseo materno ha sido sustituido, pero no ha desaparecido, sino que insiste..." (Schneiter, citado en Brandi, 2005). Este goce absoluto que ha sido excluido es lo que insiste en el síntoma, el síntoma se impone y se repite porque a pesar del sufrimiento que provoca, hay una satisfacción de otra índole, un más allá del principio del placer, hay un goce, hay satisfacción de lo pulsional.

El síntoma entonces es una respuesta que el sujeto encuentra frente al enigma por el deseo del Otro, es una respuesta al Che voi?, una estrategia para eludir la angustia que la falta en el Otro genera. Recordemos que Lacan ubica al síntoma en el grafo del deseo en el lugar del s(A), significado del Otro. El síntoma aparece entonces articulado al Otro, interpretando algo que tiene que ver con el deseo inconsciente. Esto da cuenta

de lo que Freud plantea en “Inhibición, Síntoma y Angustia” al modificar su teoría de la angustia: la formación del síntoma surge para eludir la angustia de castración.

PARTE V: EL CUERPO EN PSICOANALISIS

Para el psicoanálisis, el cuerpo no es equivalente al organismo biológico, el cuerpo no es algo dado, no se nace con un cuerpo, sino que, contrariamente a esto, el cuerpo es algo a construir.

En las primeras teorizaciones que Lacan hace respecto al cuerpo, enfatiza la dimensión imaginaria al considerar que para que un cuerpo se construya se necesita de un organismo más una imagen, una imago unificante. ¿Porqué unificante? La cría humana nace en un estado de prematuración biológica, con lo cual su desarrollo fisiológico es inacabado, las sensaciones intero y propioceptivas carecen de una referencia unificada. El ser humano al nacer no posee una representación de sí mismo, sino que ésta se constituirá desde la identificación con la imagen alienante, cautivante del otro.

"... Lo que he llamado estadio del espejo [...] por el que el sujeto se identifica primordialmente con la *gestalt* visual de su propio cuerpo: es, con relación a la incoordinación todavía muy profunda de su propia motricidad, unidad ideal, imago salvadora..." (Lacan, 1948, p. 105).

Es en lo que Lacan denominó el Estadio del Espejo, que podemos decir que el cuerpo dislocado, encuentra, en la identificación con esa imago que proviene del otro, una unidad ilusoria. En otras palabras, en este movimiento de anticipación, se pasa de un cuerpo fragmentado a una forma ortopédica de su totalidad, que vela así el malestar ocasionado por tal desarticulación corporal, dando origen al mismo tiempo al advenimiento del yo y sus formas ideales que marcarán el predominio de lo imaginario.

Las sensaciones intero y propioceptivas se presentarían en forma incoordinadas, si no fuese por la función que desarrolla la imagen, que impide que éstas se relacionen aisladamente a los estados fisiológicos de los distintos órganos.

Por lo tanto, desde la perspectiva de lo imaginario, el cuerpo que el sujeto tiene, del cual puede decir "*...tengo un cuerpo, en él me reconozco, ese soy yo (moi)...*", es una imagen virtual, no es una sustancia.

Luego Lacan va a introducir la acción del significante respecto al surgimiento del cuerpo. Y otra vez: cuerpo como algo diferente del organismo vivo, en tanto el ser humano es un ser atravesado por el lenguaje, y como tal se podría decir que, desde lo simbólico, es el significante el que hace de la carne un cuerpo.

“... El descubrimiento del psicoanálisis es que el lenguaje transforma al individuo humano hasta en su cuerpo, en lo más profundo de sí mismo, transforma sus necesidades, transforma sus afectos...” (Miller, 1986, p.33)

La estructura del lenguaje precede a la existencia del niño en este mundo, con lo cual antes de nacer, esa criatura humana ya es hablada por la lengua desde el lugar de un Otro que lo desea, que lo espera, que imprime su sello en lo real dejando sus marcas.

Lacan sostiene que el organismo del ser humano no funciona independientemente de las condiciones que se presentan desde el plano simbólico. El significante opera agujereando el organismo vivo, transformándolo en un cuerpo hablado, alterando las conexiones biológicas naturales de ese organismo.

Es en las palabras, en el discurso donde el sujeto reconoce su subjetividad, es con el poder fundador de la palabra como el sujeto nombra su cuerpo, es el significante que ha hecho marca. El cuerpo es cuerpo del lenguaje y su estructura se puede explorar no solo en los síntomas del cuerpo, sino también en la topografía imaginaria que el sujeto tenga sobre su realidad corporal. (Lacan, 1953)

El significante mortifica al organismo, y es por acción de aquel que quedamos separados de esa materialidad corporal. El paso del significante a través del cuerpo, no es sin consecuencias, hay que pagar un precio por ello, y el humano paga con la pérdida de goce. La marca del significante en el cuerpo separa a este cuerpo de su goce, quedando solamente lugares de recuperación de goce siempre parciales, siempre incompletos.

De lo dicho se desprende que, desde la perspectiva lacaniana, podemos definir un cuerpo imaginario, un cuerpo simbólico y un cuerpo real:

- Cuerpo Imaginario: es el cuerpo que adquiere consistencia a partir de la imago unificante y que podemos situar en el marco del estadio del espejo.
- Cuerpo Simbólico: este cuerpo del significante antecede al cuerpo imaginario. Es el cuerpo que resulta de la operación significante, cuerpo vaciado de goce, mortificado por el significante, en tanto separa al cuerpo de su goce.

- Cuerpo Real: es la carne viva con su pulsación de goce. En el cuerpo real es donde se sostienen los goces, es el lugar de la recuperación de goce.

Concluimos destacando la diferenciación que Lacan advierte entonces entre el organismo vivo, el yo y el sujeto: el *organismo* hace referencia al conjunto de órganos que ni por sí mismos, ni por su autonomía ni funcionalidad hacen cuerpo. El *yo*, como aprehensión mental imaginaria, en la cual el sujeto compromete su verdad simbólica, y hace "cuerpo ortopédico" que vela un organismo fragmentado. Por último, el *ser del sujeto* perteneciente al lugar del lenguaje. (Lozano, 1997)

CAPITULO IV

EL TEST DE RORSCHACH

PARTE I: ASPECTOS GENERALES DEL TEST DE RORSCHACH

En el presente trabajo se llevará a cabo un abordaje psicodiagnóstico de la casuística. Como ya mencionamos, el mismo cuenta con Entrevistas Semidirigidas, Test de la Figura Humana, Test de la Persona Bajo la Lluvia, administración del Test de Rorschach, finalizando con las Entrevistas de Devolución.

El proceso psicodiagnóstico se realizará intentando una lectura de los datos que no se centre específicamente en la psicopatología o aspectos disfuncionales de la organización psicológica del sujeto; sino más bien, pretendemos acercarnos a éste a partir del conocimiento integrado de su dinámica subjetiva. Desde esta perspectiva se prioriza la escucha del sujeto, atendiendo a las particularidades de este psiquismo, y considerando entonces, no sólo los obstáculos de su funcionamiento psíquico, sino también sus posibilidades.

Si bien sabemos de la riqueza de datos que aportan las distintas técnicas en su conjunto, en esta investigación tanto las entrevistas como el test de Rorschach ocupan un lugar de privilegio dentro de la batería psicodiagnóstica. La preferencia por el Rorschach se fundamenta, por un lado, en el interés personal por profundizar en el conocimiento de la técnica; y por otro, en lo valiosa que resulta la información aportada sobre la estructuración psicológica del sujeto.

En este sentido, si atendemos a la manera particular en que se organizan los signos que surgen en el test de un paciente, tendremos la oportunidad de conocer aspectos característicos de su organización psicológica y de su funcionamiento. Sabemos que la mejor aportación del Rorschach es la riqueza descriptiva que posibilita, puesto que proporciona información general y específica sobre determinados rasgos de la personalidad (Exner, 1995). De todos modos, consideramos que la información obtenida no nos dirá mucho si no tenemos el cuidado de contemplar estos datos en su relación con el contexto más amplio en el que se desenvuelve un sujeto singular.

En función de tales consideraciones, el test resulta un medio óptimo para *escuchar al sujeto*, tanto en los momentos de toma y encuesta, como así también a

través del modo particular en que se combinan los signos surgidos. De esta manera, la interpretación de los datos se realizará enfatizando la estructuración psicológica del sujeto.

Por otro lado, consideramos de gran interés las posibilidades predictivas que el Rorschach ofrece.

I.1.- PREDICCIÓN DE TRATAMIENTO

Como se ha señalado, esta técnica aporta indicadores válidos sobre los diversas facetas de la psicología de un sujeto; si el conjunto de estos datos se revisa con atención, pueden valorarse tales modalidades en su grado de eficacia, en cómo se relacionan entre sí, y en qué medida son favorables o no a la luz del funcionamiento general del sujeto.

En líneas generales, las características identificadas como perjudiciales constituyen los focos de atención a considerar en un futuro tratamiento. Las recomendaciones y los consejos sobre las intervenciones terapéuticas deben tener en cuenta las relaciones tanto internas como externas del individuo.

Exner (1995), plantea que un plan óptimo de intervención debe considerar tres objetivos básicos:

- En primer lugar, se focaliza en la reducción o eliminación de las tensiones o síntomas existentes.
- En segundo lugar, debe permitir que el sujeto alcance el máximo grado de equilibrio con el mundo de que sea capaz.
- Finalmente, debe mejorar la calidad del mundo psicológico del sujeto, de tal manera que aumente las posibilidades futuras de un ajuste efectivo, tanto interno como externo.

Así mismo, todo plan de tratamiento requiere un análisis de costo- beneficio que deberá considerar cuidadosamente toda una serie de factores. Siguiendo a Exner, la organización psicológica del sujeto será el factor central desde el cual se deberá realizar tal evaluación.

La importancia del análisis cuidadoso del costo- beneficio, radica en el hecho de que el mismo llevará, en muchos casos, a la decisión de evitar forzar al paciente a una

modalidad de tratamiento que exceda los precios que está dispuesto a pagar en términos de alteración vital.

I.2.- PREDICCIÓN DE CONDUCTAS

Los estilos psicológicos que predominan en la organización de la personalidad, y que pueden ser detectados por el Rorschach, proporcionan una base razonablemente sólida para formular ciertas predicciones relativas a las probables pautas de conducta. Esta posibilidad de predicción se debe al hecho de que tales estilos insisten en manifestarse de forma reiterada en decisiones y conductas.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que cuanto más específica tenga que ser una predicción conductual, mayor será el riesgo de error si se basa solamente en los datos del test. Tales datos suelen ser necesarios pero insuficientes por sí solos, siendo imprescindible entonces contar con una información más precisa sobre el entorno y las situaciones específicas del mismo, para que los datos del test puedan combinarse en una predicción de conductas válida.

Así mismo, es muy importante tener en cuenta también el factor temporal, ya que puede plantear dificultades a la hora de formular predicciones. Si bien es poco común que la estructura básica de la personalidad de un adulto cambie rotundamente a lo largo del tiempo, hay que considerar la posibilidad de ciertos cambios funcionales que pueden aparecer como resultado de nuevas experiencias vividas por el sujeto, y que por tanto, pueden inducir cambios en su conducta. De manera que, cuanto más amplio sea el periodo de tiempo que se pretende abarcar con las predicciones, mayor será la necesidad de disponer de datos sobre las circunstancias externas del sujeto.

Tales consideraciones resultan de especial trascendencia en cuanto el examinado se trate de un niño, dada la rapidez y la profundidad de los cambios que generalmente experimenta al crecer.

PARTE II: ALGUNAS INVESTIGACIONES

A continuación se hará referencia a dos de las investigaciones llevadas a cabo por la Lic. Helena Lunazzi y colaboradores. El grupo de trabajo, perteneciente a la Universidad Nacional de La Plata, se ha dedicado durante un largo tiempo a realizar interesantes investigaciones sobre diversas problemáticas entre las cuales, las patologías psicosomáticas parecen ocupar un lugar de privilegio. En función de los datos aportados por el psicodiagnóstico de Rorschach (entre otras técnicas de evaluación), este grupo de investigadores se ha interesado en el estudio de la obesidad crónica y de su vinculación con otros cuadros psicosomáticos tales como la Alexitimia, el Pensamiento Operatorio, etc.

En el año 1997, se publica en “*Psicodiagnosticar*”, revista perteneciente a la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP), el trabajo titulado “Alexitimia y Sobrepeso Crónico” (Lunazzi, García de la Fuente, Elias y Kosak). La hipótesis general de trabajo plantea que el diagnóstico de Alexitimia mediante la Escala TAS- CONICET (Escala Toronto de Alexitimia), aparecería asociado con mayor déficit de simbolización según indicadores del método Rorschach.

Para comprender el interés por la investigación citada, se mencionarán brevemente los conceptos teóricos Alexitimia y Simbolización, que Lunazzi toma en consideración. Se define a la Alexitimia como la dificultad que presenta un sujeto para verbalizar los afectos o sentimientos. En general, los pacientes alexitímicos se caracterizan por la existencia de un pensamiento de tipo operatorio (pensamiento con bajos niveles de abstracción); relaciones interpersonales rígidas y estereotipadas; pobre capacidad para fantasear, y resistencia para aceptar las interpretaciones psicoanalíticas tradicionales. Respecto a las patologías de la simbolización, se plantea el hecho de que los pacientes psicosomáticos presentan una seria limitación para poder resolver psíquicamente un acontecimiento vital (una pérdida objetal, narcisística o afectiva; montos excesivos de estrés; o la misma enfermedad somática). Por tal motivo, el

paciente es dominado por el acontecimiento, fallando en los mecanismos de elaboración psíquica que le permitirían modos saludables de resolución.

En dicha investigación se trabaja con 3 muestras de sujetos:

- Muestra A: 79 sujetos con sobrepeso crónico, de ambos sexos, entre 20 y 50 años, no pacientes. Se les administró una batería psicodiagnóstica completa. Escala TAS, administración individual.
- Muestra B: 39 sujetos, de iguales características, sin sobrepeso. Esta muestra presenta diversas problemáticas psicosomáticas, pero se encuentran compensados. Se administró el TAS en forma individual.
- Muestra C: 82 sujetos, ambos sexos, sin sobrepeso, no pacientes, entre 20 y 50 años. Se les administró la Escala TAS en forma colectiva.

Se evaluó la Escala TAS, así como los indicadores Rorschach (según Sistema Comprehensivo de Exner), vinculados con funcionamiento simbólico: R, M, H, FD, Textura, Índice de Angustia, Índice de Intelectualización. Con respecto al Índice de Angustia (no perteneciente al Sistema Comprehensivo), se considera que un puntaje elevado en el mismo dará cuenta de una situación psíquica emocionalmente sobrecargada; mientras que la indicación de angustia ausente o baja identificará a funcionamientos que descargan en la acción, tendiendo a prescindir de la elaboración mental o simbólica de las cargas tensionales. Los valores normales de angustia se hallan entre 6 y 12.

Los resultados arrojados por la evaluación son los siguientes:

Alexitimia: elevada presencia en la Muestra A (64,55%); presencia de Alexitimia en la Muestra B (51,43%), baja presencia en la Muestra C (40%).

Simbolización: Muestras A y B mostraron restricción en los indicadores seleccionados para evaluar simbolización:

- Promedio de R en ambas muestras= 19.
- M y H= Muestra A, 3-5 M (34,17%); Muestra B, 3-5 (46,17%). Muestra B mejor representación de procesos de simbolización.
- FD= no se mostró aumentado en la muestra A, indicando la escasez de los recursos simbólicos y de representación mental de los impulsos.
- Índice de Angustia= 47. Presencia muy elevada de angustia, que no cuenta con canales adecuados de simbolización.

- Índice de Intelectualización= elevado en la Muestra A (24,5%), respecto de la B (15%).
- Respuestas de Textura= Muestra A (0,14); Muestra B (1,38). Demuestra el escaso involucramiento afectivo de la muestra con sobrepeso.

En función de los datos obtenidos, los investigadores concluyen que el diagnóstico de Alexitimia se muestra claramente asociado con un déficit en la simbolización en los sujetos con sobrepeso crónico. El funcionamiento psíquico en dichos sujetos reveló mayor tendencia a la intelectualización y muy escaso involucramiento afectivo.

Otra de las investigaciones llevadas a cabo por el grupo de trabajo de la Lic. Lunazzi, se titula “Perfil Psicológico de los Obesos” (1998). La misma se planteó con el objetivo de trazar el perfil psicológico de un grupo de adultos con obesidad crónica.

En la investigación se trabajó con 2 muestras; en todos los casos los sujetos fueron voluntarios:

- Muestra A: 79 sujetos de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 20 y los 50 años, que padecen de sobrepeso desde la temprana infancia.
- Muestra B: muestra de control de sujetos sin sobrepeso.

A la población referida se le administró un batería psicodiagnóstica completa: Entrevista, TAS, Bender, HTP, Desiderativo, Rorschach (según Sistema Comprehensivo), TRO (no fue aplicado en todos los casos), Entrevistas de devolución y cierre.

En relación al Rorschach, los investigadores seleccionaron los indicadores que se presentan a continuación, con sus respectivos valores:

- Número promedio de respuestas = 19
- Respuestas populares promedio = 4.8
- Movimiento Humano = entre 0 y 2 (54%)
- Respuestas de Textura (FT) = media 1.05
- Respuestas FD = media 0.26
- Respuestas de Vista = media 1.11. Casos con respuesta de Vista 54%.
- Contenido Humano = entre 1 y 2 (59%); entre 3 y 5 (23%)
- Contenidos comida Fd = 1 (25%); 0 (70%)

- Contenidos Anatómicos = media 1.83
- Contenidos Anatómicos + Radiografía = media 2.08
- Contenidos Mórbidos = media 1.56. Entre 0 y 2 (77%); mayor a 2 (23%)
- Movimiento Cooperativo = entre 1 y 3 (64%)
- Movimiento Agresivo = 0 (64%)
- Índice de Intelectualización significativo en un 24% de los casos.
- Índice de Egocentrismo = mayor a 45 (35%); entre 33 y 45 (valores medios de autoestima conservada, el 40%). En este último tiene mayor peso en el índice las respuestas de reflejo, cuya media es de 0.41
- Índice de Aislamiento = menor a 0.24 (75%). Aislamiento social en el 11%.
- Índice de Angustia= presencia de angustia muy elevada en el 47%. Sin registro de angustia el 22,78%.
- $H: (H)+H_d+(H_d) = H>$ en el 40%; $H=o<$ en el 60%
- $H+A:H_d+Ad=o>$ en una relación de 4:1 en el 53%; menor a la relación 4:1 en el 43%
- $(H)+(H_d):(A)+(Ad) = (H)+(H_d)>$ en el 58%

En función de los datos obtenidos se elaboró un perfil de la población estudiada, en la que se pone de manifiesto una constelación de factores especiales: 1) Limitaciones en los procesos de simbolización; 2) Defensas que amortiguan y/o impiden tanto la experiencia de angustia como la representación de una imagen de sí mismo desvalorizada o dañada; 3) Preservación de la autoestima; 4) Inserción social adaptativa y orientación de impulsos y vida afectiva hacia intereses exteriores.

Los investigadores concluyen reflexionando acerca de la conveniencia de implementar tratamientos del sobrepeso en equipos multidisciplinarios, en donde el papel del psicólogo será el de procurar el desarrollo o elaboración de recursos de simbolización.

Finalmente, citaremos un último estudio: “Obesidad infantil. Aspectos psíquicos. Estudio mediante el test de Rorschach” (Agüero, Borrajo, Cernada, Peris, Alpera y Plasencia; 1998). Respecto a dicha investigación, cabe aclarar que sólo se cuenta con el resumen de la misma, sin tener la posibilidad de acceder a una descripción detallada que facilite la lectura y comprensión de lo investigado.

En dicha investigación se llevó a cabo un análisis comparativo de los protocolos obtenidos de niños obesos y un grupo control. En el mismo, si bien los investigadores concluyen que no existen razones para pensar en una estructura dinámica específica en los niños obesos, se encontraron diferencias significativas a nivel cualitativo como fenómenos de desvitalización y choque frente al gris. Cuantitativamente aparece en los protocolos de niños obesos un incremento de respuestas de detalle y de movimiento humano, y menor cantidad de respuestas de color forma y de contenido animal.

***III. ARTICULACION TEORICO-
PRACTICA***

CAPITULO V

***METODOLOGIA DE LA
INVESTIGACION***

PARTE I: ASPECTOS METODOLOGICOS

▪ **Tipo de Estudio**

El presente trabajo se maneja en un nivel de investigación de tipo cualitativo y descriptivo. Este tipo de investigación permite comprender e interpretar la realidad estudiada en función de la información aportada por los sujetos en las distintas entrevistas y técnicas de psicodiagnóstico. Es descriptivo, puesto que lo que se lleva a cabo es una descripción acerca de cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno, buscando especificar sus propiedades importantes.

Se utilizó un diseño de investigación no experimental transversal, ya que no se manipularon variables, sino que se observó y analizó el fenómeno tal y como se presenta en un momento dado.

▪ **Campo de Trabajo**

El campo de trabajo en el cual se llevó a cabo la presente investigación fue el Programa Integral contra la Obesidad Infantil (Pro.In.Co.Ob). El mismo pertenece a la Dirección de Salud de la Municipalidad de Las Heras y está a cargo de la Lic. en Nutrición Mirta Livellara.

▪ **Procedimiento Metodológico**

Se trabaja con el estudio de un caso: niña de 8 años con diagnóstico de obesidad, que asiste actualmente al Pro.In.Co.Ob.

Se llevó a cabo un estudio psicodiagnóstico que consta de: Entrevistas Semidirigidas (a la niña y a los padres), Test de Rorschach (según el Sistema Comprehensivo de Exner), Test de la Figura Humana y Test de la Persona Bajo la Lluvia. Finalmente se realizaron Entrevistas de Devolución con los niños, los padres, y la institución.

▪ **Objetivos de la Investigación**

Teniendo en cuenta la información desarrollada en el marco teórico, y el análisis de los datos obtenidos a partir de la exploración psicológica, este trabajo de investigación tiene los siguientes objetivos:

Objetivos generales

- Profundizar en el conocimiento de la obesidad y de los aspectos psicológicos implicados en la misma.
- Destacar la importancia del conocimiento de la subjetividad del paciente obeso para optimizar el abordaje del fenómeno.

Objetivos específicos

- Describir factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales que influyen en la obesidad.
- Destacar la importancia de un diagnóstico precoz para la dirección del tratamiento atendiendo a la singularidad del sujeto.
- Explorar en los resultados de la batería de tests, ciertos aspectos de los procesos psíquicos inconscientes que se ponen en juego en cada niño obeso.
- Identificar en el Test de Rorschach elementos inherentes al funcionamiento psíquico de cada sujeto que podrían funcionar como obstáculo y otros que podrían favorecer el tratamiento terapéutico.

CAPITULO VI

ANALISIS DEL CASO

PARTE I: DATOS BIOGRAFICOS

Se trata de una niña de 8 años de edad, a la que llamaremos Ana. Su familia está compuesta por su mamá (38 años, ama de casa), su papá (41 años, albañil), y sus dos hermanas mayores, ambas estudiantes (18 y 16 años).

Un dato importante con respecto a los integrantes de la familia tiene que ver con que casi todos (miembros femeninos de la familia) presentan enfermedades crónicas: la hermana mayor de Ana tiene sobrepeso y problemas digestivos de larga data; la hermana del medio tiene lupus. La mamá también tiene un marcado sobrepeso acompañado de problemas en las articulaciones y en la fuerza muscular, además presenta un cuadro diabético.

Ana tiene un exceso de 15 kg., pesa 53 kg., siendo lo esperable para su edad y altura 38 kg.; además presenta trastornos de índole respiratoria (asma), problemas en las piernas (cansancio y falta de fuerza en la musculatura), alteraciones en la piel (reacciones alérgicas), y problemas de tiroides.

Ana está cursando 3° grado, no presenta dificultades en el área del aprendizaje, pero sí a nivel relacional con sus compañeros de la escuela. Además participa del Programa Niñez Saludable contra la Obesidad Infantil, en la que refiere sentirse muy a gusto.

PARTE II: ANALISIS DE LOS DATOS

II.1.- ENTREVISTAS

II.1.1.- Análisis de la entrevista con la mamá

Ante todo, la mamá de Ana aparece como una persona cuya existencia pareciera girar en torno a la maternidad, sin manifestar alguna otra ocupación de su tiempo más que el cuidado de sus hijas.

Ella presenta a su familia (sobre todo a sus hijas) desde el lugar de enfermas, las identifica de acuerdo a los problemas de salud que cada una tiene.

“...la mayor es gordita y tiene problemas digestivos, la del medio tiene otros problemas más graves, tiene lupus. Así que estoy complicada con las tres, cada una de ellas tiene un problema diferente... una enfermedad diferente...”

Es importante destacar que esta manera de referirse a sus hijas la mantiene a lo largo de toda la entrevista, sin que podamos registrar momentos en los que haga una alusión a cuestiones saludables de los miembros de la familia.

Ella es la que se ocupa de *todo* lo que tiene que ver con sus hijas, lo llamativo es que ese *todo* en general se reduce a visitas continuas a médicos y hospitales, y a situaciones en las que el vínculo se define por la necesidad de socorrer ante algún problema de salud.

“... mi marido mucho no entiende del tema porque soy yo la que está con los médicos, los hospitales, la que va y viene... por eso no puedo trabajar, tengo que estar pendiente de ellas tres...”

Es una madre que fue “convencida” de quedar embarazada, ella lo plantea como una respuesta al pedido explícito de su marido, al cual *“...le costó como dos años convencerme, porque como mi hija la de 16 nació enferma yo no quería tener más... no quería porque vivía en los médicos... hasta que... bueno, me convenció...”*. Los

temores de enfermedades estaban presentes al momento de “planificar” el embarazo, así Ana, ya desde su nacimiento fue capturada por una mirada que la posicionó en el lugar de una niña anormal. Mucho de su discurso se organiza en torno a significantes que configuran para Ana un lugar de enfermedad y anomalía. La mamá refiere en varios pasajes de la entrevista:

“... mi hija no es una niña normal, cuando nació ya era gordita, pesaba 4 kg...”, “... le está costando mucho bajar, ella quiere ser como los otros niños, pero no puede... no es normal...”, “...son muchas cosas que yo le atribuyo a la salud que tiene ella ahora y que no se la vieron desde el principio, para que ella ahora parezca un niño normal, que haga cosas...”.

A pesar de que 4 kg. no es considerado como un peso excesivo para un bebé, vemos la connotación de la mirada que sobre Ana recayó al nacer, ella “ya era gordita”, a pesar de no serlo realmente. Pareciera que para esta mamá, las circunstancias que rodean la vida de su hija tuvieran que ser significadas como anormales, como fuera de lo común, viéndose incapacitada entonces de darle otra significación más saludable o, por lo menos, esperable. Ejemplo de esto es el comentario con respecto al parto: **“... fue horrible el parto, fue algo que no es muy común porque no estaba encajada, salió de piecitos...”**. No puede significar este hecho como algo posible dentro de la experiencia de un parto (pueden haber partos por cesárea, con fórceps, con mucha o poca dilatación, etc.), sino que lo considera como algo “horrible y fuera de lo común”.

Al preguntarle respecto a lo que ella espera de la participación de su hija en el programa, responde **“... que baje de peso para que ella se sienta bien y que mejore en la parte de salud... que ella se sienta como un niño normal, que se le quite el miedo de que corra, que salte, que se pueda transpirar... todo como un niño normal, que no lo puede hacer en este momento...”**. Ante este comentario cabe preguntarnos, qué pasaría con esta mamá si su hija se convirtiera en una “niña normal”; que pasaría en esta dinámica familiar si el escenario de hijos enfermos y de madre que *todo lo da por ellos* no tuviera ya existencia?. En definitiva, qué haría esta mujer al dar cuenta de su propia falta?

Siguiendo con el análisis de la entrevista, en la historia de la lactancia se puede apreciar cómo la modalidad nutricional se vio alterada desde los comienzos de la vida. La mamá comenta que tenía que darle de mamar muy seguido porque “... *al ser una niña tan grande si no comía más seguido se le bajaba el azúcar...*”; sin embargo, según el relato, la niña comenzó a engordar mucho debido a esto, entonces comenta un hecho particular:

“...tenía un mes y tenía que darle cada seis horas y era pleno verano, estuvo tres días sin tomar el pecho porque se enojó, y no quería, tomaba solo agua con la mamadera... yo pienso que como yo le tuve que negar... entonces la agarraba mi marido o mi suegra... Yo le quería dar y no, me daba vuelta la cara y me rechazaba el pecho, me ponía la mano y sacaba el pecho. Yo me sacaba leche y se la quería dar en la mamadera, pero tampoco, si era agua sí la tomaba, pero si era leche no. Yo lloraba hasta que le hablé, y le hablé, hasta que como que la convencí...”, “... entonces dije no, ahora no le quito más el pecho, que tome lo que ella quiere...”, “... y tomó el pecho hasta los dos años...”

Podemos percibir que se trata de una madre a la que le resulta muy difícil poder modular lo que da a su hija... o le da nada... o le da todo... Hay una dificultad para establecer una vinculación desde lo oral con cierta estabilidad y empatía, lo que pareció derivar en un “mejor le doy todo”. Entonces es una madre que aparece sobreprotegiendo, cuya mirada está siempre allí presente, en todas las áreas vitales de Ana.

“... yo estoy sola con ella en la casa, ella hace la tarea o me ayuda a hacer alguna cosa, me dobla la ropa... o juega... yo la cuido mucho, por ahí ella quiere ir a la casa de alguna compañera y yo no... no me gusta dejarla en ningún lado si no la estoy viendo yo...”

Por otro lado, es interesante destacar algo que surge en la entrevista y que podría dar cuenta de ciertos aspectos de la dinámica de esta familia: “*el marido convence a la madre, la madre convence a la hija*”. En estos pasajes se vislumbra una suerte de dominio sobre las decisiones del otro, como si las elecciones personales no fueran válidas. Si consideramos además la extrema sobreprotección ejercida por la madre,

podemos pensar que la posibilidad de decidir y, por lo tanto hacer, resulta obstaculizada por la voluntad del otro, en desmedro de las elecciones personales.

La mirada que esta mamá dirige a su hija es una mirada más bien invalidante, la organización del discurso para referirse a su hija está plagada de significantes que marcan el desvalimiento de Ana, su incapacidad para hacer prácticamente cualquier cosa.

“...al estar tan enferma de la parte respiratoria mucho ejercicio no puede hacer... ella tiene asma... entonces si corre mucho le duele el pecho, se siente mal y llora, cualquier emoción le falta el aire... así que todo eso la ha complicado...”, “... le hace mal la lluvia, el cambio de clima... no puede masticar mucho... la garganta no se lo pasa... entonces se le ha juntado todo y cada vez engorda más...”, “... yo le he llevado el certificado a la escuela para que no le hagan hacer mucho ejercicio porque se le cierra el pecho...”, “... al estar tan enferma yo no la saco... y cuando yo la baño menos la saco, directamente no la llevo a ningún lado, yo la cuido mucho porque siempre está enferma, nunca está sana...”, “...entonces yo le digo que me ayude porque es mucho para mí, es mucha carga...”

Es difícil vislumbrar una relación que permita el desarrollo paulatino de cierta autonomía. La extrema sobreprotección y los temores infundidos por esta madre, probablemente convierten al mundo circundante de Ana en una fuente constante de estímulos peligrosos, de los cuales la única protección es estar bajo la *súper- visión* de su madre.

Podemos suponer en este sentido, que se trata de una madre temerosa frente al crecimiento de su hija, y al desarrollo de su independencia. Ella prefiere que su hija esté quieta, a su lado, que no se mueva, y parece encontrar siempre una excusa que justifique la “necesaria” inmovilidad de su hija.

Por otro lado, se puede observar una actitud tendiente a ubicar en el afuera la responsabilidad por los problemas de su hija. Cuando se le pregunta por el comienzo del sobrepeso, ella refiere:

“... cuando empezó el pre jardín ya empezó a subir de peso... yo pienso que fue por esas 4 ó 5 horitas que ella ya no estaba conmigo... viste como es en el jardín, que comparten meriendas, que los festejos que hacen...yo ahí empecé a notar que ella empezó a tener más ansiedad y a preferir las cosas dulces y no la comida...”

Así mismo, de su discurso se desprende de manera sutil la crítica dirigida a profesionales que, por su “inoperancia o negligencia”, contribuyeron a desencadenar los padecimientos de Ana.

“... en el centro de salud no se dieron cuenta que yo en los otros embarazos había engordado como 20 kg. y con ella sólo engordé 8, era mucha la diferencia, y bueno... me descubrieron la diabetes, pero ya era tarde ya...”, “... cuando empezó a tomar la pastilla de la tiroides ahí me empezó a engordar más, eso fue en junio más o menos de este año, recién ahora le descubrieron el problema de la tiroides... desde que empezamos con la pastilla de la tiroides empezó a subir más... y está más ansiosa, se le seca mucho la piel...”

En relación a estos comentarios últimos, cabe destacar que la doctora había aconsejado el seguimiento de una dieta estricta debido al riesgo de sobrepeso que conlleva la medicación. Tal sugerencia, si bien es relatada en el discurso de la mamá, parece que es anulada o negada; al punto de “sorprenderse” del aumento de peso que experimenta su hija al comenzar con el tratamiento para la tiroides.

En relación a la figura paterna, su poca presencia en esta familia, entorpece la posibilidad de poner distancia en este vínculo tan pegoteado entre madre e hija, al no introducir un elemento de corte entre ambas. Así mismo, cuando en la cotidianeidad de otros ámbitos surge la posibilidad de ubicar a Ana en el lugar de una “niña normal”, y, por tanto, posibilitarle la autonomía propia de un niño de su edad, esto es invalidado y criticado, puesto que parece atentar contra el discurso materno incapacitante, y con la modalidad vincular que tal discurso establece.

“... yo le he llevado el certificado a la escuela para que no le hagan hacer mucho ejercicio porque se le cierra el pecho... pero en la escuela el profesor generaliza a todos los niños por igual en gimnasia...”

Es importante destacar que lo mismo aparece en el relato de Ana. Ella se refiere al profesor de gimnasia de la escuela como alguien que no entiende que ella no puede hacer las cosas como los demás niños.

En esta línea de análisis, podemos suponer que la conformidad que esta mamá manifiesta respecto al programa al que asiste su hija, está en estrecha relación con el lugar simbólico que ésta ocupa en la familia: ser una enferma más.

“... me gustó mucho como la cuidan (en el programa), ella se siente bien porque son todos igual que ella... a ella le gusta y a mí me gusta mucho también... la mandan a hacer análisis, al cardiólogo... entonces están pendientes de los niños, y eso a mí me gusta mucho...”

La larga peregrinación de Ana por médicos y hospitales comenzó desde muy pequeña y ha ido en aumento, a tal punto que *“...la pediatra la ve cuando está enferma, y una vez al mes que la ve la doctora, una asistente social, una fonoaudióloga, y la parte de nutrición la ven en el Notti, ahí la controlan re bien... ahora estamos en la lucha para que la operen de la gargantita y de las adenoides...”*

Sin embargo, esto parece ser poco para sostener ese lugar de niña “enferma y anormal” en la que Ana debe encajar.

“... la pediatra del centro de salud que la ve, que le controla el peso... y todo eso, no me la ha mandado ni a un alergista, ni a un neumonólogo...”

Ana parece estar atrapada en un destino armado por la madre, en la que la historia se repite:

“... de mi parte ya tiene la descendencia de obesidad, entonces yo trato de cuidarla... la llevo al médico, la traigo acá, pero es como que lo veo un poco lejano que ella pueda tener su peso ideal... estoy como desesperanzada... mi mamá también tuvo la misma lucha conmigo... y yo también estoy un poco cansada de los médicos ya...”

Para finalizar con el análisis de esta entrevista, cabe destacar que la madre se mostró muy colaboradora durante todo el proceso, siendo accesible en cuanto a la planificación de los días y horarios de los encuentros que se realizaron.

II.1.2.- Análisis de la entrevista con Ana

Ana comienza la entrevista comentando la composición de su familia y el tipo de relación que mantiene con cada uno de ellos. Con sus hermanas tiene las peleas propias de cualquier relación fraternal, y refiere ser muy cariñosa y compañera con su madre; y estar con su padre cada vez que puede. Luego habla sobre el colegio, le gustan las matemáticas y no lengua. Los motivos que da respecto a tales preferencias hacen referencia a sus capacidades.

“... lengua no me gusta... porque nos hace escribir muy poquito y yo escribo muy rápido, tengo el pulso muy rápido yo... me encantan las matemáticas, entonces termino la tarea muy rápido y después vienen mis compañeros a copiarme la tarea...”

A partir de esta primera viñeta, vemos cómo se presenta desde lo que ella considera como su potencial, desde lo que es capaz de hacer y a partir de lo cual puede ser puesta en un lugar valioso por sus pares.

Sin embargo, al seguir el relato surge algo que parece angustiarse y que se relaciona con el cuerpo: las clases de gimnasia.

“... no me gusta gimnasia porque el profesor no da muy bien las clases entonces hace que me agite... y me agito mucho y se me cierra el pecho...”, “... mi mamá le ha dicho que se me cierra el pecho, pero no entiende... me trata como una niña que como me ve gordita tengo que hacer más gimnasia que las flaquitas... mi mamá le ha dado certificado y todo, pero no entiende...no entiende que yo no puedo hacer tanta gimnasia...”

Pareciera que por momentos Ana no puede soportar quedar expuesta, mostrarse en falta. Ella intenta ubicar la causa de su imposibilidad en el afuera, ya que es el profesor el que “no sabe dar las clases y el que no entiende”.

Sin embargo, podríamos pensar también, que hay algo del orden de su imposibilidad que le reporta un cierto beneficio. El “yo no puedo” es usado de manera tal, que parece ubicarla en un lugar de víctima desvalida, quedando desprotegida y a merced de la tiranía de los demás. “Yo no puedo correr, yo no puedo saltar, yo no puedo

“jugar mucho ni transpirar”, significantes que parecen estar organizados con la única finalidad de empujarla una y otra vez a la protección que la madre “sí sabe dar”.

“... yo tengo primas flaquitas entonces no quieren jugar conmigo porque ellas lo hacen más rápido... ellas no me dejan jugar porque soy gordita... entonces cuando me enojo quiero estar sola... o me voy con mi mamá... porque me hace sentir mejor, me da besos, me abraza... es buena mi mamá...”

Podemos hipotetizar, en relación a lo analizado en la entrevista con la madre, que esta posición de víctima desamparada y atacada por los de afuera, sigue la misma línea del discurso materno incapacitante en el cual parece estar atrapada. La modalidad del vínculo coarta cualquier posibilidad de movimiento en Ana; y nos referimos no sólo al movimiento concreto de desplazarse en el espacio físico, sino también (y sobre todo) a la posibilidad de moverse del lugar simbólico asignado para esta niña. Si ella se pone en movimiento (si corre, salta, juega), entonces tambalea el discurso materno, con lo cual “moverse” implicaría, a nivel inconsciente, un intento de salirse de ese lugar mortífero de objeto para el goce de la madre. En relación a esto, es interesante destacar el acto fallido de Ana al referirse a las clases de gimnasia en el programa de obesidad. Ella manifiesta que allí no tiene problemas respiratorios, entonces comenta:

“... esa gimnasia es un poquito más tranquila... yo no me corro tanto...”

Ella no se corre tanto; entonces podemos preguntarnos: de dónde no se corre tanto? No se corre tanto de su madre? No se corre tanto del lugar asignado? Recordemos que las actividades físicas realizadas en el programa están planificadas en función de la obesidad de los niños, por lo cual, si bien el cuerpo está implicado, su movimiento está atenuado. Además, hay que tener en cuenta que Ana muchas veces no hace las actividades porque las condiciones climáticas “no se lo permiten”. De esta manera, parece cumplir con los requisitos de “inmovilidad” planteados por la dinámica vincular con su madre.

Respecto de la problemática respiratoria del asma, quisiéramos hacer una breve referencia a la teoría psicosomática que plantean Marta Bekei y León Kreisler (citados en apunte de cátedra Neuropsicología, UDA). Para estos autores el asma se presenta en estrecha relación con una situación conflictual desatada por la ambivalencia entre la

fuerte necesidad de dependencia y protección que experimenta el niño, y la tendencia a independizarse, tendencia que es fuertemente rechazada desde el plano materno. La ambivalencia entonces estaría determinada por los deseos de protección, y al mismo tiempo por la necesidad de madurar e independizarse. A partir de tal situación, la personalidad del niño asmático está dominada por el temor de separarse de su madre, puesto que crece en una atmósfera de inseguridad, lo cual es fuente de grandes montos de angustia. Con respecto al caso de Ana, hemos visto la extrema sobreprotección ejercida por esta mamá, que no da lugar a una paulatina separación entre ambas. Ella está siempre presente, dando y mirando: como viven a una cuadra del colegio, cada vez que a Ana le pasa algo ella está en cinco minutos ahí para “verla”, no quiere que vaya a la casa de las amigas porque si se enferma no la puede “ver”, durante las dos horas de actividad del programa la madre se queda ahí “viéndola” por si le pasa algo. Como resultado, una niña temerosa y a la que le resulta muy difícil poder desarrollar herramientas propias que le permitan afrontar casi cualquier tipo de situación; con lo cual parece preferir, en la mayoría de las oportunidades, quedar bajo la protección de su madre antes que animarse a vivir su vida acorde con sus propios deseos y necesidades (a tal punto que parece no haber un registro de las mismas). Podemos pensar que Ana se siente “ahogada”, “asfixiada” por este vínculo que *no le da respiro*, y del cual no puede apartarse. Sin embargo, podemos rescatar como algo positivo en este sentido, los recientes intentos emprendidos por ella para operar una distancia, ya que le ha pedido a su mamá que no se quede en el programa, que se vaya a su casa y que la deje estar ahí sola. En la siguiente viñeta extraída de la entrevista con la mamá, podemos ver cómo este esbozo de independencia de Ana, se ve coartado por su madre, a la que le cuesta aceptar que su hija puede ir generando espacios propios, distintos de los de ella.

“...Acá en el programa quiere que me vaya, porque dice que la pongo nerviosa, porque yo me he dado cuenta como que para ella estas dos horas que está acá son de ella, entonces es como que ella se quiere independizar, no... no quiere que yo esté tanto con ella... Ya ella sola quiere ir despegándose un poco de la madre... Y yo me podría ir, pero no alcanzo a llegar a mi casa que ya tengo que volver... así que no... no me conviene, no puedo dejarla...”

Por otro lado, se percibe en el relato de Ana una intensa preocupación respecto de las enfermedades que sufre cada miembro de su familia. Este es un tema recurrente y es llamativa la cantidad y la calidad de información que posee sobre tales padecimientos, de los cuales realiza descripciones muy detalladas. Es como si la mirada que Ana dirige sobre la realidad estuviera focalizada sobre todo en los elementos enfermos y sufrientes de la misma.

“...yo tengo una hermana que tiene un montón de problemas, tiene lupus, tiene síndrome renal..., se llena de granitos y tiene un problema en la sangre... se le ponen los pies morados en invierno, y en verano se le ponen peor, no tiene que salir... es la que tiene 16, desde que nació la internaron 12 veces, le dio algo al corazón cuando tenía 14, entonces se desmayó por lo que le dio al corazón... su enfermedad es permanente”, “...Y la otra que tiene 18 tiene gastritis, pero no entiende que ella se tiene que cuidar, y toma salsas... y se pone mal, se pone roja, o pálida cuando come esas cosas, parece un papel...”, “...y mi mamá ahora ha empezado que se le caen las cosas de las manos, se tiene que operar de las manos, se tiene que hacer un estudio... se le rompen las cosas cuando está lavando, y se le meten los vidrios en los dedos...”, “... mi abuela también está mal, ella tiene algo mal en la cadera...”

Pareciera estar “incapacitada” para reconocer en su cotidianeidad aspectos distintos, saludables, alegres, que le permitan ocupar su tiempo o sus pensamientos en cuestiones más propias de un niño: jugar, divertirse, estar con amigos, etc.

“... A mi me gusta hacer gimnasia, lo que pasa es que estoy en un principio de asmática, y me van a operar de la garganta a mí el 4 de octubre, y vaya a saber si me operan porque me iban a operar en julio, y me dijeron que iban a posponer las operaciones de nuevo...”

Con estos pasajes de la entrevista podríamos suponer que el conocimiento específico y excesivo que Ana tiene sobre las enfermedades no proviene únicamente de su curiosidad o de sus observaciones, sino que creemos que, además, esta tendencia estaría reforzada por una dinámica familiar en la que “todos deben participar del sufrimiento del otro” como modo que define la modalidad y calidad de los vínculos.

Consideramos que se trata de una dinámica en la que los vínculos están poco diferenciados; vínculos simbióticos que se ven reflejados incluso en el vocabulario de Ana. Su modo de hablar, las palabras que utiliza para organizar lo que dice, el énfasis que pone en ciertos temas, no son propios de una niña de 8 años.

Cabe destacar además, que las sufrientes son siempre figuras femeninas (hermanas, madre, abuela, ella misma). Sobre el padre, lo único que refiere es que fuma mucho y que podría hacerlo menos, con lo cual pensamos que ella quizás puede considerar para él una alternativa un poco más saludable; alternativa menos probable en las mujeres del núcleo familiar sobre las que se refiere con un tono bastante pesimista.

Así mismo, siguiendo con esta línea de análisis en la que destacamos esta “participación en el sufrimiento de los otros”, aparece otro dato en el que podemos ver claramente tal participación ya con el cuerpo mismo entrando en escena.

“... también tengo un montón de problemas familiares, una vez mi papá y mi mamá se agarraron a pelear, entonces un día mi mamá lo agarró del cuello porque no nos alimenta a nosotros, no habíamos comido como por tres días... entonces habíamos comido re poquito... y mi mamá lo agarró del cuello a mi papá, y mi papá le largó una piña en la nariz. Entonces yo me quedo durmiendo con mi mamá porque ella quiere estar conmigo nomás..., mi mamá me dice a mí que me vaya a acostar con ella...”

En esta viñeta hacemos referencia al cuerpo entrando en escena desde varios puntos de vista. Por un lado, el cuerpo que sufre en concreto acciones de violencia física (de la cual Ana es testigo); y por otro, el cuerpo que sufre puesto que parece ser usado como objeto para mitigar la angustia de la madre. Ana relata que ante las peleas de sus padres, es frecuente que la madre la acueste con ella en su cama, y señala:

“... me siento re mal, yo le digo “mami me voy al baño” y me encierro ahí y me pongo a llorar... Yo la abrazo a mi mamá, porque ella es la única que lleva a mis hermanas al hospital, ella es la única que siempre hace la comida...”

Vemos las dificultades presentes en esta familia para ofrecer un espacio de contención y cuidado, puesto que, como dijimos antes, todos son testigos obligados del sufrimiento de los otros. Parece no haber un filtro ni en las comunicaciones, ni en las interacciones de esta familia, que permita el mantenimiento de una distancia saludable

respecto de situaciones generadoras de tensión y angustia difíciles de manejar teniendo en cuenta, no sólo la edad de Ana, sino también la escasez de recursos con los cuenta.

Siguiendo con el análisis, se puede observar algo ya detectado en la entrevista con su madre: la tendencia a buscar en el afuera las causas de su obesidad.

“... tengo tiroides yo, entonces me dieron una pastilla... estaba re flaquita yo, estaba en 45, después 46, 47, 48... empecé a subir por la pastilla. Porque a mi me daban un cuartito, pero era para los más grandes y eso me hacía muy mal a mi y me la siguen dando por la tiroides... y por eso he seguido aumentando, aumentando...”

Ante la pregunta sobre qué cree ella que puede hacer para adelgazar, responde con un tajante “no sé”, respuesta llamativa si tenemos en cuenta que Ana asiste a un programa en donde, desde distintas áreas (nutrición, psicología, educación física, etc.), se trabaja enseñando a los niños ciertas pautas que favorecen la adquisición de hábitos saludables de alimentación, actividad física, etc., para poder llegar a un peso ideal. Con estos datos, resulta complicado encontrar en el discurso indicios de un compromiso desde lo personal con respecto a su problemática específica. Da la sensación de que ella nada puede hacer para contrarrestar su condición de sobrepeso. Nuevamente parecemos estar ante la presencia de un lugar de víctima inmovilizada, a la que le cuesta mucho poder vislumbrar alguna alternativa favorable para su salud.

Finalmente, quisiéramos destacar un hecho que podemos considerar de relevancia: Ana comenta en una de las entrevistas que le gusta mucho escribir cuentos, hay momentos en los que se queda en su habitación y escribe historias que “no le muestra a nadie para que no se le pierdan”. Tal actividad podría ser pensada desde varias ópticas. Por un lado, la preferencia por actividades en las que nuevamente no se pone en juego el cuerpo, siendo éste el aspecto negativo de esta actividad. Sin embargo, y esta es la línea que quisiéramos rescatar como saludable, se pone de manifiesto aquí una veta creativa, producciones en las que Ana parece encontrar un refugio genuinamente propio, y que le permiten realizar intentos de diferenciación respecto de su entorno. Ella atesora estas producciones, significándolas como una posibilidad de

crear-se, ubicar-se en un lugar distinto al dado; en donde ella “puede hacer”, quizás en un intento por poner un coto al discurso materno que la inhabilita. Esta actividad podría señalar la posibilidad de emergencia de aspectos sanos, que Ana cree necesario mantener al resguardo en primer lugar, porque no encaja con el entorno enfermo que la rodea, y por otro lado, para que no sean destruidas las evidencias de que puede acceder a un funcionamiento aunque sea un poco más libre de conflictos.

“... escribo cuentos... los tengo guardados... uno se trata de una serpiente que era mezquina y que no tenía amigas porque no convidaba su comida. Entonces después vino una serpiente buena y después ella prestó sus juguetes y desde ese día ella aprendió que no hay que ser mezquina porque si no se queda sola...”

II.2.- TEST DE RORSCHACH: ANÁLISIS DEL SUMARIO ESTRUCTURAL

La secuencia de interpretación a seguir en el protocolo de Ana está determinada por la presencia de CDI positivo como variable clave.

▪ Control y Tolerancia al Estrés

En el protocolo de Ana encontramos una $D Adj=0$, lo que inicialmente indicaría que, en situaciones habituales, posee una capacidad adecuada para mantener el control de sus conductas, con lo cual también se podría pensar que existe una buena tolerancia frente a las tensiones de la vida cotidiana. Sin embargo, el hecho de que el *Índice de Inhabilidad Social (CDI)* resultara positivo, obliga a hacer un análisis más profundo de la capacidad de control conductual de Ana, puesto que hace referencia a las dificultades con las que se encuentra a la hora de manejarse en situaciones cotidianas, especialmente las de índole interpersonal. Tales situaciones, ponen en evidencia las intensas vivencias de desvalimiento de Ana, generando posiblemente comportamientos un tanto desorganizados, como producto de su vulnerabilidad frente a situaciones que equivalen a un aumento de tensión.

Así mismo, la *Experiencia Accesible (EA=0.50)*, nos ayudará a contrastar la validez de la $D Adj.$, ya que guiará el análisis de los recursos disponibles de Ana. En

primer lugar, si bien la puntuación *D Adj.* la ubica en un intervalo 0, sugiriendo una relación adecuada o “armónica” entre los recursos y las demandas que experimenta, podemos ver también que la $es=3$ supera las capacidades de control con las que cuenta para mantener la dirección de los comportamientos frente a los disparadores de tensión. A nivel cuantitativo, podemos ver en Ana una importante limitación de los recursos con los que cuenta para iniciar acciones deliberadas, puesto que sólo se ha presentado un determinante *FC*, el que además va acompañado de una *calidad formal única*, con lo cual la cualidad del recurso nos habla de una modalidad de ajuste a la realidad poco convencional de las capacidades utilizables de Ana, cuestionando la eficacia práctica de dicho recurso.

La incidencia de la *forma*, permite pensar que sus descargas afectivas están limitadas y con mucho control cognitivo.

Al analizar el $EB=0:0.50$ de Ana vemos que su *Estilo Vivencial* se encuentra *coartado*, evidenciando los enérgicos esfuerzos defensivos que esta niña realiza para protegerse de estímulos externos que le resultan perturbadores y por tanto displacenteros. Podemos suponer que la modalidad defensiva que emplea la lleva a un límite en el que tiende a anular la capacidad de reflexión ($M=0$) y a funcionar con mínimos intercambios emocionales ($SumPondC=0,50$). De esta manera, si bien se mantiene por fuera del alcance de los estímulos que la perturban, esto genera una pobreza de recursos que la deja vulnerable ante la realidad. Así, la intensidad de la modalidad defensiva representada en el *EB coartado*, la llevaría a un funcionamiento inhibido, el cual le permite mantenerse aislada de las condiciones habituales que le resultan tensionantes, evitando entonces sentirse abrumada.

Los datos correspondientes a la *estimulación sufrida* ($es=3$) y a la *experiencia base* ($eb=1:2$) de Ana nos informan que el malestar interno experimentado es de carácter relativamente situacional, puesto que sus componentes proceden fundamentalmente de las variables más inestables. Sin embargo podemos suponer en Ana una cierta dificultad para registrar tal malestar interno ya que la *es* se encuentra levemente por debajo de los valores esperados para su edad. Los componentes del *eb* informan que los estados de malestar o tensión que Ana experimenta se relacionan con la necesidad de afecto y cercanía (*T*); además la presencia de $m=1$ e $Y=1$ indicarían que ante ciertas situaciones generadoras de malestar, Ana tendería a reaccionar con ambos tipos de estímulos

irritativos a la vez: estímulos ideacionales (*m*) que implicarían cierto sentimiento de pérdida de control y estímulos emocionales que implicarían sentimientos de indefensión y sufrimiento psíquico (*Y*). La ausencia de *FM* en el protocolo de Ana supone una incapacidad para registrar la insatisfacción de sus necesidades básicas.

▪ **Afectividad**

El *EB coartado* que presenta Ana en estos momentos no permite conocer demasiado acerca de su modalidad habitual de responder ante las situaciones. Si además tomamos en consideración el estilo evitativo de Ana (representado por el alto puntaje en el *Lambda*), podemos suponer que la existencia de una marcada disposición a simplificar la complejidad o la ambigüedad de un estímulo cualquiera, afecta a las vivencias afectivas, descartando o incluso negando los aspectos emocionales de los estímulos.

El análisis de la *experiencia base (eb)*, nos indica que, si bien la *es* es menor a lo esperado para su edad, al estar levemente aumentado el lado derecho, podemos suponer cierto grado de malestar psíquico. Recordemos que los componentes del lado derecho hacen referencia a estímulos que pueden influir en la conducta provocando un sufrimiento de tipo emocional y sobre los que el sujeto no tiene el control ni de su inicio y ni de su término. El *sombreado difuso (FY)*, indicaría sentimientos de malestar psíquico pero de tipo situacional, por lo tanto no se refiere a un sufrimiento crónico vivenciado por Ana. La incidencia de la forma indica que puede ejercer un mayor control cognitivo sobre tales afectos una vez que se disparan en su interior.

De todos modos, debemos considerar estos datos con cautela, puesto que el estilo coartado tiende a disfrazar los datos. Creemos que la disminución en general de los valores en el protocolo, es consecuencia del funcionamiento inhibido y evitativo que ya mencionamos, por el cual, si bien no se visualizan por el momento recursos adaptativos en Ana, tampoco vemos que registre demasiado malestar.

La presencia de *textura (FT)* está dentro de lo esperado en la experiencia humana universal, por lo cual se lo considera como un indicador positivo de pronóstico, ya que Ana puede reconocer, como el común de la gente, la necesidad del contacto y la cercanía emocional con el otro.

Por otro lado encontramos la proporción $FC:CF+C=1:0$, lo cual es poco probable de encontrar en protocolos de niños ya que se espera en ellos una expresión más suelta de las emociones. Este indicador muestra nuevamente que el funcionamiento emocional de Ana se caracteriza (por lo menos actualmente) por un empobrecimiento del intercambio afectivo, en donde por lo tanto hay poca expresión emocional y mucho control cognitivo.

La $Afr=0.57$ que presenta el protocolo de Ana pone en evidencia una productividad dentro de lo esperable frente a los estímulos emocionales, sin embargo, de las ocho respuestas dadas a las tres últimas láminas, sólo en una utilizó el *color* como determinante, el cual se encuentra regulado, como ya mencionamos, por elementos cognitivos (*FC*). En este sentido, podemos pensar que esta niña se encuentra muy atenta a la demanda situacional, pero con una importante restricción afectiva en el momento de responder.

La ausencia de *respuestas complejas* en el protocolo es un dato que da cuenta nuevamente de la modalidad evitativa de Ana. La excesiva tendencia a simplificar los datos conduce a un empobrecimiento psicológico y a serias dificultades en el manejo de estímulos emocionales complejos; dato que, por otro lado, se corrobora al analizar los controles de Ana: frente a situaciones con un nivel de complejidad que no es habitual, le resulta difícil encontrar la manera adecuada de responder puesto que la pobreza de recursos con los que cuenta la ubican en un estado de desvalimiento o indefensión.

▪ Autopercepción

Con respecto al *Índice de Egocentrismo*, encontramos $3r+(2)/R=0.59$. A partir de este dato podemos suponer una tendencia al autocentramiento dentro de los límites esperables para la edad de Ana. En este sentido, creemos posible conjeturar que la mirada que Ana dirige sobre sí misma dificulta en cierto grado el desarrollo de una autoestima saludable. Esta hipótesis se basa en el hecho de la presencia de códigos *MOR* en el protocolo. Si bien no se encuentran aumentados ($MOR=2$), podría estar indicando que la autoimagen de esta niña se está articulando con elementos de tintes disfóricos o negativos, lo que produciría una cierta desvalorización de su imagen personal. Es importante tener en cuenta en este sentido que quizás la disminución en la

autoestima pueda estar relacionada con un entorno en el cual es difícil encontrar una fuente de estímulos que actúen como apoyo o soporte de un self valorado.

El análisis de los *contenidos humanos* nos dará información acerca de cómo Ana se percibe a sí misma y a los demás. Por un lado, podemos apreciar que la frecuencia de los *Cont H=2* está disminuida en el protocolo, lo cual indicaría el escaso interés de Ana por el establecimiento de relaciones con el elemento humano, reflejando tal vez ciertas dificultades en el manejo de la empatía y los procesos de identificación. Quizás podríamos pensar que este dato se correlaciona con el estilo de su *EB* por el cual se realiza un gran esfuerzo defensivo que, además de anular los procesos de reflexión deliberados, suprime en alto grado los intercambios emocionales con el entorno; con lo cual la reticencia a relacionarse con los demás sería funcional a su *estilo coartado*.

Por otro lado, los *tipos de Cont H* nos ayudarán a matizar las pautas de percepción del elemento humano en Ana. Así, podemos ver que los únicos contenidos humanos que interpreta refieren a un modo cauteloso o suspicaz de acercamiento al otro en donde lo que se obtiene es una visión parcializada del mismo (*Hd=1*); además parece haber un distanciamiento del mundo real al percibirse a sí misma y al otro (*(H)=1*), con lo cual pareciera que Ana recurre al mundo de la fantasía cuando se aproxima a una visión completa del otro.

Con estos datos podemos suponer que es muy poco el interés de Ana por involucrarse en relaciones humanas puesto que podrían ser consideradas como fuente de malestar, y que su propia imagen y la del otro parecen basarse en percepciones poco realistas, sesgadas y parcializadas, con una recurrencia a elementos de la fantasía. La presencia de un *ALOG* en la respuesta de detalle humano, podría indicar una cierta falla en lo ideativo cuando intenta un acercamiento al elemento humano.

▪ **Relaciones Interpersonales**

En primer lugar es importante referirnos al *Índice de Inhabilidad Social*, puesto que tal constelación aparece como positiva en el protocolo de Ana. Si bien ya mencionamos este dato al analizar los controles, adquiere relevancia a la hora de integrarlo con su modalidad relacional. Así, podemos suponer que frente a las dificultades que presenta en su relación con el entorno social, Ana manifiesta una tendencia a establecer vínculos superficiales y acotados. El *CDI* positivo pone de

manifiesto la fragilidad y vulnerabilidad de Ana, mostrándose sensible al rechazo en el área relacional. La escasa habilidad para manejarse en las relaciones interpersonales, sumado a las dificultades que presenta para mantener un adecuado control de su conducta (sobre todo en esta esfera), sería otro factor que influye en los sentimientos de desvalimiento y baja autoestima. En relación a este orden de cosas, podemos suponer que Ana suele aparecer distante en sus vínculos, mostrando una cierta ineptitud en la vida cotidiana.

Como ya mencionamos al analizar la autopercepción, el escaso interés de Ana por establecer vínculos interpersonales y la visión parcializada y poco realista de los demás, influyen de manera negativa en la esfera relacional.

La presencia de $COP=0$ y $AG=0$, indicaría que Ana no realiza atribuciones positivas ni negativas en cuanto a las relaciones sociales, dando cuenta de su falta de interés en el establecimiento de relaciones interpersonales. Esto a su vez podría generar en los demás la sensación de ser una persona distante y poco sociable.

▪ **Procesamiento de la Información**

En el protocolo encontramos un puntaje $Lambda=4.50$. Vemos que está significativamente elevado, indicando, como ya señalamos, un estilo evitativo. Esto indica que Ana manifiesta una tendencia excesiva a simplificar los estímulos cada vez que puede, a tal punto que parece ignorar la complejidad o ambigüedad de las situaciones en las que se desenvuelve. Puede pensarse, a la luz de lo analizado hasta aquí, y teniendo en cuenta el *EB coartado*, que dicha modalidad de control intelectual resulta útil como medida que evita procesar estímulos emocionales impidiendo entonces verse invadida por los afectos. La magnitud del puntaje denota una actitud más bien defensiva en Ana que evidencia el estilo evitativo que parece caracterizarla.

Sin embargo, esta manera habitual de procesar datos implica la pérdida de información necesaria para un adecuado análisis del entorno, lo cual seguramente empobrece la riqueza y variabilidad de respuestas que puede brindar. El riesgo que implica tal control intelectual radica en la posibilidad de padecer la pérdida repentina de éste, si consideramos además las dificultades en cuanto al mantenimiento del control de su conducta que previamente hemos observado.

Con respecto al esfuerzo o interés que Ana dedica al trabajo de procesamiento, encontramos congruencia en los valores obtenidos tanto en el $Zf=4$, como en el $W:D:Dd=3:16:3$. El análisis de estos datos demuestra el bajo nivel de motivación presente en Ana, ya que, la Zf disminuida es representativa del pobre esfuerzo que realiza para el procesamiento de datos, considerando además que de las cuatro respuestas con *puntaje Z*, dos fueron dadas en las láminas I y V, las cuales implican (en relación con el resto de las láminas) un menor gasto energético para dar respuestas globales.

En cuanto a las *localizaciones*, se observa la presencia de *D* aumentada, resultante de un funcionamiento excesivamente práctico, puesto que no hay esfuerzos creativos, sino más bien, hay una tendencia a dirigirse hacia los estímulos más usuales y simples. La escasez de respuestas *globales*, evidencia la pobreza en la capacidad de análisis y síntesis de Ana, que se traduce entonces en la dificultad para poder acceder a visiones globales. Cabe agregar además, que la excesiva economía en el procesamiento de datos se manifiesta, por un lado, en la presencia elevada de contenidos *animales*, los cuales son los más fáciles de percibir; y, por otro, en la alta frecuencia de DQo en cuanto a la simpleza y economía realizada en el procesamiento cognitivo.

En cuanto a las respuestas *Dd*, podríamos suponer, dado su porcentaje elevado (14%), un intento de evitar la confrontación directa con la complejidad de los estímulos, por lo cual se busca un enfoque más particular de la situación, que le permita un mejor manejo de la misma. Sin embargo, la eficacia práctica de esta modalidad se pierde, en función de la distorsión y de la particularidad con la que se establece el contacto con la realidad mediante este funcionamiento en particular ($FQ=-2$; $FQu=1$).

Respecto a la proporción entre $DQ+=1$ y $DQv=4$ presentes en este protocolo, podríamos señalar nuevamente las dificultades de Ana para llevar a cabo operaciones de análisis y síntesis sobre el campo estimular, con la consecuente inhabilidad para establecer relaciones significativas entre los elementos del entorno. Parece prevalecer en esta niña, una indefinición de los conceptos que procesa, como producto tal vez, del poco compromiso con el que se dirige hacia la realidad estimular.

Con respecto a la $Zd=0.50$, se ubica en el intervalo esperable, lo cual indica que sigue en la línea de lo económico y fácil, es decir, de procesar lo que está a simple vista.

- **Mediación Cognitiva**

Al revisar las respuestas *Populares*, podemos observar que su frecuencia de aparición está dentro de lo esperable, con lo cual podríamos inferir inicialmente, que Ana se maneja dentro de los patrones convencionales esperados para su edad y entorno sociocultural; es capaz de responder a los estímulos como la mayoría de las personas cuando tales datos resultan absolutamente obvios, ya que puede percibir las cosas como los demás en estas condiciones. Este dato nos indica la facilidad con la que Ana acata las normas.

Sin embargo, como ya vimos al analizar los modos de procesamiento de información, el puntaje *Lambda* excesivamente elevado indica un estilo evitativo utilizado por Ana. En relación con los procesos de mediación, es importante considerar en este sentido que, tanto la *Forma convencional* como la *Forma Pura convencional* se encuentran disminuidas ($X+\%=0.40$; $F+\%=0.39$). Siendo la $F+\%$ la medida más específica de ajuste, dado que refiere únicamente a las respuestas de *F Pura*, su disminución resulta un dato negativo en el protocolo de Ana ya que, siendo su estilo preferente la simplificación excesiva de los datos, podemos inferir que tal modalidad es utilizada de modo ineficaz, resultando un estilo poco adaptativo o desajustado, puesto que al simplificar (ignorando los aspectos emocionales y dejando de lado los procesos reflexivos) también tiende a dar respuestas poco convencionales o distorsionadas.

Es importante considerar en este sentido, el grado de apartamiento de lo convencional que presenta Ana. Al revisar la *Forma única* ($Xu\%=0.40$), podemos pensar que a menudo se aparta de las percepciones comunes (sin llegar a dar respuestas muy alejadas de lo habitual, $X-\%=0.18$), con lo cual las mismas son sesgadas en función de sus propios puntos de vista, rechazando por tanto la visión común o convencional de los datos de la realidad. Es decir, que en pos de su individualidad, desestima o se distancia de lo convencional.

- **Ideación Cognitiva**

En función de lo analizado hasta aquí, podemos decir que la posibilidad de poner en marcha procesos ideativos deliberados, de utilizar el pensamiento y la reflexión como un modo para tomar decisiones y organizar sus comportamientos, está momentáneamente alterada debido a la intensa defensa que refleja el *EB coartado*. Ya

hemos señalado que, de acuerdo al estilo evitativo que Ana presenta, no puede emprender un análisis exhaustivo de la realidad, atendiendo a los aspectos que componen un estímulo cualquiera. Esta tendencia defensiva, deja fuera de sus procesamientos, datos que resultan importantes a la hora de organizar estos elementos en conceptos que puedan ser utilizados de manera adecuada para poner en marcha procesos deliberados de pensamiento.

Con respecto a la *eb*, al revisar su lado izquierdo, nos encontramos con la ausencia de respuestas *FM*, lo cual no es un dato positivo, puesto que se trata de procesos ideativos provocados por estados de insatisfacción de necesidades básicas (tanto primarias como secundarias). En este sentido, su ausencia no supone que no se experimenten tales necesidades, sino más bien que se ha eliminado el registro de las mismas; es como si no existiera en Ana un registro de la insatisfacción de sus propias necesidades. La presencia de $m=1$, no es significativa. Si relacionamos ambos datos ($FM=0$; $m=1$), podríamos conjeturar que Ana presenta una modalidad por la cual se muestra reactiva frente a situaciones de tensión externas, pero no logra contactarse con sus propias fuentes de malestar internas.

Con respecto al análisis de los *Códigos Especiales* presentes en este protocolo ($DV^I=2$; $INCOM^I=3$; $ALOG=1$), podríamos decir que, a nivel cuantitativo no reviste un dato de carácter patológico en los procesos ideativos de Ana. En cuanto a las *Verbalizaciones Desviadas de Nivel 1*, podemos inferir que se trata de ciertas disfunciones cognitivas leves que implican breves lapsus del pensamiento, expresado por un empleo distorsionado de la verbalización. Las dos DV^I fueron dadas en contenidos animales al describir las partes que conforman tal objeto, con lo cual el resultado es una pequeña disminución en la precisión o claridad de las comunicaciones realizadas. Con respecto a las $INCOM^I$, podemos decir, que se trata de fracasos ocasionales en la capacidad de Ana para discriminar entre las partes de un objeto, resultando en una condensación inusual que manifiesta cierto desprecio por la realidad. En relación al único $ALOG$ presente, consideramos que el razonamiento forzado para establecer una relación lógica simplista se podría haber generado por la dificultad ante el estímulo concreto de la lámina en la cual se codificó un elemento de detalle humano *Hd*, que, así mismo, creemos que resulta esperable para la edad.

II.3.- TÉCNICAS PROYECTIVAS GRÁFICAS: DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA (DFH) Y TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA (PBL)

Teniendo en cuenta las similitudes en ambas producciones, y con la finalidad de no ser reiterativos, se realizará un análisis conjunto, haciendo referencia a dichas semejanzas, y remarcando las diferencias correspondientes a cada producción (en relación con las consignas).

En función de los indicadores de las producciones, podemos suponer en Ana una cierta tendencia al retraimiento, ocasionado tal vez por timidez, o por sentimientos de inseguridad o inadecuación que experimenta frente a las demandas que provienen de su entorno. Podríamos hablar de una precariedad en la autoconfianza de Ana. Este dato se correlaciona con el emplazamiento sobre la zona inferior de la hoja, emplazamiento que además indicaría que es una persona que está más orientada hacia lo concreto, que emplea procesos simples, lo cual puede actuar como un elemento entorpecedor de un adecuado desarrollo o enriquecimiento psíquico.

En general, la presión estable de los dibujos, indicaría las posibilidades de poder mantener una cierta constancia y equilibrio en las acciones. Sin embargo, los trazos aparecen estirados, como tirantes, con lo cual podríamos suponer que el mantenimiento del control en Ana se produce bajo un estado de tensión constante. Este control parece verse en peligro ante determinadas situaciones que provocan ansiedad: vemos un fracaso en el mantenimiento del trazo y, por lo tanto del cierre de la figura en las piernas (desestabilizando la figura); y un marcado descontrol en el suelo de la PBL. En este sentido, podríamos conjeturar que, en condiciones habituales las posibilidades de apoyo en la realidad no ofrecen garantías adecuadas. Esto parece acentuarse en condiciones de tensión ambiental, en donde la realidad tiende a ser percibida como hostil y amenazante, con lo cual hay un cierto apartamiento de la misma, en una conducta de tipo evitativa. Además, quisiéramos hacer una referencia a las dificultades al dibujar las piernas de las figuras, en lo cual quizás lo que se está evidenciando sea, por un lado, los problemas físicos que tiene en esa zona del cuerpo (cansancio, debilidad muscular); y, por otro, las dificultades que experimenta para moverse (desplazarse en lo concreto, y moverse desde lo simbólico). Los pies pequeños son el reflejo de la inseguridad que experimenta para alcanzar metas.

Por otro lado, retomando lo dicho sobre la percepción del entorno de Ana, creemos adecuado hipotetizar que, en función de la sensación de peligro que este mundo despierta en ella, debido probablemente a las dificultades que presenta para establecer relaciones espontáneas y adecuadas con los demás (recordemos CDI+ en Rorschach) y con su entorno (sentimientos de inseguridad frente a exigencias externas), hace uso de mecanismos de control de tipo obsesivo. Estos mecanismos le posibilitarían crear un mundo estructurado y organizado con rigidez, con el objetivo de ser ella la que ejerce el control sobre el mismo y así evitar las sensaciones caóticas generadas por la aparente fragilidad de su yo. En las gráficas podemos observar esta preocupación por el orden y el control en la creación de elementos rígidos y repetitivos: casi exactitud en las FH en las cuales el énfasis kinestésico está puesto en la tensión rígida de su postura, detalles de las vestimentas, simetría en las flores, gotas ordenadas, nubes emparejadas en tamaño y ubicadas en una línea horizontal recta. Es como si sintiera que sin ese control su integridad estaría en peligro. El sombreado en la zona de la cabeza (cabello) evidenciaría la preocupación por mantener todo controlado recurriendo a elementos más bien cognitivos, con lo cual no habría una dinámica flexible y relajada entre éstos y los elementos emocionales. Las características del cuello dibujado en ambas figuras ponen en evidencia la distancia excesiva que Ana mantiene entre lo emocional y lo cognitivo.

Así mismo, consideramos que los ojos marcados, se relacionan con la actitud de Ana de atender al otro, de estar a la expectativa de lo que el otro demande. El uso preferente de tales modalidades implica una pérdida de la espontaneidad en Ana y una pobreza en sus capacidades de adaptación. La afectividad parece verse reducida entonces, posiblemente, en función de la dificultad para establecer vínculos con las demás personas de una manera confiada, relajada. La escasez de los intercambios afectivos sería el correlato de la extrema rigidez con la que organiza su mundo y, en consecuencia, su conducta.

Hammer sostiene que es común ver estas producciones en sujetos que sólo pueden actuar bajo la imposición del deber, y aún en ese caso, con cautela y buscando el perfeccionismo (2006, p. 55).

Las posibilidades de manipulación y actuación en el entorno se ven entorpecidas, pareciera que no cuenta con los recursos óptimos para un accionar apropiado (brazos rígidos y relativamente cortos, manos y dedos pequeños). Podemos

pensar en este sentido que la escasa retroalimentación con el entorno, es otro de los factores (además del poco uso de la imaginación, de la creatividad) que dificultan la adquisición de recursos adecuados que fortalezcan la vida psíquica y emocional de Ana.

Por otro lado, la suerte de enmarcado del territorio que ejercen las flores en la PBL, pareciera indicar que las posibilidades de movimiento están coartadas, como una dificultad para avanzar, quizás un cierto temor a crecer (Querol y Chaves Paz, 2005, p.53).

Podemos deducir (ausencia de paraguas) que la extrema rigidez de las defensas de control pueden resultar ineficaces en situaciones en las que Ana se ve enfrentada a tensiones ambientales perturbadoras, con lo cual queda sin defensas, desprotegida. Esto, sumado a la forma de lágrimas de las gotas, indicaría la presencia de grandes montos de angustia en Ana, al sentir la inminente invasión de estímulos desagradables, displacenteros, que invalidan su precario ajuste defensivo. En este sentido es importante tener en cuenta que, a diferencia del DFH, en la PBL Ana dibujó una boca carnosa y de forma redondeada; esto pondría en evidencia la dependencia oral de esta niña en situaciones en que experimenta sentimientos desagradables o disfóricos.

Por otro lado, quisiéramos destacar la tendencia a negar la realidad cuando esta adquiere características muy abrumadoras: no hay paraguas, pero la lluvia se detiene antes de mojarla. Ante la incapacidad para apelar a herramientas que la protejan de estímulos peligrosos o dañinos, hace una negación de estos, con lo cual no se ve afectada por la situación.

En este sentido podemos pensar también la historia que relata. Ante la aparición repentina de la lluvia, no emprende acción alguna para protegerse. Se pone de manifiesto la falta de recursos para hacer frente a las situaciones problemáticas. La incapacidad para afrontar tales situaciones, desemboca en una actitud en la que ella sólo desaparece de la escena sin mediar recurso alguno, negando así el displacer con lo cual puede “vivir feliz por siempre”. No puede visualizar la situación de conflicto. Esta modalidad supone el control mediante la negación y la evitación, por eso no confronta.

A nivel vincular, se aprecia una fuerte dependencia y dominación de la situación por parte de otro. Está a disposición del otro, no pudiéndose involucrar afectivamente, dejando resolver a los demás, en una franca posición pasiva.

PARTE III: LECTURA CLINICA

A continuación se realizará una lectura clínica del caso, destacando las particularidades de la organización y funcionamiento psíquico de Ana, con la finalidad de acercarnos a la comprensión de su dinámica inconsciente.

En este punto, es oportuno mencionar que se han tomado algunos conceptos trabajados en la Tesis de Maestría en Psicoanálisis del Lic. Aldo Cicutto, para realizar una lectura dinámica de ciertas variables del Rorschach que den cuenta del posicionamiento de Ana respecto de su propio deseo. En general, los aportes que se han tomado en consideración, están en relación con lo que representan los siguientes signos: *EB, EA, M, C, FM, S, Afr y CDI*.

Comenzaremos la lectura con aquello que fue lo primero en desplegarse en el discurso de la madre para referirse a Ana, y que fue una constante en las entrevistas: *“mi hija no es una niña normal”*. Sabemos que las estructuras discursivas del registro simbólico preexisten al sujeto, y como tal, operan en la familia, en la historia, objetivos e ideales de los padres. Esta acción de lo simbólico configura para el niño un lugar determinado en la estructura, lugar particular desde el cual es deseado. Ya desde antes de nacer, para Ana parece haberse trazado un destino que le depara el lugar de enferma, de niña anormal. Los temores respecto a las enfermedades que podría sufrir a lo largo de su vida estaban presentes mucho antes incluso de que fuera concebida. Ana fue capturada por una mirada que la posicionó en el lugar de niña gorda, *“ella fue gordita desde que nació, pesó 4 kg”*, dice la madre, sin reparar en la normalidad de dicho peso.

A partir de esto, el devenir de Ana se fue configurando por significantes organizados en un discurso materno absoluto que la incapacita, que la inhabilita para casi cualquier cosa que esta niña quiera hacer.

Se puede observar en el Rorschach la pobreza general en el funcionamiento psicológico de Ana, como respuesta a la imposibilidad de contar con opciones sanas y posibilitadoras, puesto que tales opciones no son otorgadas desde el discurso familiar.

De esta manera, “la anormal”, “la enferma”, “la gordita”, considerados como los significantes primordiales que se organizaron desde lo simbólico, imprimen su sello en

Ana, dejan su marca. Podemos considerar que esta niña está alienada en estos significantes, que toma estos significantes con los cuales tiene la ilusión de hacerse representar. Es decir, ella es la gorda, la que no se puede mover, la que es víctima de todo tipo de burlas, la que *vive enferma*; pero esto, al menos, le da una ilusión de identidad, esto le dice quién es para el Otro.

Esta alienación, podemos pensar, le permite una correspondencia entre lo que ella cree ser y la mirada que la madre le dirige. Es como si no le quedara otra alternativa más que ubicarse desde lo enfermo para ser mirada, para encajar en esta dinámica familiar en la que parece que *todo* se define por el sufrimiento. En otras palabras, pareciera que en esta familia, cada miembro es mirado y es tenido en cuenta, en tanto dé pruebas del sufrimiento puesto en el cuerpo.

Hemos visto que la figura paterna está prácticamente ausente, no se le posibilita el acceso a un lugar en la vida de sus hijas, puesto que “es la madre la que sabe, porque es ella la que va y viene con sus hijas, la que está con los médicos y en los hospitales”. Por lo tanto esta madre es la que toma decisiones, es la que protege, es la que está siempre presente mirando por si algo malo ocurre. Al padre, sólo le resta quedarse ubicado como un testigo pasivo del accionar de la madre. Quizás un elemento que estaría indicando esta particularidad, se pueda observar en la respuesta dada a la lámina IV del Rorschach: “un robot”. Si tenemos en cuenta que esta lámina se relaciona con las figuras de autoridad, con el padre, podríamos pensar que para Ana, su papá aparece como un elemento dentro de la familia despojado de autonomía, como desvitalizado, que sólo opera si es comandado o dirigido por otros.

Esta dinámica, en donde lo absoluto del discurso invalidante no resulta del todo acotado por la operatoria del Nombre del Padre, deja a esta niña atrapada, con pocas alternativas de crear y crearse un lugar distinto en la estructura, lo cual creemos que repercute de manera directa en sus posibilidades de enriquecimiento psicológico. Tal es así, que son evidentes las dificultades de Ana para hacer uso del pensamiento deliberado y así poder tomar decisiones propias y organizar sus conductas. Así mismo, a nivel emocional, se maneja con mínimos intercambios afectivos, a pesar de estar muy atenta a las demandas estimulares de su entorno.

La modalidad defensiva que pone en marcha se traduce en una marcada tendencia evitativa con la cual intenta controlar los aspectos de la realidad que la

abruman, manteniéndose así alejada de ellos. Es decir, Ana no confronta las situaciones, sino más bien, hay una preferencia a huir de ellas, con lo cual el control como defensa, supone entonces, mecanismos de negación y evitación de la realidad, tanto interna como externa. Por lo tanto, la evitación de la realidad, la falta de disposición para operar en su entorno de un modo activo y siguiendo la línea de lo personal, la limitación de los intercambios afectivos, la simpleza con la cual procesa los datos, configuran inevitablemente el estado de precariedad en los recursos a los cuales apelar.

Podemos suponer que la intensidad de los mecanismos de control, se llevan a cabo bajo un estado de tensión constante, que sin embargo, Ana no parece registrar. Consideramos que esta niña ha logrado desarrollar un precario ajuste, por el cual, parece estar “sobreviviendo” a las situaciones actuales. No obstante, la posibilidad de perder el control resulta inminente ante cualquier pequeña alteración de su entorno; alteración que, consideramos, pondría en evidencia la falta estructural.

Podemos pensar que en su extrema quietud emergen los indicios de lo atrapada que está en relación al deseo del Otro. Lo absoluto de este deseo coarta cualquier posibilidad de movimiento en Ana; si ella se “mueve”, si corre, salta y juega como una niña normal, se aparta de ese lugar de víctima desvalida sostenido en el discurso familiar. La posibilidad de moverse implica la aparición insoportable de la falta, de ese agujero que intenta tapar quedándose quietita al lado de su mamá, sin poner el cuerpo en juego, “comiendo” todo lo que ella le da.

Así mismo, esta suerte de parálisis en la que está instalada, en donde no se visualiza la posibilidad de ponerse en movimiento apelando a la creación desde lo propio, ubica a esta niña en un lugar de extrema dependencia respecto al otro. Es el otro el que comanda y domina la situación, ubicándose ella en una actitud pasiva a la espera de lo que viene desde afuera. Además, la sobreprotección ejercida por la madre, parece perpetuar una modalidad vincular que entorpece las posibilidades de desarrollar adecuadamente su autonomía. De esta manera, se puede entender también, la escasez de motivación e iniciativa: no es ella la que busca, la que se mueve, sino que sólo reacciona ante lo que se le demanda.

Otro dato clave de la organización psicológica de Ana, está en relación con la inhabilidad que presenta para manejarse eficazmente en las interacciones con los otros. Las situaciones cotidianas, el contacto con los demás, representan para esta niña

condiciones difíciles de afrontar. Ana no se puede manejar con soltura y eficacia ante las demandas comunes de su entorno social. Podemos pensar que lo que se pone en juego en el contacto con el otro y que entorpece las relaciones personales, es su dificultad para tolerar la no complementariedad en la relación con el otro, el desencuentro propio de todo vínculo humano. Tal vez, podemos pensar que es esto lo que le da al mundo que la rodea la cualidad de peligroso, un entorno que entonces se torna complejo e incierto, ya que Ana no soporta no encontrar las respuestas exactas ante lo que la situación vincular le demanda.

Es por esto tal vez, que ella refiere sentirse muy a gusto en el programa de obesidad: allí todos los niños son gordos. En cambio en la escuela, es donde aparece lo distinto, esta no correspondencia. Su exceso de peso marca en ese contexto la disparidad en el encuentro con el otro, y es allí donde sufre, donde aparece la queja.

Sabemos así mismo, de la importancia que a su edad adquiere el grupo de pares, al punto de que la autoestima del niño es, en esta etapa, muy permeable a la mirada de los demás. En este sentido, las preocupaciones somáticas y la disconformidad con su cuerpo, son evidenciadas no sólo en su discurso durante las entrevistas, sino también en muchas respuestas del Rorschach (“gordos”, “chanchos”, “vacas”), y en la estrechez y excesivo detallismo del cuerpo en las Figuras Humanas. Con estos datos, creemos acertado considerar que la autoimagen de Ana se está articulando con elementos negativos que promueven una imagen personal desvalorizada. Recordemos también que esta niña está creciendo en un núcleo familiar en el que lo enfermo está sobrevalorado, con lo cual no puede encontrar en este contexto elementos que le sirvan de apoyo para desarrollar de manera saludable su autoestima.

Como ya mencionamos, ante la operación poco eficaz del Nombre del Padre, algo del deseo del Otro materno queda sin nombrar, el cual emerge entonces como un enigma. De esta manera, la obesidad como síntoma aparece dando respuesta a esta incógnita por el deseo del Otro. El síntoma se impone y se repite a pesar del malestar que le ocasiona, porque de lo que se trata en realidad es de una satisfacción de otra índole. Es el goce absoluto del deseo materno lo que insiste en el síntoma; goce pulsional que lleva a Ana a ubicarse siempre en este lugar de desvalida e impotente, lo que la impulsa a repetir esos comportamientos que la caracterizan y que parecen organizarse en un circuito cerrado que la enferman más y más. Por ser gorda, no puede

correr como un niño normal, no puede jugar, no puede saltar; en definitiva, el movimiento del cuerpo está prácticamente anulado; la pasividad la lleva a comer; el sedentarismo, a engordar... Y así se reanuda incesantemente el circuito mortífero del goce pulsional.

Desde este lugar, queda atrapada en el deseo del Otro, con pocas posibilidades de tomar algo de lo propio como recurso que le posibilite crear otra significación de lo que puede ser, una significación distinta de lo trazado para ella por su destino.

En el Rorschach, los recursos organizados del sujeto los analizamos en la *EA* (*Experiencia Accesible*). En el caso de Ana, vemos un marcado déficit en esta variable; la ausencia de *M*, pone en evidencia las dificultades que tiene para manejarse con lo que no está, con lo que no hay; es decir, Ana no sabe cómo hacer de la falta un recurso que le permita moverse. Aquello que no está no se soporta, la castración parece ser para esta niña la versión de la impotencia en la que se define, excluyendo entonces cualquier posibilidad de crear desde lo propio.

Con respecto a las *C*, están en relación con las posibilidades que representa lo dado, quedando el sujeto ubicado en una posición de mayor o menor sujeción respecto de lo incondicional de la demanda del Otro. En este sentido, desde la *Afr*, podemos apreciar lo atenta que está Ana a lo que desde el Otro le es demandado; está en una posición de atender a qué quiere el Otro, pero para responder de forma exacta.

El *EB*, resume lo que se intenta plantear en relación a lo considerado como recurso. La cualidad de coartado, nos permite observar que el funcionamiento de Ana se encuentra muy alejado del propio deseo, no se tolera lo que no tiene, y no sabe qué hacer con lo que tiene. Pareciera no haber una búsqueda desde lo propio en su manera de vivenciar, que le posibilite crear y moverse atendiendo a lo personal. Ella está atrapada en lo absoluto del discurso materno del cual no se puede mover, puesto que implicaría poner en juego su propio deseo, con el consecuente reconocimiento de la falta.

La ausencia de *FM*, sigue en la línea de velar lo que falta. Ana no registra que hay algo de lo propio que está sin satisfacer, como estrategia que la mantiene instalada en la ilusión de estar completa, de que a ella nada le falta.

El único movimiento en el Rorschach es una *m*, señalando nuevamente la tensión que experimenta frente a las demandas del Otro, que se traducen en sufrimiento

subjetivo, puesto que al no tolerar la hiancia, y no poder apelar a lo propio, queda ubicada en un lugar que la aleja de la posibilidad de crear una respuesta atendiendo a su singularidad y tolerando el no todo.

La ausencia de *S* sería otro signo que da cuenta del posicionamiento de Ana, en el que parece no permitirse un cierto grado de desobediencia ante las demandas, desobediencia que podría ser significada como un intento de separación respecto del Otro.

Siguiendo con el análisis, vimos al trabajar la temática del cuerpo desde la perspectiva del psicoanálisis, que el cuerpo es algo que se construye, que no se trata del organismo biológico con el que el sujeto nace. Desde la perspectiva lacaniana, podemos definir entonces un cuerpo simbólico, un cuerpo imaginario y un cuerpo real.

En relación a esto, podemos pensar cómo se fue construyendo el cuerpo que Ana tiene. La acción significativa hizo marca en el cuerpo de esta niña, cuerpo hablado y significado desde lo enfermo, en donde la impotencia define el lugar que Ana ocupa en la estructura familiar: la anormal, la desvalida, la que necesita siempre estar bajo la súper- visión de su madre. Parece ser un cuerpo construido para recordarle siempre que no se debe mover: todas sus afecciones físicas desembocan en una sola posibilidad, la de quedarse quieta, inmóvil.

Ana parece estar instalada en un imaginario donde los cuerpos están hechos para ser sufridos, para dar evidencia una y otra vez de que no se puede disfrutar a través de ellos. Es significativa, a lo largo de las entrevistas, la constante referencia a los padecimientos físicos en las mujeres de esta familia, cada una con una larga lista de síntomas visibles que denotan un cuerpo armado como un escenario de dramas que provocan dolor y sufrimiento.

Desde esta mirada, se podría explicar también porqué Ana “no hace” con su cuerpo, no crea, no juega, puesto que para ella parece que el cuerpo no es un elemento que le depare satisfacción alguna.

IV. CONCLUSIONES

A lo largo de esta investigación hemos intentado profundizar en los diversos aspectos relacionados con la obesidad.

Hemos visto cómo, en relación a distintas épocas y entornos culturales, la obesidad ha ido adquiriendo significados muy variados. En los primeros periodos de la historia evolutiva de la humanidad, la obesidad se instituyó como un signo que demostraba, por un lado, la capacidad del hombre para proveer de alimentos a su familia; y por otro, una supuesta mejor cualidad procreadora y alimentadora en las mujeres.

Con el avance de las ciencias, la obesidad comenzó a ser objeto de estudio de las mismas, con lo cual se dieron los primeros pasos en el conocimiento de las posibles causas facilitadoras de sobrepeso y las consecuencias que conlleva. Así, paulatinamente se fueron modificando las concepciones sobre esta problemática, abandonando la idea de la obesidad como una cualidad valorada, para entenderla entonces como una condición que genera efectos negativos en la salud física y emocional de quienes la padecen.

En la exploración de los factores que predisponen a la obesidad, hemos visto que se trata de un cuadro complejo y multideterminado, en donde el énfasis generalmente está puesto en los factores genéticos que se combinan con hábitos poco saludables de alimentación y con el sedentarismo.

Por otro lado, se ha señalado la frecuente asociación que tiene la obesidad con otras enfermedades físicas, pudiendo observar tal correlación en el caso estudiado, ya que Ana presenta diversas afecciones: complicaciones osteoarticulares, dermatológicas, respiratorias y problemas de tiroides.

Con respecto a los factores psicológicos asociados a la obesidad, es muy frecuente encontrar estudios relacionados con las consecuencias psicosociales que la problemática acarrea para quienes la padecen: discriminación, aislamiento, depresión, baja autoestima, ansiedad, etc. Sin embargo, aún no existen evidencias firmes respecto de las causas psicológicas de la problemática.

Actualmente, la obesidad ha alcanzado valores alarmantes a nivel mundial, al punto de que la OMS le ha asignado el carácter de epidemia global. Los datos

epidemiológicos recogidos señalan la alta frecuencia con que la obesidad se presenta en edades pediátricas, afectando así, inevitablemente, la calidad de vida de los sujetos.

Hoy en día, los obesos están expuestos, no sólo a los padecimientos asociados a la obesidad, sino también a la discriminación de una sociedad que no tolera la gordura, en función de los valores estéticos imperantes, que elevan al lugar de ideal la delgadez y armonía de los cuerpos.

Se ha considerado en el presente trabajo, la especial relevancia que adquiere el abordaje de la temática desde edades tempranas, puesto que, como se ha observado, casi el 50% de los niños obesos, llegan con la misma condición a la edad adulta.

Desde nuestra investigación no se pretende negar el peso que tienen los factores genéticos, metabólicos y socio-ambientales estudiados, sino más bien, profundizar en la comprensión de la temática a partir de un acercamiento a la dinámica inconsciente singular que se pone en juego en cada paciente.

De esta manera, se pone de relieve la necesidad de un abordaje de la obesidad, en la que se consideren, no sólo las terapéuticas clásicas referidas a los planes alimentarios y a los cambios en los hábitos de actividad física, sino también la importancia de atender a las particularidades del caso por caso.

La lectura clínica de la casuística, realizada a la luz de la teoría psicoanalítica, nos da la oportunidad de concluir, en función de los objetivos planteados, que consideramos imprescindible una terapéutica de la obesidad en la que se priorice la escucha del paciente, no sólo de lo que se despliega a través de las entrevistas, de lo dicho y de lo no dicho en el discurso; sino además atendiendo a la singularidad con la que se expresan los distintos indicadores que surgen en cada herramienta diagnóstica.

En función de lo trabajado, creemos que el hecho de acercarnos al conocimiento de la dinámica inconsciente que determina a un sujeto singular, no puede quedar excluido en el tratamiento de la obesidad.

Hemos visto que en el síntoma neurótico lo que ocurre es una falla de la represión, con lo cual algo de lo absoluto del deseo materno, aparece, insiste. En el caso de Ana, podemos pensar en las fallas a nivel de la función paterna, con lo cual la posibilidad de operar un corte, una distancia entre madre e hija se ve entorpecida. La mamá de Ana aparece como una madre omnipotente, sobreprotectora, que está siempre presente, y que no da lugar a la acción eficaz del Nombre del Padre, y, por lo tanto, esto

absoluto representado por el deseo materno, es difícil de ser acotado. La ley que el Nombre del Padre representa, encuentra obstáculos para ser ejercida, con lo cual, algo del deseo materno queda sin nombrar.

Podemos concluir que, a través del síntoma obesidad, esta niña intenta dar respuesta a lo enigmático de este deseo. El síntoma aparece entonces articulado al Otro, interpretando algo que tiene que ver con el deseo inconsciente, con el Che voi?

Pero, porqué la obesidad como síntoma y no otra cosa? Consideremos en el caso de Ana, cuál es la trama simbólica que la determina en relación a los significantes que se organizan en el discurso materno. Ya mencionamos que éstos son del orden de lo invalidante, de lo que paraliza o inmoviliza. Alienada en estos significantes, con la obesidad, Ana parece encontrar la manera de evitar la angustia que la falta en el Otro genera, ubicándose en el lugar de objeto para el goce de su madre, en la ilusión de que nada le falte.

En este caso, el cuerpo obeso, que pesa, que es difícil ponerlo en movimiento, es un cuerpo compacto, sin agujeros, evitando así la angustia inherente al reconocimiento de la hiancia, de la fragmentación que se esconde detrás de la imago que unifica.

Lo pulsional comanda aquí, separándose del camino facilitado por el deseo, deseo por el cual esta niña parece ni siquiera preguntarse. Es que, preguntarse por el propio deseo implica reconocer la falta, hacerse cargo de que no todo es posible, abandonar la ilusión de existencia de un Otro completo, como garantía de completud y perfección. Ella no se hace pregunta porque cree, desde el lugar de falo para su madre, que nada le falta.

Desde el psicoanálisis, los recursos con los que un sujeto cuenta tienen que ver con el orden del propio deseo, con la falta, en el sentido de hacer de la falta un recurso que posibilite el movimiento en la búsqueda de lo que uno quiere, de lo propio. En esta búsqueda, el sujeto tendrá que tolerar que la satisfacción que pretende no es la que encuentra, que siempre habrá un resto en el encuentro con el objeto, resto que impulsará una nueva búsqueda, en donde en cada realización parcial de deseo, habrá una satisfacción parcial de la pulsión.

En función de lo analizado a lo largo de este trabajo, podemos concluir que la obesidad como síntoma, es lo que hace de insignia en Ana. Ella encuentra una respuesta a la falta en ser en el síntoma, que se manifiesta a través de sus excesos: exceso en la

ingesta, exceso en la inmovilidad. Ana busca colmarse en esa repetición para no enfrentarse a la angustia originada ante la presencia de algo que no está.

El cuerpo que es tomado como escenario para desplegar esta dinámica inconsciente, es el lugar donde se sitúa el goce que se extrae como plus. Ana goza en su condición de niña enferma y gorda, de niña anormal. A pesar del sufrimiento que esto le genera, ella no puede moverse de ese lugar, está ubicada en el lugar de objeto utilizado como goce, y desaparece entonces como sujeto deseante.

Podemos concluir, luego de la articulación teórico- práctica realizada en la presente investigación, que, al menos en el caso analizado, quizás sea válido suponer unas causas anteriores a lo señalado en el Capítulo I sobre los factores predisponentes de la obesidad. Hemos visto en esta niña una combinación mortífera entre sedentarismo e hiperfagia; pero podríamos también correr el acento puesto en tales factores como causas del sobrepeso, y pensarlos entonces como consecuencia de una subjetividad que, en la repetición de esos comportamientos, encuentra una satisfacción cuyo goce no puede abandonar.

Algunas Consideraciones de Pronóstico

De acuerdo a lo trabajado en la presente investigación, quisiéramos finalizar destacando algunos elementos de relevancia en cuanto al funcionamiento psíquico de Ana, que podrían funcionar como obstáculo y otros que podrían favorecer el tratamiento terapéutico.

Si consideramos el *EB* que surge en el protocolo, sabemos que la cualidad de *coartado* se relaciona con un intenso proceso defensivo, por el cual sus potencialidades se disminuyen al máximo ($EA=0.50$), en respuesta a una situación que podemos considerar como actual. Por otro lado, los datos de la *estimulación sufrida* indican que las tensiones que experimenta son más bien de tipo reactivo ($m=1$, $FT=1$, $FY=1$). A partir de estos elementos, podríamos considerar la hipótesis de que lo que provoca malestar y que no puede ser contrarrestado mediante recursos organizados, tiene que ver con el momento actual de Ana. En este sentido, se puede pensar en que el déficit en el funcionamiento observado en Ana, responde a elementos que todavía no se han cronificado.

Hay que destacar que a pesar de la particularidad con la que está funcionando en estos momentos, creemos que el *EB coartado* es una modalidad defensiva que, aunque intensa, puede considerarse pasajera.

Se puede hipotetizar que la madre, ante la sugerencia de realizar una psicoterapia, no encontraría mayores obstáculos, puesto que se ha observado una buena predisposición, mostrando una franca actitud de preocupación respecto del malestar de su hija. En algún punto, y de acuerdo a sus comentarios en la entrevista, ella puede vislumbrar que la problemática de Ana estaría en relación con aspectos emocionales, lo que podría facilitar la aceptación de tal sugerencia.

Con respecto a la niña, creemos que tampoco rechazaría esta oferta. Ana se ha mostrado muy colaboradora a lo largo de todo el proceso, dando indicios de sentirse a gusto cuando se la escucha. Por otro lado, hay un elemento que, dependiendo de cómo sea manejado, puede resultar de obstáculo o no, para establecer un vínculo terapéutico positivo. Se trata del escaso interés interpersonal que muestra, en relación también con el CDI positivo. Si tenemos en cuenta estos datos, rápidamente podríamos pensar en las dificultades que se presentarían a la hora establecer un vínculo terapéutico. Sin embargo, quisiéramos considerar la gran predisposición que mostró durante todo el proceso y la manera en la que se fue relajando en cada encuentro. Parece ser que cuando Ana capta que lo que se intenta realizar seguramente la ayudará a sentirse mejor, puede implicarse de una manera colaboradora y sin tanta distancia en la relación. Podemos considerar por ejemplo, que en la última lámina, ella da lo que serían sus mejores respuestas. Siendo esta lámina la que representa el futuro, los proyectos, tomamos la presencia de la textura y el color como un signo de buen pronóstico, puesto que aparece aquí la posibilidad de establecer vínculos positivos con el exterior y el intercambio afectivo.

Así mismo, tengamos en cuenta lo que plantea Exner respecto al CDI positivo: si bien las dificultades en términos sociales provocan sufrimiento en el presente de Ana, como factor pronóstico es importante considerar que la inhabilidad social puede ser corregida mediante un tratamiento encaminado a su maduración, a desarrollar y enriquecer las habilidades relacionales y la capacidad para solucionar problemas.

Creemos que en la medida en que Ana pueda contactarse con lo propio, tolerando la no existencia de una correspondencia en términos de absoluto en el

encuentro con el otro, ella podrá sentirse más libre para relacionarse con su entorno. Consideramos que podrá dirigirse hacia su realidad modulando progresivamente la tendencia a buscar la complementariedad en el encuentro vincular, aprendiendo a tolerar que no encontrará todo lo que busca, que no es posible dar las respuestas exactas.

Por otro lado, creemos que a medida que Ana pueda sentirse más segura de sí misma al relacionarse con los demás, esto repercutirá de manera positiva en su afectividad, estableciendo contactos con una mayor fluidez emocional.

En cuanto al *Índice de egocentrismo*, resulta favorable que esté dentro de lo esperado para su edad. Sin embargo, su autocentramiento tiende a traducirse en una desvalorización en cuanto a su propia imagen. El descontento con su cuerpo, y el rechazo que éste genera entre sus compañeros, se combinan para generar un desarrollo poco saludable de su autoestima. Así mismo, consideramos que el entorno más íntimo de Ana no sabe ofrecer señales que funcionen como soporte para que esta niña logre un desarrollo de sus potencialidades.

Sin embargo, y a pesar de este entorno poco estimulante, creemos que de algún modo Ana intenta esbozar la búsqueda de algo que la diferencie. En este sentido, consideramos favorable la posibilidad que se ha generado al escribir cuentos. Creemos que el placer que encuentra en esta actividad se fundamenta en el hecho de que allí es donde ella puede ponerse en contacto consigo misma; tratando de delinear una suerte de separación en la simbiosis que caracteriza los vínculos de esta familia. Quizás, en la escritura de estas historias ella encuentre la posibilidad de crearse un lugar distinto al dado, un lugar en el que se pueda diferenciar a través de un “hacer” desde lo propio.

A partir de estas puntualizaciones, podemos suponer que, en la medida en la que Ana pueda operar cambios respecto a su posición subjetiva, podrá enriquecer su funcionamiento general. Será necesario entonces el compromiso personal en una tarea que, aunque difícil y dolorosa, abrirá las posibilidades que el camino del propio deseo representa.

En el recurso de la falta Ana podrá ir encontrando la vía que le posibilite crearse un lugar distinto al dado; posibilidad de romper el espejo con la madre que implicaría la salida del circuito alienante de la mirada del Otro, apelando a lo propio como la alternativa que le va a permitir el acceso a una significación distinta de su cuerpo: no ya para sufrir con él, sino para poder disfrutarlo, para poder jugar, saltar y moverse.

V. ANEXOS

ADMINISTRACION DEL TEST DE RORSCHACH**TOMA****ENCUESTA****LAMINA I**

1. ^ Veo como una mariposa. - R.R
 - Todo esto es la mariposa, esto parecen alas, y esta parte del medio parece el cuerpo, y ahí tiene como dos manos.
2. ^ La parte del medio parece una persona. - R.R
 - Sí, esta parte, de acá a acá parece una persona. Estos parecen los pies, son pies de persona porque acá tiene como una falda, y estas son las manos, la cabeza no la vi.

LAMINA II

3. v Esto parece un bicho, pero le falta la parte del medio, o es otra cosa?. - R.R
 - Estos serían los pies, las alas, la cabeza que tiene como cuernitos.
 - ¿Qué hace que te parezca un bicho?
 - Porque tiene la cabeza de un bicho, las alas de un bicho y el cuerpo de un bicho.

LAMINA III

4. ^ Acá parecen dos patos. - R.R
 - Sí, ahí y ahí, yo los vi como patos, de acá hasta acá, este sería el pico, esta la cabeza, y estas son las manos, lo que no le vi fueron las patas.
5. ^ Una mariposa. - R.R
 - Acá están las alas, y acá la parte del medio... el cuerpo como el de las mariposas.

6. ^ Unas ramas.
- R.R
 - Sí, ahí están las cositas chiquitas de las ramas.
 - ¿Qué hace que parezca unas ramas?
 - Porque tiene las partes que tiene una rama, son las partes grandes y las chiquitas, esas que se ven por los costados

LAMINA IV

7. ^ Parece un robot que le sale agua por acá.
- R.R
 - Acá tiene los pies, la cabeza, las manos...
 - ¿Le sale agua?
 - Sí, porque esta es la forma de una gota... como que sale agua por ahí.

LAMINA V

8. ^ Esto parece un murciélago.
- R.R
 - Sí, acá están las alas, las antenas, los pies... como son los murciélagos.
9. ^ Cómo se llaman esas cosas... veo que es un murciélago, pero no veo... qué es lo que veo acá... parecen caballos pero no tienen la forma... no, parecen chanchos, sí son dos chanchos.
- R.R
 - Ahí tiene la boca, y... como pelitos.
 - ¿Pelitos?
 - Sí, esas cositas chiquitas de ahí... como esas rayitas de otros colores.

LAMINA VI

10. v Esto parecen dos vacas.
- R. R
 - Esta sería la cabeza, esta es una pierna, las cositas chiquitas que tienen en los pies... las uñas, y acá están las manos.
11. v Acá un gato.
- R.R
 - Porque tiene los bigotes, las orejas...

tiene todo igual que un gato, tiene el hocico, los pelos.

- ¿Pelos?

- Porque son rayitas, y los gatos tienen así el pelo.

LAMINA VII

12. ^ Acá parecen dos conejos.

- R.R

- Sí, esta es la oreja, la colita, y acá sería el cuellito, y la naricita.

13. ^ Abajo parecen dos hojas.

- R.R

- Sí, acá, están rotas.

- ¿Rotas?

- Porque tiene ahí roto... como que le falta un pedazo.

14. v Así dada vuelta parecen dos ardillas.

- R.R

- Esta sería la cola, que es lo que sería la oreja del conejo, esto parece la oreja, la parte de la colita del conejo parece la oreja de la ardilla.

LAMINA VIII

15. ^ Parecen dos chanchitos acá.

- R.R

- Sí, ahí. Serían ahí, nada más que los chanchos son más cortitos. Ahí está la patita, el hocico, la oreja que está ahí.

16. v Como una tela de araña.

- R.R

- Sí, esa, es como que está rota.

- ¿Rota?

- Sí porque tiene esas líneas ahí, como rotas, para abajo también.

17. ^ Dos rocas.

- R.R

- Ahí, estas cosas.

- ¿Qué hace que parezcan dos rocas?

- Tienen la forma de una roca... son

deformadas.

LAMINA IX

18. v Ahí parecen dos osos.

- R.R
- Acá la cola, ahí la cabeza... ahí está la mano. Es gordo y tiene una cola.
- ¿Gordo?
- Sí, es re gordo... mirá ahí en esa parte es re gordo.

LAMINA X

19. ^ Estas parecen dos arañas.

- R.R
- Ahí, esa y esa. Tiene las patas como de una araña... es gorda ahí, mirá, son gordas, y peludas.
- ¿Peludas?
- Sí, en las patas.
- ¿Qué hace que parezca peluda?
- Esas cositas de ahí, que se ven así como pelos (toca la lámina) como esas rayitas que no son iguales, ves que son como distintas?

20. v Acá parecen cuernos.

- R.R
- Ahí están, tienen la forma de los cuernos, una parte y la otra parte (señala).

21. v Dos tortugas.

- R.R
- Acá y acá. Ahí está el caparazón, la cabeza y las patitas.

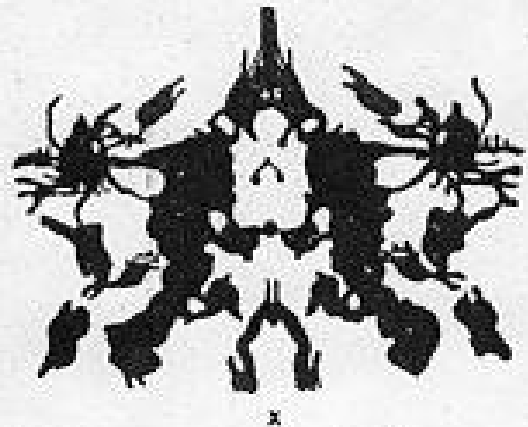
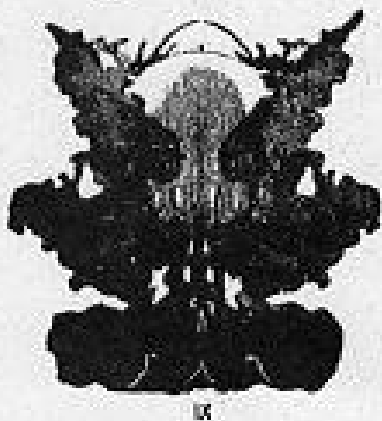
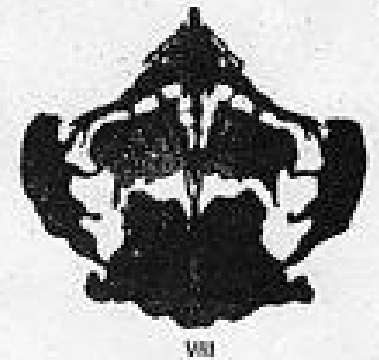
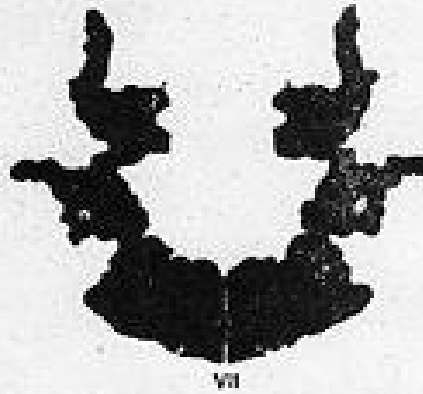
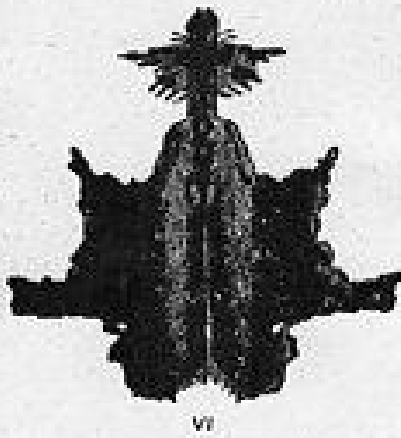
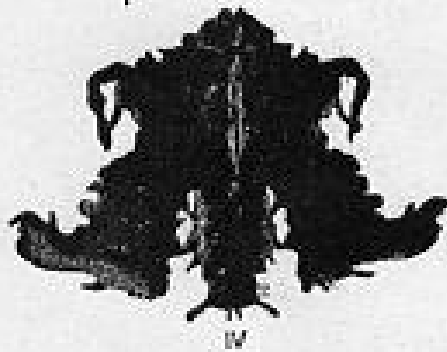
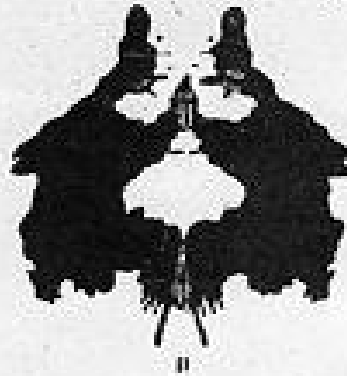
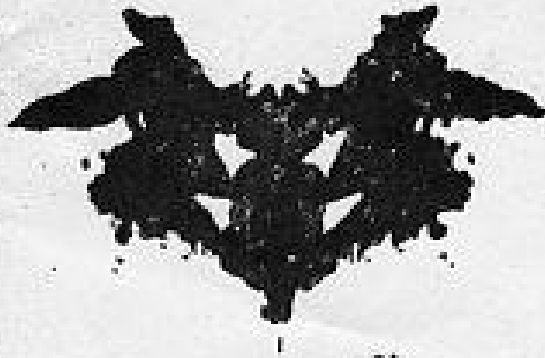
22. v Peces, dos peces.

- R.R
- Esos son... esta es la cabeza...la cola, los ojos.
- ¿Podés señalar cuáles son? No alcanzo a verlos bien.
- Esos que están ahí, son de color anaranjado.

PROTOCOLO DE LOCALIZACION

Horschach: Psicodiagnóstico

PROTOCOLO DE LOCALIZACION



SECUENCIA DE CODIFICACION

LAM.	Nº R.	LOC. DQ	DET.	FQ	(2)	CONT.	POP	Z	C.E
I	1^	Wo	F	o		A	P	1,0	INCOM ¹
	2^	D4o	F	o		Hd, Cg			ALOG, PHR
II	3v	Wo	F	u		A		4,5	
III	4^	Dd34o	F	-	(2)	Ad			INCOM ¹
	5^	D3o	F	o		A			
	6^	D5v	F	u	(2)	Bt			
IV	7^	D7+	m ^a	o		(H), Na	P	4,0	GHR
V	8^	Wo	F	o		A	P	1,0	INCOM ¹
	9^	D10o	FY	-	(2)	Ad			
VI	10v	D1o	F	u	(2)	A			DV ¹
	11v	D3o	F	u		Ad			
VII	12^	D2o	F	o	(2)	A			DV ¹
	13^	D4v	F	u	(2)	Bt			MOR
	14v	D2o	F	-	(2)	A			
VIII	15^	D1o	F	o	(2)	A	P		
	16v	D4v	F	u		Id			MOR
	17^	Dd33v	F	u	(2)	Ls			
IX	18v	Dd99o	F	-	(2)	A			
X	19^	D1o	FT	o	(2)	A	P		
	20v	D10o	F	o		Ad			
	21v	D7o	F	u	(2)	A			
	22v	D13o	FC	u	(2)	A			

SUMARIO ESTRUCTURAL

LOCALIZACION

Zr = 4
 Zsum = 10,50
 ZExt = 10
 W = 3
 (Wv = 0)
 D = 16
 Dd = 3
 S = 0

DQ
 (FQ-)
 † = 1
 o = 17
 v+ = 0
 v = 4

CALIDAD FORMAL

FQx	FQI	MQ	SGx	W-D
† = 0	† = 0	† = 0	† = 0	† = 0
o = 9	o = 7	o = 0	o = 0	o = 9
u = 9	u = 8	u = 0	u = 0	u = 8
- = 4	- = 3	- = 0	- = 0	- = 2
sin = 0	sin = 0	sin = 0	sin = 0	sin = 0

DETERMINANTES

COMPL. SENCILLOS

M =
 FM =
 m = 1
 FC = 4
 C =
 Cn =
 FC' =
 CF =
 C' =
 FT = 1
 TF =
 T =
 FV =
 VF =
 V =
 FY = 1
 YF =
 Y =
 Fr =
 r =
 FD =
 F = 18
 (2) = 13

H =
 (H) = 1
 Hd = 1
 (Hd) =
 Hx =
 A = 12
 (A) =
 Ad = 4
 (Ad) =
 An =
 Ant =
 Ay =
 Bi =
 Bt = 2
 Cg = 1
 Ci =
 Ex =
 Fd =
 Fi =
 Ge =
 Hh =
 Ls = 1
 Na = 1
 Sc =
 Sx =
 Xy =
 Ide = 1

CONTENIDOS

S-CON

- FV+VF+V+FD > 2
- Compl. Col.-Somb. > 0
- 3r+(2)R < 0,31 o > 0,44
- MOR > 3
- Zd > +3,5 o < -3,5
- es > EA
- CF+C > FC
- X+% < 0,70
- S > 3
- P < 3 o P > 8
- H pura < 2
- R < 17

CODIGOS ESPECIALES

	Nvl 1	Nvl 2
DV =	2 x1	x2
INC =	3 x2	x4
DR =	x3	x8
FAB =	x4	x7
ALOG =	1 x5	
CON =	x7	

Suma Bruta = 6
 Suma Ponder = 13

AB = GHR = 1
 AG = PHR = 1
 CFB = MOR = 2
 COP = PER =
 CP = PSV =

PROPORCIONES, PORCENTAJES Y DERIVACIONES

R = 2,2

L = 4,50

AFECTOS

INTERPERSONAL

EB = 0,0,50
 eb = 1:2

EA = 0,50
 es = 3
 Adj es = 3

EBPer = -
 D = 0
 Adj D = 0
 FC/CF+C = 1:0
 C pura = 0
 SumC':SumC = 0:0,50
 Afr = 0,57
 S = 0
 Compl: R = 0:2,2
 CP = 0

COP = 0 AG = 0
 GHR:PHR = 1:1
 z:p = 1:0
 Fd = 0
 Sum T = 1
 H contenidos = 2
 H pura = 0
 PER = 0 Índice de Aislamiento = 0,23

FM = 0
 m = 1

C' = 0
 V = 0

T = 1
 Y = 1

IDEACION

MEDIACION

PROCESAMIENTO

AUTOPERCEPCION

ap = 1:0
 Ma: Mp = 0:0
 2AB+(Art+Ay) = 0
 MOR = 2

SumBr = 6
 Nvl-2 = 0
 SumPond = 13
 M = 0
 MQ sin = 0

XA % = 0,82
 WDA % = 0,89
 X+% = 0,18
 S = 0
 P = 5
 X+% = 0,40
 Xu % = 0,40

Zr = 4
 W: D: Dd = 3: 16: 3
 W: M = 3: 0
 Zd = 0,50
 PSV = 0
 DQ+ = 1
 DQv = 4

3r+(2)R = 0,59
 Fr + r = 0
 Sum V + FD = 0
 FD = 0
 An = Xy = 0
 MOR = 2
 H:(H+Hd+(Hd)) = 0:2

PTI = 0

DEPI = 4

CDI = 4

S-CON =

HVI = 1

OBS = 0

F+% = 0,39
 S-% = 0

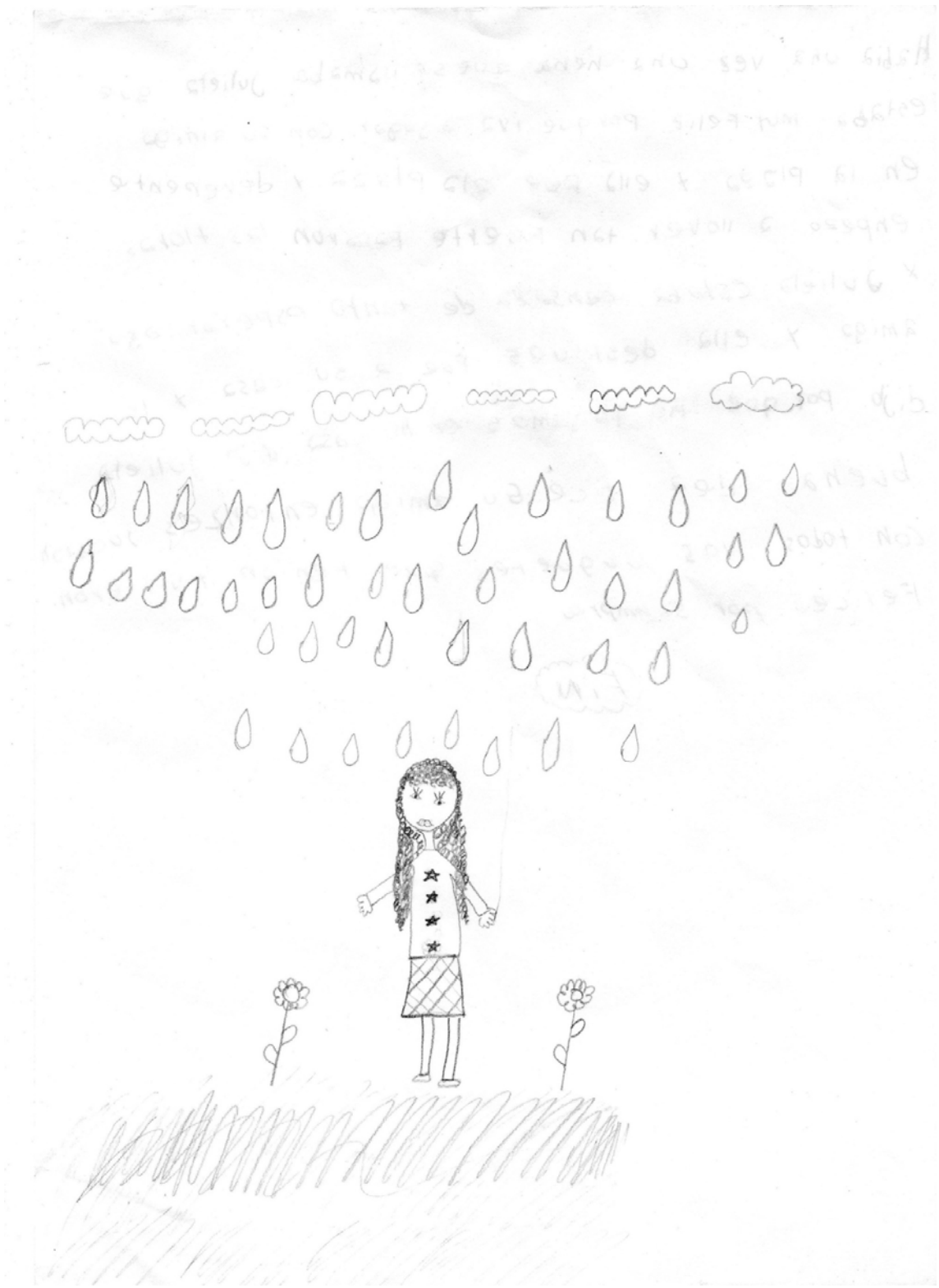
HOJA DE CONSTELACIONES

HOJA DE CONDELACIONES	
S-CONDELACION (Potencial Suicida)	PTI (Indice de Trastorno de Pensamiento)
<input type="checkbox"/> Márquese positivo si se cumplen 8 o más condiciones. Nota: sólo se aplica a sujetos con más de 14 años. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> $FV+VF+V+FD > 2$ <input type="checkbox"/> Múltiple Color Sombreado > 0 <input type="checkbox"/> $3r + (2) / R < 0,31$  $> 0,44$ <input type="checkbox"/> MOR > 3 <input type="checkbox"/> $Zd > +3,5$  $Zd < -3,5$ <input type="checkbox"/> $es > EA$ <input type="checkbox"/> $CF + C > FC$ <input type="checkbox"/> $X+\% < 0,70$ <input type="checkbox"/> $S > 3$ <input type="checkbox"/> $P < 3$  $P > 8$ <input type="checkbox"/> H Pura < 2 <input type="checkbox"/> $R < 17$ 	<input type="checkbox"/> Marque positivo si se cumplen 4 o más condiciones <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> $(XA\% < 0,70)$ y $(MDA\% < 0,75)$ <input type="checkbox"/> $X-\% > 0,29$ <input type="checkbox"/> $(Sum Niv.2 > 2)$ y $(FAB2 > 0)$ <input type="checkbox"/> $(R < 17)$ y $(Sum.Pond. 6 CC.EE. > 12)$  $(R > 16)$ y $(Sum. Pond. 6 > 17)$ <input type="checkbox"/> O BIEN : $(M > 1)$ O $(X-\% > 0,40)$
DEPI (Indice de Depresión)	CDI (Indice de Inhabilidad Social)
Mrquese positivo si se cumplen 5  ms condiciones <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> $(FV+VF+V > 0)$  $(FD > 2)$ <input type="checkbox"/> $(Mlt.Color-Sombreado > 0)$  $(S > 2)$ <input type="checkbox"/> $(3r + (2)/R > 0,44$ y $Fr + r = 0)$  $(3r + (2)/R < 0,33)$ <input type="checkbox"/> $(Atr. < 0,46)$  $(Múltiples < 4)$ <input type="checkbox"/> $(Sum Somb. > FM + m)$  $(Sum.C' > 2)$ <input type="checkbox"/> $(MOR > 2)$  $(2xAB + Art + Ay > 3)$ <input type="checkbox"/> $(COP < 2)$  $((BL + 2xCI + Ge + Ls + 2xNa)/R > 0,24)$ 	<input type="checkbox"/> Marque positivo si se cumplen 4 o 5 condiciones <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> $(EA < 6)$  $(Ad.D < 0)$ <input type="checkbox"/> $(COP < 2)$ y $(AG < 2)$ <input type="checkbox"/> $(Suma Pond. C < 2,5)$  $(Atr. < 0,46)$ <input type="checkbox"/> $(Pasivos > Activos + 1)$  $(H pura < 2)$ <input type="checkbox"/> $(Suma T > 1)$  $(Aislamiento/R > 0,24)$  $(Comida > 0)$
HVI (Indice de Hipervigilancia)	CBS (Indice de Estilo Obsesivo)
<input type="checkbox"/> Marque positivo si se cumple (1), y al menos 4 del resto. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (1) $FT + TF + T = 0$ <input type="checkbox"/> (2) $ZI > 12$ <input type="checkbox"/> (3) $Zd > +3,5$ <input type="checkbox"/> (4) $S > 3$ <input type="checkbox"/> (5) $H + (H) + Hd + (Hd) > 6$ <input type="checkbox"/> (6) $(H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3$ <input type="checkbox"/> (7) $H+A : Hd + Ad < 4:1$ <input type="checkbox"/> (8) $Cg > 3$ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (1) $Dd > 3$ <input type="checkbox"/> (2) $ZI > 12$ <input type="checkbox"/> (3) $Zd > +3,0$ <input type="checkbox"/> (4) $Populares > 7$ <input type="checkbox"/> (5) $FQ+ > 1$ <input type="checkbox"/> Marque positivo si se cumplen 1 o más condiciones <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Se cumplen todas de 1 a 5 <input type="checkbox"/> Se cumplen 2 o más de 1 a 4 y $FQ+ > 3$ <input type="checkbox"/> Se cumplen 3 o más de 1 a 5 y $X+\% > 0,89$ <input type="checkbox"/> $FQ+ > 3$ y $X+\% > 0,89$

DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA



PERSONA BAJO LA LLUVIA



FASE ESCRITA PERSONA BAJO LA LLUVIA

Había una vez una niña que se llamaba Julieta que estaba muy feliz porque iba a jugar con su amigo en la plaza y ella fue a la plaza y de repente empezó a llover tan fuerte pasaron las horas y Julieta estaba cansada de tanto esperar a su amigo y ella después fue a su casa y le dijo por qué no jugamos en mi casa dijo Julieta buena idea dice su amigo entonces jugaron con todos los juguetes que tenían y vivieron felices por siempre.

FIN

VI. BIBLIOGRAFIA

- Agüero, A.; Borrajo, E.; Cernada, J.; Peris, P.; Alpera, R. y Plasencia, A. (1998) Obesidad infantil. Aspectos psíquicos. Estudio mediante el test de Rorschach. *Anales españoles de pediatría*, 4 (11), 319-326. Obtenido el 8 de marzo de 2010 en: <http://www.infodoctor.org:8080/uid=697203>
- Aberastury, A. (1980). *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós.
- Ajuriaguerra, J. (1977). La esfera oroalimentaria (su organización y alteraciones). En J. Ajuriaguerra, *Manual de psiquiatría infantil* (177-205). Barcelona: Masson
- Apuntes de Cátedra Psicoanálisis III. Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Apuntes de Cátedra Psicología Clínica Psicoanalítica. Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Apuntes de Cátedra Neuropsicología. Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Barbany, M. y Foz, M. (2002) Obesidad: Concepto, clasificación y diagnóstico. *Secretaría de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)*. Obtenido el 27 de abril de 2010 en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup1/suple2a.html>
- Braguinsky, J. (2002). Prevalencia de obesidad en América Latina [versión electrónica] *Anales de salud*, (1) 25, (pp. 109-115). Obtenido el 14 de abril de 2010 en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup1/pdf/25s110.pdf>
- Braguinsky, J. (2003). La obesidad hoy: Develando ciertos enigmas, revelando otros. Obtenido el 3 de abril de 2010 en: <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c116/braguins.htm>
- Brandi, C. (2005). El síntoma en psicoanálisis. Documento de Cátedra Psicología Clínica. Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Britos, S. (2007). Obesidad en Argentina: También una cuestión económica. Obtenido el 15 de abril de 2010 en: http://www.nutrinfo.com/pagina/info/obesidad_argentina.pdf
- Burgos, H. (1971). Dietoterapia de la obesidad infantil. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, 52 (13), (pp. 186-190).
- Chaves Paz, M. y Querol, M. (2009). *Encuentro entre Rorschach y La Persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Chueca, M., Azcona, C. y Oyarzábal, M. (2002). Obesidad infantil. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 1 (25). Obtenido el 20 de abril de 2010 en:

<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup1/suple13.html>

Cicutto, A. (2003). *Una lectura psicoanalítica del Rorschach*. Tesis de Maestría en Psicoanálisis. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza.

De Mause, Lloyd. (1982). *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza.

Exner, J. (1993). *Manual del Rorschach para el Sistema Comprensivo* (4ª Ed.). Sociedad catalana del Rorschach y Métodos Proyectivos.

Exner, J. y Sendín, C. (1995). *Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprensivo*. Madrid: Psimática.

Ferreira González, L. (2008). Clasificación del sobrepeso y la obesidad. Obtenido el 30 de abril de 2010 en:

<http://www.meiga.info/Escalas/Obesidad.pdf>

Freud, S. *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu.

- Proyecto de Psicología para Neurólogos (1895) *Vol. I*.
- Tres ensayos de teoría sexual (1905). *Vol. VII*
- El creador literario y el fantaseo (1908). *Vol. IX*.
- Introducción del narcisismo (1914). *Vol. XIV*.
- Pulsiones y destinos de pulsión (1915). *Vol. XIV*
- Más allá del principio de placer (1920). *Vol. XVIII*
- El sepultamiento del Complejo de Edipo (1924). *Vol. XIX*
- Inhibición, síntoma y angustia. (1926). *Vol. XX*.

Gómez, M. (2001). *Aporte a la técnica del juego en la clínica con niños*. Tesis de Maestría en Psicoanálisis. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza.

Gussinyé Canabal, S. (2005). *Aplicación del programa de tratamiento integral para la obesidad infantil "Niñ@s en movimiento"*. Tesis doctoral para la obtención del título de Doctor en Psiquiatría y Psicología Médica, Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

Hammer, E. (2006). *Test proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Paidós.

IOTF. International Obesity Taskforce (2005). Childhood obesity. Obtenido el 14 de abril de 2010 en:

<http://www.ietf.org/childhoodobesity.asp>

- Lacan, J. (1935). El estadio del espejo como formador del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia analítica. *Escritos I*. México: Ed. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1948). La agresividad en psicoanálisis. *Escritos I*. México: Ed. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1953). Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis. *Escritos I*. México: Ed. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1988). Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. *Intervenciones y Textos 2*. Buenos Aires: Manantial.
- Lozano, M. (1997). El cuerpo como efecto. Los años 40: Un paso preliminar. *Ensayo del Instituto del Campo Freudiano*.
- Lunazzi, H.; García de la Fuente, M.; Elias, D. y Kosak, V. (1997). Alexitimia y sobrepeso crónico. *Revista Psicodiagnosticar (ADEIP)*, (pp. 50-63), Vol. 7, Año 7.
- Lunazzi, H.; Elías, D. y Kosak, V. (1998). Perfil psicológico de lo obesos. *Revista Abreletras 2. Psicodiagnóstico*, (pp. 76-91). La Plata: Editorial de La Campana.
- Martínez, A. y Rabasa, A. (1997) Metabolismo y nutrición. En P. Farreras y C. Rozman, *Manual de Medicina Interna*, 13 Ed, (pp. 1827-2007). Madrid: Harcourt-Brace.
- Mazza, C. y César, M. (1975). Obesidad infantil. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, 65 (17), (pp. 23-31).
- Miller, J. A. (1986). *Recorrido de Lacan*. Buenos Aires: Manantial.
- Miller, J. A. (1988). Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicósomático. En J. A. Miller, *Matemas II*, (pp. 173-181). Buenos Aires: Manantial.
- Montero, J. (2007). Historia de la obesidad. En C. Bauzá y O. Céliz, *Obesidad: Causas, consecuencias y tratamiento* (pp. 22-24). Córdoba: Emporio Ediciones.
- O'Donnell, A. (2004). Obesidad en Argentina: ¿Hacia un nuevo fenotipo? *CESNI Centro de estudios de nutrición infantil*. Obtenido el 26 de marzo de 2010 en: http://latinut.net/documentos/Obesidad/docuybase/obesidad_hacia_un_nuevo_fenotipo.pdf
- Ochoa, E.; de la Puente, M. y Graña, J. (1990). Trastornos de la alimentación. En F. Fuentenebro y C. Vázquez, *Psicología médica. Psicopatología y Psiquiatría. Volumen II: Psiquiatría y psicología clínicas* (pp. 807-819). Madrid: Interamericana. Mc. Graw-Hill.

- Pacheco, K., Serrano, I. y Echegaray, I. (2007). Obesidad: el reto de su invisibilidad en el siglo XXI [versión electrónica]. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 18, (pp. 82-106). Obtenido el 06 de mayo de 2010 en:
http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S194620262007000100006&lng=pt&nrm=
- Papalia, D.; Olds, S. y Feldman, R. (2004). *Desarrollo humano*. México: Mc. Graw-Hill.
- Parysow, R. (2005). Aspectos psicológicos en obesidad: Un intento de interpretación. Tesina de Grado para la obtención del título de Licenciatura en Nutrición, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina
- Piaget, J. (1985). La infancia de siete a doce años. En J. Piaget, *Seis estudios de Psicología*, (pp. 61-93). España: Planeta- Agostini.
- Querol, S. y Chaves Paz, M. (2005). *Test de la Persona Bajo la Lluvia: Aplicación y adaptación*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Rabinovich, D. Lo Real. Clase N° 5. Cátedra Clínica de Adultos de la UBA.
- Rabinovich, D. El síntoma. Clase N° 6. Cátedra Clínica de Adultos de la UBA.
- Ramírez García, A. (2004). Características básicas del desarrollo psicoevolutivo de la infancia. Obtenido el 5 de julio de 2010 en:
http://www.editorialcep.com/oposiciones-primaria/muestras/tema-17_primaria.pdf
- Ravenna, M. (2005). *Una delgada línea entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.
- Rodríguez Scull, L. (2003). Obesidad: Fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. *Revista Cubana de Endocrinología*, 2(14). Obtenido el 11 de mayo de 2010 en:
http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol14_2_03/end06203.htm
- Rovira, B. (2006). Obesidad y psicopatología. *Boletín de la Asociación Médica Argentina*. Obtenido el 15 de marzo de 2010 en:
<http://www.ama-med.org.ar/obesidad/cap-12-obesidad-psicopatologia.pdf>
- Sáenz Herrero, M. y Segarra Echebarría, R. (2005). Psicopatología del instinto de nutrición. En I. Eguíluz y R. Segarra Echebarría, *Introducción a la psicopatología* (pp. 309-344). Barcelona: ARS Médica.
- Salas-Salvadó, J.; Rubio, M.; Barbany, M y Moreno, B. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de

criterios de intervención terapéutica. *Revista Medicina Clínica*, (5), 128, (pp. 184-196). Obtenido el 03 de mayo de 2010 en:

<http://www.samst.es/pdf/Noticias/Noticia13-5.pdf>

Saldaña, C. y Tomás, I. (1999). Importancia de la alimentación en la obesidad [versión electrónica]. *Anuario de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona*, 2 (30), 117-130. Obtenido el 8 de marzo de 2010 en:

<http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61421/88373>

Seijas Buschiazzo, D. y Feutchmann Sáez, C. (1997). Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos [versión electrónica]. *Boletín de la Escuela de Medicina. Universidad Católica de Chile*, 1 (26). Obtenido el 15 de marzo de 2010 en:

<http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/obesidad/ObesidadFactores.html>

Silvestri, E. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. *Posgrado en Obesidad a Distancia, Universidad Favaloro, Córdoba, Argentina*.

Siquier de Ocampo, M.; García Arzeno, M. y Grassano, E. (2003). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Sobral García, G. (2006). La obesidad, un problema psíquico. *El Psicoanálisis lacaniano en España*. Obtenido el 27 de mayo de 2010 en:

http://www.blogelp.com/index.php/2006/01/07/la_obesidad_un_problema_psiquico_por_gra

Tomayconza, H. (2008). Historia de la obesidad en el mundo. Obtenido el 30 de marzo de 2010 en:

<http://www.monografias.com/trabajos65/historia-obesidad/historia-obesidad2.shtml>