

PERFIL PSICOLÓGICO DE LOS OBESOS

HELENA ANA LUNAZZI DE JUBANY, DIANA ELÍAS, VALENTINA KOSAK

Introducción

Wildenband K. en 1904 clasificó las ciencias en aquellas que se ocupan de las leyes generales, las ciencias Nomotéticas y las que lo hacen del caso particular, las ciencias Ideográficas. Si bien a ambas agrupaciones se les reconoció carácter científico legal, la primera procede según el método experimental y estadístico, y la segunda con el clínico.

Es menester que tanto el investigador como el clínico estén advertidos de las epistemologías peculiares que cada método representa.

En el trabajo que presentamos a continuación utilizaremos la información obtenida de una muestra de 79 casos de sujetos adultos con sobrepeso crónico para trazar una representación general del grupo, que llamaremos *perfil*, considerando los resultados de las diversas técnicas psicodiagnósticas utilizadas.

Llamamos perfil a las características o rasgos que denotan un determinado estilo. De este modo expresamos:

a) Tanto la referencia a un contorno abstracto que contiene, delimita o designa cualquier cuerpo o contenido, aún cuando sus especificaciones no estén accesibles en forma completa

b) Como el hecho de que el perfil, aunque sólo deja ver una sección, una cara, al referirse al estilo plasma las cualidades esenciales y permanentes, el carácter propio de un determinado funcionamiento o estructura.

La mayoría de los casos de la muestra estudiada se presenta como obesos. Nos ocupamos del sobrepeso en forma crónica, es decir, cuando ha sido “acarreado” largamente, desde la temprana infancia. Precisaremos estos términos más adelante.

Curiosamente la obesidad no integraba la lista de las siete

enfermedades psicosomáticas “sagradas” que fueron estudiadas más a fondo por el psicoanálisis¹, siendo Peter Kutter quien en 1980 propone renovar la lista incluyendo los trastornos alimentarios, adiposidad y anorexia.

Las patologías llamadas Psicosomáticas desafortunadamente cobran día a día un lugar protagónico, tanto por su variedad como por el aumento de su incidencia negativa en la salud de todas las poblaciones, en general. Encontramos entre ellas las enfermedades cardíacas e inmunitarias, los trastornos de la alimentación, la vulnerabilidad a patologías oncológicas, las colagenopatías, los efectos del stress. La agudización de ciertos problemas sociales y económicos, los numerosos y acelerados cambios tecnológicos y conceptuales, parecen ser factores si no suficientes, al menos con un alto grado de eficacia para el desarrollo de manifestaciones psicosomáticas. En especial se destaca la influencia de modelos culturales que promueven el cultivo de la imagen y el acatamiento al logro del éxito con sojuzgamiento corporal y control de los afectos. Las manifestaciones que constituyen los llamados cuadros psicosomáticos, implican daño orgánico, además de ser reconocida la intervención de factores genéticos, inmunológicos y familiares. Han sido también señalados ciertos funcionamientos psíquicos como la depresión esencial y el pensamiento operatorio (Marty, P. 1963) o la organización alexitímica (Sifneos, P. 1975) que favorecen o condicionan la predisposición al desarrollo de trastornos psicosomáticos. Desde su propia perspectiva, numerosos rorscharchistas como S. Beck (1968), Z. Piotrowsky (1965), J. Melon (1971), M. Timsit (1972) y otros, se han ocupado de estas cuestiones hoy apremiantes. En especial abordaron la exploración de la existencia de una estructura psíquica diferencial acompañando al daño somático crónico y sus formas de expresión a través de los métodos proyectivos.

Hemos estudiado² la problemática de los trastornos alimentarios, posiblemente más desapercibidos a pesar de su notable aumento y

¹ E. Alexander (1951) asma, úlcera, colitis, hipertonia, artritis, ecema e hipertiroidismo) Peter Kutter, en Bekei: Lecturas de lo psicosomático)

² Lunazzi, H., García de la Fente, M., Elías D., Sobredo, M., Kosak, V.: “Chronic-Overweight-and-Alexithymia”. Proceedings del XVI Int. Rorschach Congress. Julio8-13. Boston.

“Sobrepeso Crónico y Autoestima”. Secretaría de Ciencia y Técnica de la U.N.L.P. Proyecto de Investigación.

manifestación, según datos del VII Congreso Internacional de Obesidad, Toronto. Nos referimos a los trastornos relativos al exceso de ingesta, su calidad nutritiva y los hábitos de vida que promueven la acumulación de masa adiposa. Hemos focalizado nuestro estudio en la obesidad, más específicamente, aquella forma que “es acarreada largamente en la vida de un sujeto, llegando a integrarse en su proyecto identificador”³. Nos referimos a los obesos, en tanto *daño* posible a la imagen de sí mismo, que en forma muy prolongada, a menudo desde la infancia, como masa corporal extra, recubre o *cubre la presentación de identidad*.

El trabajo que aquí presentamos se basa en nuestra investigación de Sobrepeso crónico y Autoestima, en la que nos focalizamos en una situación psíquica con compromiso somático manifiesto en la sobrecarga corporal. Conceptualizamos el sobrepeso crónico como un fenómeno complejo al cual se hallan asociados factores genéticos, ambientales, vinculares y afectivos, representando el anclaje de modos organizativos profundos de la personalidad dentro de los cuadros psicósomáticos.

Para configurar el perfil psicológico de los sujetos obesos presentaremos información de las entrevistas, características y resultados de la batería psicodiagnóstica administrada.

Antes de avanzar, explicaremos algunos de los conceptos claves utilizados: como **Psicosomático**, **Alexitimia**, **Simbolización**, **Sobrepeso Crónico**.

El término **psicosomático** ha sido utilizado tanto en el campo médico como psicoanalítico para referirse a una serie de trastornos orgánicos en los que era reconocida como esencial la incidencia de los factores psíquicos. A pesar de que el término psicósomático, en apariencia, subraya la básica unidad psique-soma del ser humano, en realidad alude a pacientes que mostrando serio daño corporal se manifiestan como si negaran o no tuvieran registro psíquico del mismo. Al decir psicósomático se trata de un modo de funcionamiento que se caracteriza por la ausencia de lo psíquico, dimensión que no se encuentra ligada a lo somático. Para Winnicott esta es la verdadera enfermedad. En realidad la condición de la salud es la integración de ambas realidades

³ Lunazzi, H.: “Por qué la gente “acarrea sobrepeso”. Pb. Consultor de Salud n*23Diciembre Año 1995. Diciembre.

en el sujeto: lo psíquico y lo somático. Las características descriptas son las condiciones de vulnerabilidad o de implicancia, pero no exclusivamente en el desarrollo de una enfermedad orgánica. Podríamos decir que los factores psíquicos en juego son necesarios pero no suficientes. Para que la enfermedad se instale y desarrolle es preciso que entren en juego componentes orgánicos, genéticos, inmunitarios, etc.. En los DSM-III y IV no se utiliza la categoría psicósomático; proponen en cambio dos categorías: la de “trastornos somatoformes” y la de “factores psicológicos que afectan el estado físico”. El que las enfermedades psicósomáticas estén fuera de esa nosografía psicopatológica no implica la exclusión de los psicoterapeutas de esta área. Por el contrario, su intervención es muchas veces decisiva para la prevención y/o remisión de la enfermedad.

Alexitimia: Como corolario de abundantes trabajos previos, P. Sifneos y J.C. Nemiah, en 1975 emplearon el vocablo griego alexitimia, que significa “ausencia de verbalización de afectos o sentimientos”. El concepto **alexitimia** es un constructo hipotético derivado del trabajo clínico con pacientes psicósomáticos. Los pacientes se caracterizaban por: a) Pensamientos con bajos niveles de abstracción (pensamiento “operatorio” descrito por P. Marty, J. de M 'Uzan y P. David, 1963). b) Pobre capacidad para fantasear c) Relaciones interpersonales rígidas y estereotipadas d) Gran resistencia a aceptar las interpretaciones psicoanalíticas tradicionales. En la década del 80 G. Taylor y M. Bagby comienzan a trabajar en el diseño de la llamada Escala de Alexitimia, Toronto (TAS) revisando intentos realizados anteriormente a los que someterán a mayor rigor psicométrico. Sobre cinco dimensiones elaboran la escala compuesta de 26 ítems en un cuestionario autoadministrable. Someten la escala TAS a numerosos estudios de correlación⁴ obteniendo que correlaciona de manera altamente positiva con indicadores de depresión, ansiedad estado y rasgo, hipocondría y baja capacidad para el análisis de conflictos. En 1990 se publica una adaptación al castellano de la escala TAS realizada por M.M. Casullo (UBA- CONICET) y A. Wiater, la misma es esencialmente fiel a la original.

⁴El Inventario de Depresión de Beck, la escala de ansiedad IDARE, la escala de necesidad de cognición de Caccioppo, el Inventario de Personalidad California, el inventario de personalidad Básica de Jackson, la escala Shippey-Hartford para estimar Inteligencia Verbal y No Verbal.

Simbolización: El hecho de que los enfermos psicossomáticos presenten una seria limitación para resolver psíquicamente un acontecimiento vital (una pérdida objetal, narcisista u afectiva, montos exccsivos de stress o aún la misma enfermedad somática) implica que el paciente es dominado por el acontecimiento, fallando los mecanismos de elaboración psíquica que le permitirían otros modos de resolución. Una resolución posible provendría de la capacidad de tomar distancia del suceso sin simultáneamente negarlo, abriendo vías elaborativas y nuevos investimientos. En esto consistiría el trabajo de respuesta simbólica. P. Marty se refiere a las psicossomatosis como patologías de la simbolización. Cuanto más rico sea el preconciente de un sujeto, en representaciones relacionadas entre sí de una manera permanente, más probabilidades tiene la patología eventual de situarse en el plano mental. Cuanto menos rico en las relaciones y permanencia de las representaciones existentes sea el preconciente de un sujeto, más correrá el riesgo de situarse la patología en el plano somático. Destacamos entonces al preconciente como el punto central en la economía psicossomática, en tanto sede del trabajo de simbolización. Al referirnos entonces a la **simbolización**, haremos alusión a criterios para el procesamiento de las cargas pulsiones. Los distintos traumas vitales desinvertidos, en ausencia de afectos, fantasmas, actividad proyectiva para ser representados y transitados derivan en un aumento y acumulación de tensión. Siguiendo a P. Marty, la desorganización de las defensas que dependen de la constitución psíquica influye sobre las defensas biológicas.

Sobrepeso Crónico: Según las últimas encuestas (VII Congreso Internacional de Obesidad, Toronto, septiembre de 1995) en Estados Unidos, el país que ha generado más riquezas y más mecanismos de ahorro, la proporción de obesos en la población ha aumentado del 30 al 40% en los últimos veinte años. Los tratamientos basados solamente en dietas alimenticias muestran fracaso en el largo plazo. Obesidad debe diferenciarse de sobrepeso. Puede haber sobrepeso sin aumento de grasa, sino de la musculatura como en los atletas. Los casos de nuestra muestra, con Sobrepeso Crónico implican una historia vital y desde la infancia, acompañada de aumento de la grasa corporal de por lo menos 10 Kg por encima de lo esperable según las tablas peso-altura-edad y sexo normales. El término "Sobrepeso" se emplea en medicina para señalar aumento en el peso normal, por diferentes causas, y no exclusivamente de grasas. El Sobrepeso Crónico, del que nos ocupamos en este trabajo es un fenómeno

complejo de sobrecarga adiposa corporal al cual se hallan asociados factores genéticos, ambientales, vinculares y afectivos, conceptualizándolo como el anclaje de modos organizativos profundos de la personalidad dentro de los cuadros psicósomáticos. Cuadros en los cuales el lenguaje corporal sustituye parcial o casi completamente la comunicación simbólica. Definimos entonces al **Sobrepeso Crónico** como un fenómeno complejo, multifocalmente abordable, al cual subyacen dinámicas psíquicas profundas. La mayoría de los casos de la muestra presenta un sobrepeso adiposo de más de 30 Kg, criterio que designa a la obesidad.

La muestra sobre la que realizamos el perfil se compone de 79 casos de adultos entre 20 y 50 años de edad, de ambos sexos. En la investigación mencionada también utilizamos una muestra B (de control, sin sobrepeso). En todos los casos los sujetos fueron voluntarios.

Se administró la batería en la siguiente secuencia:

Entrevista. TAS (Escala Toronto de Alexitimia). Tests Gráficos: Bender y H.T.P. Desiderativo. Rorschach, según el Sistema Comprensivo. TRO, que no se administró en todos los casos y cuyos resultados no se abordarán en esta comunicación. Entrevista de devolución y cierre.

La composición de la batería nos ofreció un recorrido que nos puso en contacto con información de diferentes niveles de funcionamiento psíquico, desde los manifiestos hasta los profundos, psicodinámicos.

Entrevista⁵

Presentaremos a continuación las observaciones que parecen relevantes y características, mientras que las consideraciones psicodinámicas que surgieron de ellas se tratarán al final.

Revisaremos los indicadores psicodiagnósticos a partir de la primera entrevista, semidirigida, en la cual los sujetos encontraron la oportunidad de definirse como ellos mismos se ven. En un nivel manifiesto los sujetos se mostraron amables y colaboradores tanto en relación con la tarea como en su actitud hacia el entrevistador. Sensatos, racionales y cumplidores, estos sujetos se presentan a sí mismos como eficientes en lo referido a las exigencias externas desplegando, en algunos casos, activa participación social.

Parecen muy relevantes algunos datos recogidos en la entrevista, tales como:

1) la existencia de antecedentes de familiares con sobrepeso en la mayoría de los casos

⁵ Se adjunta al final

2) la presencia de un hábito alimentario caracterizado desde la infancia por dietas hipercalóricas y abundantes.

Frente a la pregunta n°8 de la entrevista acerca de “¿qué ocurría si alguien no quería comer?” podemos reunir las respuestas en cuatro grupos; a) los obligaban, b) nunca existió tal situación, c) les gustaba todo lo que había para comer, d) si no comían había que curarles “el empacho”.

Con respecto a la iniciación de tratamientos para adelgazar en la mayoría de los sujetos, el comienzo ocurría a partir de; a) señalamiento de otra persona, o b) por indicación médica, a la que acudían por otros motivos de consulta.

Llamó la atención la frase “no puedo parar de comer” que repiten muchos sujetos, desprovista de su natural conexión con necesidades básicas de conservación y la obtención de placer.

En cuanto al tipo de alimentos consumidos (guisos, milanesas, pastas, etc.), en su mayoría presentan un valor calórico elevado, no apareciendo preferencias marcadas por ninguno de ellos.

También en la entrevista encontramos que ante la pregunta acerca de “*la existencia o no de algún acontecimiento particular que pudieran relacionar con el aumento de peso*” se observó en la mayoría de los casos, la ausencia de ese reconocimiento, así como la incapacidad de concebir una implicación subjetiva con el trastorno. Resulta ilustrativo mencionar frases características como por ejemplo: “Me tragaba la vida, quería dormir todo el tiempo”, “me casé y empecé a estar adentro de la casa”, “no se podía dejar la comida”, “comía sin mirar la comida”. Así mismo, frente a la posibilidad que se les ofrecía al final de la entrevista de formular “*alguna pregunta o inquietud acerca de sí mismos que quisieran plantear al estudio psicodiagnóstico*” la gran mayoría no pudo hacerlo aludiendo: “todo está bien”, “no hay nada que preguntar”.

Por otra parte no se recibieron alusiones o quejas acerca de la imagen corporal o sobre el padecimiento por la magnitud de la masa corporal acarreada. Predominaron las actitudes que referían al sobrepeso como una situación consumada, inmodificable y en muchos casos “incorporada”. Es decir, el sobrepeso muy grave y crónico apareció considerado como una condición adquirida, hereditaria o “natural”, sin valor de síntoma.

⁶ En esta comunicación nos referiremos brevemente a estas técnicas en su conjunto. Reservamos para otra ocasión su estudio detallado, así como del desiderativo y del TRO.

En la mayoría de los casos, el relato de los intentos y fracasos de tratamientos fue pormenorizado, resultando llamativa la ausencia de angustia, apareciendo en el discurso de estos sujetos una exposición racional, carente de matiz afectivo.

Técnicas gráficas⁶

Nos referiremos brevemente a las producciones gráficas. En ellas podemos destacar como recurrente un uso particular del espacio caracterizado por la aproximación de las figuras. También notablemente aparecen dificultades en el cierre. En algunos casos el espacio de la hoja no resulta suficiente, dada la presencia de macrografías. En la mayoría el emplazamiento se sitúa en la parte central-superior de la hoja. Otro elemento importante es el énfasis en bocas grandes, remarcadas. Al mismo tiempo las figuras presentan predominantemente los llamados “aditamentos”, detalles como botones, bolsillos, collares, lográndose en una síntesis final dibujos infantiles, inmaduros, con historias descriptivas, clisé.

Rorschach

Seleccionamos del Sistema Comprehensivo de Exner los siguientes indicadores: Número de respuestas; Respuestas populares; Respuestas de contenidos Humano, Animal, tanto enteros como partes, reales e irreales, Comida, Radiografía y Anatómico; los Códigos Especiales Mórbido, Cooperativo y Agresivo; los determinantes de Movimiento Humano, Vista, Dimensión y Textura; los Índices de Egocentrismo, Intelectualización, Aislamiento y Angustia⁷.

La confección del perfil se realizó sobre aquellos indicadores que se mostraron significativos. La elaboración del perfil ofrece, justamente, sólo una descripción de las grandes tendencias manifiestas en el grupo. En las dimensiones de preocupación en torno al cuerpo y de la autoinspección penosa o disfórica, incluimos ambos rasgos, aparentemente contradictorios, ya que se presentan aproximadamente en la mitad de los casos (51.89 % y 54 % respectivamente) mostrando dos tendencias igualmente importantes en el grupo aunque contradictorias.

⁷No pertenece al Sistema Comprehensivo.

Perfil*

1- Razonable,
adaptado, colaborador

2- Enfoque en tendencia a
comportamientos convencionales
y hasta rígidos

3- Modo inmaduro
de la percepción
de su propia
imagen y de

los otros, basada predominantemente e
experiencias imaginarias
más que realísticas

4- Escasa conexión con los
propios sentimientos y orientación del interés
hacia ocupaciones externas

5- Tendencia al uso de la introspección con
matices de
autocrítica negativa

6- Índice de angustia muy elevado
aunque ni manifiesta ni reconocida

7- Autoestima conservada.

8- Representaciones de imagen
del cuerpo sin grado de daño o de
carácter disfórico.⁸

9- Aumento de la preocupación
en torno al cuerpo
10- Autoinspección penosa o disfórica⁹

11 Productividad adecuada

⁸ 51,89%

⁹ 54% de los protocolos

*La confección de este perfil se basa en los siguientes resultados de la muestra estudiada (79 casos): un 41.77% de casos con alexitimia mayor a 72 (muy elevada), mientras que el 65% de los casos se ubica en el rango alexitímico. El Índice de Angustia revela la presencia de angustia muy elevada en el 47% de los casos, sin registro de angustia el 22.78%. Número de respuestas promedio 19, respuestas mayores a 21 el 27% de los casos. Respuestas de contenido Humano entre 1 -2 el 59% de los casos, entre 3-5 el 23% de los casos. Respuestas de Movimiento Humano entre 0-2 el 54% de los casos. Índice de Intelectualización. Respuestas de Textura (FT) media 1.05. Respuestas populares promedio 4.8. Índice de Aislamiento menor a 0.24 el 75% de los casos. Sólo un 11% de los casos obtuvo un puntaje que indica aislamiento social.

H: (H)+ Hd+(Hd): H> en un 40% de los casos, H= o < en un 60% de los casos.

H+A: Hd+Ad = o > en una relación de 4 : 1 en el 53% de los casos, menor a la relación 4: 1 en el 43% de los casos.

(H)+(Hd): (A)+(Ad), (H)+(Hd)> en el 58% de los casos.

Movimiento Cooperativo (COP)entre 1-3 en un 64% de los casos.

Movimiento Agresivo (AG) 0 en el 64% de los casos.

Respuestas de Contenido Comida (Fd)=1 en el 25% de los casos Fd=0 en el 70% de los casos.

Índice de Intelectualización significativo en un 24% de los casos, y no significativo en el 76% de los casos.

Índice de Egocentrismo, mayor a 45 en un 35.44% de los casos; entre 33-45 (valores medios de autoestima conservada) el 40.50% de la muestra teniendo mayor peso en el índice las respuestas de reflejo cuya media es de 0.41.

Respuestas FD media 0.26.

Respuestas de Vista, media 1.11. Casos con respuestas de Vista 54%.

Contenidos Anatómicos, media 1.83.

Contenidos Anatómicos + Radiografía, media 2.08.

Contenidos Mórbidos entre 0-2 77.20%, mayor a 2 22.78%, y la media es de 1.56

Dimensiones psicodinámicas

Incluimos bajo este título algunos comentarios acerca de los rasgos psicodinámicos característicos.

Numerosos indicadores tales como la cantidad y calidad de las

respuestas con especial énfasis en el determinante Formal, la escasa presencia del determinante de Movimiento Humano, el Índice de Angustia muy elevado¹⁰, el puntaje en la escala TAS también significativamente elevado, permiten visualizar un nivel de funcionamiento donde la angustia y la representación mental de impulsos no cuentan con adecuados canales de simbolización. Compartiendo así los obesos aspectos característicos reconocidas de los cuadros psicósomáticos.

Las respuestas de Reflejo, uno de los componentes del Índice de Egocentrismo que apareció aumentado en la muestra de sujetos obesos señalan una modalidad de autopercepción primitiva, inmadura y narcisista. Esta indicación aparece a su vez reforzada por la especial composición de los Contenidos de las respuestas en las que se enfatizan los seres parciales e irreales. La modalidad de autopercepción más primitiva, a su vez implica limitaciones en la regulación y equilibrio de las decisiones y conductas. También se observa una tendencia al uso de la introspección con matices de autocrítica negativa, aunque considerando las tendencias grupales manifiestas, no se muestran afectando la autoestima. Además, la defensa por intelectualización contribuye a un encapsulamiento narcisista que mantiene alejada la amenaza de una autoimagen desvalorizada, articulada con rasgos más negativos, dañados y disfóricos de lo habitual. Estas operaciones podrían limitar la disposición para reconocer los aspectos manifiestos del sobrepeso corporal y hacerse cargo maduramente de su modificación.

El egocentrismo remite al monto de atención e interés dirigidos hacia el propio yo, requerimiento necesario en la vida interpersonal ya que plantea la base para la regulación de las necesidades propias de la autoconservación. El Índice de Egocentrismo proporciona una estimación de la preocupación del sujeto por sí mismo, y posiblemente de su autoestima. Es destacable la presencia de autoestima conservada predominantemente en el grupo aunque la orientación de los intereses se dirige al mundo externo.

Las condiciones que subyacen a la representación de sí mismos y vínculos interpersonales de los sujetos obesos permite caracterizarlos como personas adaptativas, con expectativas positivas y escasa hostilidad manifiesta en sus interacciones. En cambio en forma profunda revelaron un marcado desinterés afectivo vincular. Sin embargo, estos rasgos aparecen

¹⁰ El 47% de los casos obtiene un índice mayor a 12 encontrándose los valores medios esperados entre 6 y 12. Caben destacar los altos puntajes encontrados en este índice.

asociados con una menor integración de la imagen de sí mismos, la tendencia a vincularse predominantemente sobre expectativas más imaginarias que realísticas y a usar la intelectualización, lo que supone una forma ingenua de negar la presencia de las emociones. Este último procedimiento defensivo tiende a su vez a reducir la posibilidad de tratar los sentimientos de manera directa y realista. Una adecuada valoración de uno mismo sólo deviene como resultante del funcionamiento vincular, que proveerá confirmación y reconocimiento de los aspectos propios valiosos. A su vez, el despliegue de las capacidades y recursos en interacciones humanas obtendrá su realización y regulación en términos de feed-back constitutivo imprescindible.

A la vez, el uso del mecanismo de intelectualización permite mantener una imagen positiva en las interacciones humanas y mantenerse a resguardo de una propia imagen de sí desmerecida. Sin embargo, junto con el específico índice de intelectualización, es importante considerar el reforzamiento de los mecanismos disociativos (mente/cuerpo) propios del énfasis en el determinante Formal, ya mencionado.

La alimentación aparece entonces como una actividad automática desligada de toda necesidad corporal o enlace con la actividad psíquica. Diversos autores profundizaron el estudio de los procedimientos autocalmantes, dentro de los cuales podemos incluir este modo particular de incorporar el alimento¹¹. La ingesta no busca la satisfacción, sino volver a lo calmo a través de la búsqueda repetitiva de la excitación, en el intento de dominar la excitación que no pudo ser ligada por medios psíquicos. En este caso, en lugar de promover una actividad fantasmática, de representación, se recurre a mecanismos perceptivos o motores que pueden llegar a incluir alguna forma de sufrimiento físico. Este tipo de actividad pone de manifiesto también el lugar del yo, que es a la vez sujeto y objeto en relación a la fuente calmante. En un nivel vincular esto podría expresarse diciendo que en lugar de constituirse las necesidades y señales corporales como un llamado al otro que acude respondiendo con la acción específica, se privilegia la vía de la alteración interna del organismo. Lejos de servir como apuntalamiento de lazos libidinales, las funciones de autoconservación dan lugar a procedimientos mecánicos en lugar de autoerotismos “el cuerpo trabaja como una máquina mientras el espíritu funciona como una calculadora, hace cuentas”¹².

¹¹ Fain: “La vida operatoria y las potencialidades de neurosis traumática”.

¹² D’Aboville: citado por Zwec Gerard en reportaje publicado en Actualidad Psicológica nº4 Año 1994.

Conclusión

A través del estudio de la Muestra y la construcción del perfil psicológico se ha puesto de manifiesto una constelación de factores especiales: 1) Limitaciones en 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 a sí mismos.

Una reflexión final, obtenida del estudio de casos con fracaso o éxito ante los tratamientos dietarios intentados así como del análisis de la constelación de los factores arriba mencionados nos lleva a sugerir la conveniencia de implementar tratamientos del sobrepeso, no sólo en base a dietas sino en equipo multidisciplinario, donde la intervención del psicólogo procurará el desarrollo o elaboración de recursos de simbolización. Es conveniente estimular planes de tratamiento en lo posible antes de los 25 años de edad, ya que la Obesidad se muestra como una organización de difícil modificación una vez cronificada.

Bibliografía

ACKLIN M., WEINER Y Col. (1995) Rorschach Research: Issues and Methods.

Edited by John Exner Jr. Rorschach Workshops Lawrence Erlbaum Publ. Mahwah.

New Jersey.

ACKLIN M., : (1991) "Alexithymia, Somatization and the Rorschach Response Process". Rorschachiana VII. (180-187) Hans Huber Germany.

ANDRONIKOF-SANGLADE A. (1983) "Image du Corps et Image de soi au Rorschach" *Techniques Projectives II. Tome 28.2 Juin.*

BASH K.W. (1995): "Psychosomatic Diseases and the Rorschach Test" .Rorschachiana XX (16-28) H. Huber Germany.

BEKEI M. (1991) "Lecturas de los psicossomático". Lugar Editorial. Bs. As.

CASULLO M.M.: (1990): Alexitimia: consideraciones teóricas y empíricas. Informe CONICET. Buenos Aires.

CHEVNIK M.: (1992)"La clínica del paciente con daño somático": Diagnóstico y Abordaje Psicoterapéutico" . Vertex VIII n°8 (126-132) > Revista Argentina de Psiquiatría. Buenos Aires.

DSM IV , MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. (1995) , (primera publicación en Estados Unidos por la American Psychiatric Association, Washington D.C. en 1994) traducción al castellano Editorial Masson, S.A. Barcelona, España.

DOLTO F. : (1986): "la imagen inconceinte del cuerpo". Paidós. Buenos Aires.

EXNER J. JR. : (1994) "El Rorschach, un Sistema Comprehensivo". Vol. Y. Fundamentos Básicos. #A. DE. Rorschach Workshops-Psimática. Madrid.

EXNER J. Jr. (1970) "Las respuestas de Rorschach como índice de narcisismo". El Ro. En la Argentina. Año 2 n° 1 mayo. A.A.R.

FRAZIER Sh. (1976) "La enfermedad psicósomática, forma de actuación a través del lenguaje eorporal" (pag. 151-186) en Abt y Weissman. Teoría clínica de la Actuación. Paidós Bs. As.

GARDEY A.M. (1990): "la représentation de Soi au Rorschach chez les jeunes adultes dans an contexte non pathologique: Qu' en est' il de la norme?"

Bull. De la Soc. Du Rorschach et des Méth. Proj. De Langue Francaise n°34. Juin. 1990) (165-181).

KINDER B. & CURYISS G. :(1990): "Alexithymia among empirically derived of Subgroups of chronic pain back patients". *Journal of Personality Assessment* 1990. 54, 1-2. U.S.A.

LUNAZZI DE JUBANY H., Elias D., García M. Sobredo M., Kosak V. .: "Chronic-Overweight-and-Alexithymia". Proceedings del XVI Int. Rorschach Congress. Julio8-13. Boston.

LUNAZZI DE JUBANY H. Estudiando Rorschach. Nuevos aportes y ejercitaciones Edit. Universidad Nacional de La Plata. 1997.

LUNAZZI DE JUBANY H., "Por qué la gente "acarrea sobrepeso". Pb. Consultor de Salud n° 23 Diciembre Año 1995. Diciembre.

LUNAZZI DE JUBANY H., Elias D., García M., Kosak V. "Alexitimia y sobrepeso crónico". Revista Psicodiagnosticar. Año 7. Vol. 7. 1997- (pag. 50-63).

MALDAVSKY, D.: (1992) "Teoría y clínica de los Procesos Tóxicos". Ed Amorrortu. Buenos Aires

MARTY, P. DE M'UZAN M. (1963): "La pensée Operatoire". Re- vue Francaise de Psychanalise. N°XXVII (345-356).

PETOT D. (1996)"ALEXITHYMIA: Psychological Poverty or Psychological Richness? A Rorschach study" Rorschachiana- Vol.XXI (153-170) H. Huber. Germany.

SAMI-ALI (1993) : "El cuerpo, el espacio y el tiempo" Amorrortu. Bs. As.

SIFNEOS P.E (1995): Psychosomatique, Alexithymie et Neurosciences" Revue Francaise de Psychosomatique N° 7 (27-36) P.U.F. Paris.

SIVAK R. Y WIATER A.(1997): "Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica." Ed. Paidós. Buenos Aires.

SMADJA C. (1995): "Le modèle Psychosomatique de Pierre Marty" . Revue Francaise de Psychosomatique N°7 (7-26) P.U.F. Paris

SMITH B. (1994): "The Object Relations Theory and the Integration of Empirical and Psychoanalytical approaches to Rorschach Interpretation" Rorschachiana XIX (61-78). Huber. Germany.

TAYLOR g. , BAGBY M. & allied. (1998): "Criterion Validity of Toronto Alexithymia Scale. Psychosomatic Medicine. Vol.50 (54-72) Canada.

Entrevista

Nombre y Apellido

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

Domicilio o teléfono

Nombre del entrevistador

Fecha de evaluación

1) A qué se dedica 2) Estudios realizados 3) Con quién vive? 4) Peso y talla actual

5) Hay familiares con sobrepeso? Cuáles?

6) Cuáles eran las comidas preferidas en su familia?

7) Cuando era chico con quién y qué desayunaba, almorzaba merendaba y cenaba

8) Si alguien no quería comer, qué sucedía?

9) En algún momento llegó a pesar más de su peso habitual? Cuándo y cómo lo notó?

10) Sucedió algo especial?

11) Cuando inició por primera vez un tratamiento? Qué lo llevó a iniciarlo?

Tomó su decisión en forma: espontánea, inducido por familiares, por sugerencia de amigos, por indicación médica, otros.

12) Contó con el apoyo de alguien? De quién? Y los demás cómo se comportaron?

13) Qué tratamientos realizó: Médicos, por cuenta propia, nutricionistas, según dietas publicitadas, otros.