



# Psicomotricidad: Movimiento y Emoción

Volumen 2. No. 1 mayo 2016



Cintillo Legal:

PSICOMOTRICIDAD, MOVIMIENTO Y EMOCIÓN, año 2, No.1, es una publicación semestral enero-junio 2016, editada por el Colegio Internacional de Educación Superior, S.C., Calle Rómulo O´Farril 351 Col. Olivar de los Padres. Del Álvaro Obregón, México, D.F., C.P 01780. Tel. (0155) 56817359 y (0155) 56814287, [revistapsicomotricidad@cies-mex.edu.mx](mailto:revistapsicomotricidad@cies-mex.edu.mx), [info@cies-revistas.mx](mailto:info@cies-revistas.mx), Editor responsable: Jaime Fausto Ayala Villarreal. Reservas de derechos al Uso Exclusivo No 04-2015-051908562800-203, ISSN en trámite. Ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Dirección Académica, Dra. Concepción Rabadán Fernández, Calle Rómulo O´Farril 351 Col. Olivar de los Padres. Del Álvaro Obregón, México, D.F., C.P 01780. Tel. (0155) 56817359 y (0155) 56814287, fecha de la última modificación, 20 de mayo de 2016.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

## **Editorial**

La base psicoanalítica de la psicomotricidad implica una serie de reflexiones sobre el lugar de la psicomotricidad y el del psicoanálisis, por ejemplo, en qué medida comparten o no las mismas teorías para el entendimiento del objeto de estudio, es decir el niño en desarrollo. La idea es proponer establecer un diálogo entre las dos disciplinas.

El artículo sustentado en cinco autores psicoanalíticos presenta la importancia de la adquisición de la palabra escrita para el proceso psíquico de la simbolización y la subjetivación llevado de la mano el acto de escribir con las evoluciones de la organización psíquica.

La autora experta estudiosa de Donald Winnicott nos da un punto de vista de este autor sobre la conceptualización de la agresividad.

Un interesante enfoque sociológico el cual ilumina y da otro punto de vista al concepto tradicional sobre la familia y sus trastornos.

Al presentar un caso clínico la autora muestra el impacto de una enfermedad terminal de un joven de 13 años en su familia al incluir al equipo médico como parte fundamental de su entorno inmediato. El enfoque es sistémico.

Basada en una revisión bibliográfica internacional sobre la obesidad y sobrepeso la autora comenta la influencia de estos trastornos en la vida de las personas que los padecen, en particular las mujeres adultas.

La Psicomotricidad es una disciplina relativamente nueva que para su desarrollo ha tomado conceptos de otras ciencias y técnicas como sucede con regularidad con el desarrollo teórico que va conformándose de acuerdo con las implicaciones en la práctica terapéutica, educativa y reeducativa. Por tal motivo, la variedad y riqueza en esta ocasión que presenta Psicomotricidad, Movimiento y Emoción.

Dr. Jaime Fausto Ayala Villarreal

Director-Editor

## CONTENIDO

- *Artículos*

**Bases Psicoanalíticas de la Psicomotricidad.** 6 pág.

Jaime Fausto Ayala Villarreal

**La escritura infantil: una puesta en escena de las representaciones del cuerpo erógeno.** 17 pág.

Laura Uribe Díaz

**Pateando la lata. Una aproximación a la teoría de la agresión winnicottiana.** 27 pág.

Concepción Rabadán Fernández

- *En la interindisciplina*

**De la supuesta disfuncionalidad de la familia.** 37 pág.

Marión Estévez López

**Abordaje de una experiencia de trasplante, desde lo sistémico.**

**Lázaro, resignificando la vida.** 47 pág.

Patricia Ivonne Castañeda Peña

**Impacto social del sobrepeso y obesidad en la mujer adulta.** 59 pág.

Yareli Hernández Barragán

# **Directorio**

## ***Psicomotricidad, Movimiento y Emoción***

---

### ***Director- Editor***

***Dr. Jaime Fausto Ayala Villarreal***

### ***Consejo de Redacción***

#### ***Consejo de redacción***

Dra. Concepción Rabadán Fernández  
Lic. Victoria Mancera Pérez  
Lic. Erick Alberto Ordoñez Capuano

#### ***Gráfico***

Lic. Juan Carlos Bautista Hernández  
Joyse Rodríguez Coronado  
Ing. Fernando Alonso González

### ***Consejo Editorial***

#### ***Nacional***

Dr. Javier Amado Lerma  
Ciudad de México, Instituto Nacional de  
Psiquiatría  
Dra. Thalia Attié Rohl  
Ciudad de México, Independiente  
Mtra. Mariana Becerra Arzate  
Ciudad de México, Independiente  
Dra. Martha Patricia Bonilla Muñoz  
Ciudad de México, Instituto Mexicano de  
Terapia Cognitivo-Conductual  
Dra. María Esther Castillo Barnetche  
Ciudad de México, Independiente  
Dra. Rosa María Denis Rodríguez  
Pachuca, Hidalgo. Centros de  
Integración Juvenil  
Mtro. Juan Francisco Garduño Aparicio

#### ***Internacional***

Lic. Miguel Sassano  
Buenos Aires, Argentina.  
Universidad de Morón  
Mtra. Katia Fabiola Medina  
Sanjinés Bolivia

Ciudad de México, Independiente  
Mtro. Nicolás Guzmán Nava  
Ciudad de México, DIF Nacional  
Mtro. Pedro Rafael Hernández Uzcanga  
Ciudad México, Colegio Internacional de  
Educación Superior.  
Mtro. José Mendoza Landeros  
Ciudad de México, Consejo Mexicano de  
Psicoanálisis y Psicoterapia  
Mtro. Macario Molina Ramírez  
Ciudad de México Escuela Superior de  
Educación Física (ESEF).  
Mtra. María Oswelia Murad Robles  
Ciudad de México, Independiente  
Lic. Erick Alberto Ordoñez Capuano  
Ciudad de México, Colegio Internacional  
de Educación Superior  
Dra. Alicia Parra Carriedo  
Ciudad de México, Universidad  
Iberoamericana  
Dra. Concepción Rabadán Fernández  
Ciudad México, Colegio Internacional  
de Educación Superior  
Mtra. Paulina Reyes Retana Dahl  
Ciudad de México, Independiente  
Mtro. José Eduardo Reynoso Cruz  
Ciudad de México, Universidad Nacional  
Autónoma de México  
Dr. Juan Gabriel Serna Guerrero  
Pachuca, Hidalgo, Universidad  
Autónoma del Estado de Hidalgo  
Mtra. Martha Elva Valenzuela Amaya  
Ciudad de México, Colegio Internacional  
de Educación Superior  
Mtro. Josué Dante Velázquez Aquino  
Ciudad de México, Colegio Internacional  
de Educación Superior

## **BASES PSICOANALÍTICAS DE LA PSICOMOTRICIDAD.**

JAIME AYALA VILLAREAL\*

\* Medalla al mérito docente, Universidad del Ejército y la Fuerza Aérea, 1970. Médico Cirujano y Partero de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León. Especialidad en Psiquiatría General de la Secretaría de la Defensa Nacional. Especialidad en Psiquiatría de El Consejo Mexicano de Psiquiatría. Psicoanalista de Grupo del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, APM. Psicoanalista Titular de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, APM. Psicoanalista Didáctico del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, APM. Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica del CiES Colegio Internacional de Educación Superior. Doctorado en Investigación Psicoanalítica del CiES Colegio Internacional de Educación Superior. Desarrollo Profesional: Director Clínico y de Enseñanza del Instituto Psiquiátrico de la Ciudad de México. Director de la Comunidad Terapéutica del Centro de Integración Juvenil, Lomas. Docente Investigador del Centro de Estudios de Posgrado de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, APM. Vice-Presidente Regional y Co-Presidente del Congreso de la Federación Mundial de Salud Mental. Co-Fundador de la Federación Mexicana de Salud Mental, FEMESAM. Co-Fundador de la Federación Panamericana de Psicomotricidad, Director del Centro de Estudios de Postgrado de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, APM. Presidente de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, Presidente de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, APM.

Médico de Tiempo Completo del Hospital Central Militar. Médico Psiquiatra y Psicoanalista en Consultorio Particular. Rector del CiES Colegio Internacional de Educación Superior. Docente en: CiES Colegio Internacional de Educación Superior.

Recepción: 17 de marzo de 2016 / Aceptación 17 de mayo de 2016

### **RESUMEN**

El artículo muestra el proceso de estructuración del aparato psíquico desde la óptica de diversos autores psicoanalíticos y de H. Wallon como una pieza fundamental de la psicomotricidad.

Se revisan conceptos de la relación del bebé recién nacido con el mundo exterior donde necesariamente se incluye al otro, la madre como elemento clave.

La satisfacción de las pulsiones del yo y las sexuales y la función del narcisismo en la formación del psiquismo y el cuerpo se tratan desde diversos autores.

La noción de imagen corporal se menciona para posteriormente plantear la importancia de estas bases teóricas en la práctica psicomotriz y en la psicoterapia psicoanalítica.

**PALABRAS CLAVE:** Psicoanalítica, Psicomotricidad, Imagen corporal.

## **SUMMARY**

The article is about how the formation of the psyche system is structured, according to different authors of the psychoanalysis and from the point of view of H. Wallon , as a key feature of the psychomotor activity.

In this text, some concepts about how a baby has a connection with the world are reviewed, and in this case, the idea of the other has an important role as well as the mother as a key element. The satisfaction of the self and the sexual impulses as well as the function of narcissism in the construction of the psyche and the body, are studied according to the concepts of several authors. It is mentioned the notion of the body image to, in a further comment, suggest the importance of the theoretical bases in the psychomotor activity and in the psychoanalytical psychotherapy.

**KEY WORDS:** Psychoanalytical, Psychomotor, Body image

## **RÉSUMÉ**

Cet article explore le processus de structuration de l'appareil psychique d'après plusieurs auteurs psychanalytiques, notamment H. Walton, en tant que pierre fondamentale de la psychomotricité.

On analyse des concepts sur le rapport du nouveau-né avec le monde extérieur, dans lesquels on inclut nécessairement à l'autre, la mère, comme un élément clé.

On étudie la satisfaction des pulsions du moi, ainsi que des pulsions sexuels, et la fonction du narcissisme dans la formation du psychisme et du corps, d'après plusieurs auteurs.

On utilise la notion de l'image corporelle pour proposer l'importance de de ces bases théoriques dans la pratique psychomotrice et dans la thérapie psychanalytique.

**MOTS CLÉS:** Psychanalytique, Psychomotricité, Image corporelle.

## LOS AMANTES

Estaban ambos recostados en la cama, él totalmente desnudo. Quizá por el intenso calor del medio día, ella pudorosa solo se descubrió los pechos bien formados y turgentes ofreciéndose dispuesta. Él la miraba un poco sorprendido y curioso, con un leve gesto de atención a los grandes ojos que lo observaban con dulzura. Tímido fue acercando su mano hasta acariciar suavemente aquellos senos robustos y bien formados, deslizó una mano y después la otra. Sintió el pezón entre sus labios, ella le sonrió complacida y lo acunó con sus brazos.

El primer objeto erótico del niño es el pecho materno nutricio; el amor se engendra apuntalado en la necesidad de nutrición satisfecha, la persona de la madre, quien no solo nutre, sino también cuida y produce en el niño tantas otras sensaciones corporales, así placenteras como displacenteras. En el cuidado del cuerpo, ella deviene la primera seductora del niño. En estas dos relaciones arraiga la significatividad única de la madre, que es incomparable y se fija inmutable para toda la vida, como el primero y más intenso objeto de amor, como arquetipo de todos los vínculos posteriores de amor en ambos sexos [1].

Para que la carne se transforme en cuerpo necesariamente se pasa por un proceso penoso y complicado por múltiples acaecimientos propios del transcurrir por la vida. El bebé nace con una vulnerabilidad total, lo que en el psicoanálisis se conoce como la indefensión total del recién nacido, así hasta los dos o tres años de edad cuando puede comunicarse por la palabra. Corresponde a la madre o sus cuidadores suplir esta gran deficiencia originaria. Este desamparo no solo es desde el aspecto biológico, para cubrirle sus necesidades vitales, sino también desde el punto de vista emocional por la importancia representada en los cuidados afectivos ofrecidos por la madre.

Para la constitución del cuerpo y la mente del bebé es necesaria la mediación de un cuerpo y una psique de la madre ya formados. Es un otro quien irrumpirá en la carne apenas llegada al mundo, por medio de su deseo de amor, para que así el recién nacido de inicio a la interacción de esos dos, la una ya constituida y el otro por conformarse.

Las primeras impresiones recibidas por el recién nacido le son proporcionadas por la madre en lo que Piera Aulagnier denomina "pictogramas" "Las representaciones pictográficas tendrán a *posteriori* un papel importante en la constitución tanto del deseo y como del aparato psíquico" (52)[2] del infante, lo anterior permite hacer a un lado la biologización del desarrollo



de la psique, dándole un lugar a los modelos que da el cuerpo para ese desarrollo psíquico. El pictograma es la inscripción primerísima e inconsciente en la psique del infante.

En el *Proyecto de psicología* [3] el complejo del prójimo, cuando un objeto percibido es parecido al sujeto que percibe o sea el infante advierte a su madre, un objeto como éste dice Freud, S. (1895 [1950]), “es simultáneamente el primer objeto-satisfacción y el primer objeto hostil, así como el único poder auxiliador. Sobre el prójimo aprende el ser humano a discernir” (376). Estos rasgos son totalmente nuevos, en cambio otras partes del cuerpo sí coinciden con percepciones del propio cuerpo como las manos, los pies. El prójimo remite por una parte a una cosa del mundo y por otra a un recuerdo de la percepción del propio cuerpo, un primer juicio de diferencia y similitud al mismo tiempo. Desde otra óptica metodológica, coincide Rene Spitz [4], hace la observación de cómo la mirada del bebé al estar mamando, está dirigida a los ojos de la madre con gran atención.

En otros procesos, por medio de la identificación primaria [5] directa e inmediata, el bebé se apropia del otro o los otros y constituye su Yo.

El Yo, más bien el aparato psíquico, no es una estructura constituida sino por constituirse desde las pulsiones futuras buscadoras de objetos partiendo del ello, volviendo en un momento más adelante al Yo de placer puro, un Yo en inicio narcisista y autoerótico. En estos momentos el Yo es indiferenciado primero del Ello y después del mundo exterior en especial de la madre, el infante se satisface primero en su propio cuerpo indiferenciado del mundo exterior, el infante y el pecho nutricio son uno y el mismo objeto parcial, él es su propio objeto satisfactor, con la ilusión de alimentarse asimismo y se recrea en el chupeteo de la zona oral y recibe la leche por esa unión con el pecho, el mismo. Sus límites no están marcados, no hay una identidad, hay difusión de las fronteras, todo es una unión, no una unidad, esta no existe todavía.

Freud, S. [6] señala que el narcisismo primario dura poco tiempo, la ausencia del pecho y por lo tanto de la madre, el hambre aparejada a esto y el deseo de satisfacción van propiciando el sentido de soledad y desvalimiento y la urgencia de la llegada del otro salvador, por su acción específica.

Winnicott, D. [7] señala que estas ausencias y vivencias de satisfacción van formando las huellas mnémicas, los inicios de la mente y la posibilidad de recordar la vivencia de satisfacción por la alucinación reconfortante pero efímera. La alucinación retrasa la pena del

hambre pero no la alivia, será inminente la llegada de la leche y el deseo del objeto externo para calmar la necesidad y sacar al infante de esa condición, convirtiéndolo paulatinamente en bebé con los esbozos de su Yo y los albores de la diferenciación con el mundo a su alrededor.

En todos estos movimientos de la pulsión, desde la libido en su investidura de objeto y después en la vuelta hacia el sujeto, se muestra la tendencia del aparato psíquico a la unión, a la organización, a la síntesis, siempre incompleta, imperfecta, pero puesta en juego permanentemente durante toda la vida; se inicia con las pequeñas ligas entre los estadios por los que pasa la libido hasta las funciones más complejas de los pensamientos y los actos.

En la construcción del Yo se atraviesan y entrelazan dos aspectos poco claros de esa edificación, el Yo ideal, asemejado al Yo de placer puro, una especie de Yo primitivo que todo lo puede cuando el infante, a decir de Freud, S. [6], *his Majesty the baby*, donde se proyecta el narcisismo de los padres para hacerlo objeto de su deseo y esperanza, convirtiéndolo en ellos mismos, de tal manera puesto en el centro del universo, en el objeto más narcisista en el devenir de su formación. Ese Yo todo lo puede, está ligado al Ello omnipotente de donde fluye toda la fuerza interior vertida poco a poco en los objetos, haciéndolo objeto de los padres, del Ello y de sí mismo, y en ese tiempo el inicio de una objetivación y de una individuación.

Aquí surge una duda y otro momento del proceso de formación del Yo, el Ideal del Yo, el precursor de la conciencia moral, la censura y el Superyó, estableciéndose por la identificación con el padre del mismo sexo y en parte con el del sexo contrario, es la instancia que permite ser como el progenitor del mismo sexo y al mismo tiempo prohíbe cuestiones exclusivas de la relación íntima de los padres, la sexualidad entre estos. Puedes ser como tu padre o tu madre según el caso, pero no puedes hacer algo exclusivo de él o ella. Esta instancia psíquica forma parte esencial en la diferenciación de las otras formaciones psíquicas y las diferentes creaciones de síntesis y organizaciones separadas, a veces en conflicto o en armonía según los momentos de las funciones del aparato psíquico.

Casi todo, para no ser terminante, del interjuego entre el infante-bebé y su madre será inconsciente para ambos. Primero, el deseo materno irrumpe en el bebé con todo su atropello, con sus contenidos sexuales y la omnipotencia de la madre al nombrar todas las cosas del mundo y modular las respuestas del bebé, dar las pautas para pensar y sentir, poner en práctica lo llamado por W. Bion [8] función de reverie o de metabolizar y aplacar las furias de

las frustraciones del bebé, de una manera no vengativa, mostrándole que no es malvado y sus fantasías de devorar al objeto-pecho no dañan y puede beneficiarse de éste.

Freud, S. [9] señala que observando a uno de sus nietos de 18 meses de edad, pudo entender en uno de sus juegos como el bebé elaboraba la ausencia de su madre; arrojaba un carretel fuera de la cuna y hacía una expresión Fort, interpretado como ésta se fue o no, para después jalarlo con el cordel y al verlo aparecer exclamar Da con cierta alegría, interpretado este otro momento como “apareció”. Era un juego reiterativo que para Freud representaba el control ejercido por el bebé sobre la ausencia y regreso de la madre. Freud nos relata una observación complementaria con el mismo bebé; dice “Un día que la madre había estado ausente muchas horas, fue saludada a su regreso con esta comunicación “¡Bebé o-o-o-o!” (15)[9]; primero esto resultó incomprensible, pero pronto se pudo comprobar que durante esa larga soledad el niño había encontrado un medio para hacerse desaparecer a sí mismo. Descubrió su imagen en el espejo del vestuario, que llegaba hasta el piso, y luego movía el cuerpo de manera tal que la imagen del espejo se iba.

Todo sujeto está en busca de su primer objeto de deseo y satisfacción sin encontrarlo. Eso lo impulsa a una búsqueda reiterada, a la creatividad, al querer llenar el hueco o el vacío dejado por el objeto perdido. Cuando se pierde un objeto el Yo pone en marcha el proceso de identificación, por medio del cual el Yo adquiere cualidades del objeto perdido, enriqueciendo sus objetos internos y por lo tanto a su Yo. Las estructuras psíquicas se refuerzan por medio de las identificaciones desde las primarias hasta las últimas de la existencia.

Todo tiempo pasado fue mejor, no es una máxima hueca de adultos o de viejos al final de la vida, es una sensación, una vivencia continua desde los inicios de la vida. Las primeras satisfacciones y el primer objeto de amor nunca se recuperan, ahí estará la primera falta, impulsadora a la búsqueda constante y a nuevos proyectos. Antes de sufrir los efectos de la amenaza de castración donde la posible pérdida del falo, remite a las pérdidas anteriores, la pérdida de la omnipotencia original, la del pecho nutricio y de la satisfacción oral, la de las heces cuando abandonan el cuerpo y se van por el retrete para no volver; estas son las más comunes, también se pierden familiares, amiguitos, compañeros de preescolar, lugares, juguetes.

Dice el dicho popular: “no hay amor como el primero por más que se busque”, nada lo puede sustituir, pero siempre se busca para subsanar la falta.

Para la teoría freudiana, las pulsiones son una dualidad, la libido o pulsión de vida y la pulsión de muerte. La segunda, Freud, S. [9] la cataloga como silenciosa, su efecto permanente no se da a notar, tratando de llevar al aparato psíquico al cero de energía, al nirvana, a lo inorgánico. Solo la podemos apreciar en algunas patologías mentales graves y en las manifestaciones de las enfermedades físicas y en la muerte de las personas.

La pulsión de muerte se descarga por medio del sistema óseo-muscular, llevando su fuerza hacia el exterior en la lucha con la naturaleza. Esta pulsión está presente necesariamente desde el nacimiento desfogándose a través de los movimientos gradualmente organizados conforme se obtiene la maduración. Tanto el movimiento como la maduración producen estructuras en el aparato psíquico y descargas cada vez más establecidas e intencionadas, a la par de los procesos del pensamiento y el lenguaje, este último es parte del movimiento y de la expresión del afecto.

Toda descarga produce placer al disminuir la tensión, de tal manera que uno de los impulsores del desarrollo psicomotor es el placer de controlar cada vez más los movimientos intencionados exploratorios del mundo circundante.

Así desde los inicios de la vida, el movimiento y el acto, tiene una función de formar organizaciones mentales y al mismo tiempo es producto de las estructuras psíquicas.

La psicomotricidad y el psicoanálisis tienen coincidencias interesantes de recordar, una importante en Francia de los años 30 a los 50 del siglo pasado fue la del encuentro entre Henri Wallon y Jacques Lacan en la vida cultural, académica y algo en lo político de la Segunda Guerra Mundial, cuando la ocupación nazi en París y en el movimiento Surrealista de las artes también en Francia. Wallon fue un activista en el Surrealismo y un miembro destacado de la resistencia francesa contra el nazismo, sus libros sobre el estudio de la psicología de los niños fueron y son básicos para el entendimiento de éstos.

La Dra. Élisabeth Roudinesco [10] escribe en su célebre Diccionario de psicoanálisis de los descubrimientos de Wallon en la observación de los niños y lo que J. Lacan tomó de esto: En 1931, el psicólogo Henri Wallon (1879 -1962) dio el nombre de “prueba del espejo” a una

experiencia en la cual el niño enfrentado a un espejo logaba progresivamente distinguir su propio cuerpo de la imagen reflejada en aquel. Según Wallon, esta operación dialéctica se realizaba gracias a una comprensión simbólica por el sujeto del espacio imaginario en el cual se forjaba su unidad. En la perspectiva de Wallon, la prueba del espejo especificaba el pasaje de lo especular a lo imaginario, y después de lo imaginario a lo simbólico.

En una conferencia dada en la Société psychanalytique de Paris (SPP) el 16 de junio de 1937, Lacan retomó la terminología de Wallon, H. transformando la prueba del espejo en un “estadio del espejo” [11].

En una especie de complementariedad de observaciones encontraron que el bebé hasta los tres meses no responde ante su imagen en el espejo, al siguiente mes el bebé observa la imagen como ajena a él, a los seis meses sonrío a su imagen y a la de sus padres. Al décimo mes el bebé extiende sus brazos hacia su imagen. Esta evolución fue reportada por R. Spitz [4] mostrándole mascarar a los bebés anotando algo similar a lo anteriormente observado por Wallon y Lacan.

El acto se constituye en el juego y al mismo tiempo éste se manifiesta como un acto en vivo, sucediéndose mutuamente y convirtiéndose en símbolo y por tanto en lenguaje con cualquier expresión y representación. Así se consuma lo escrito por Henry Wallon [12] en su libro *Del acto al pensamiento*.

Un nuevo enfoque del psicoanálisis clínico en la terapia de niños apunta hacia el juego del niño y el terapeuta, donde importa más cómo juegan ambos que cómo interpreta el juego el terapeuta, dándoles similitud a las técnicas psicoanalíticas de la psicomotricidad.

El niño, además de comunicar sus conflictos a través del juego, con su juego elabora conflictos psíquicos, como sucede en el sueño aunque de manera diferente a éste, ya que en el soñar se desconecta el aparato motor, permaneciendo las funciones psíquicas inconscientes y preconscious. En cambio el juego es movimiento, acción e imaginación consciente e inconsciente, o sea la organización psíquica es similar pero su forma de proceder es diferente, logrando la misma meta, la elaboración de la conflictiva psicológica.

Hablando de dos conceptos esenciales de la psicomotricidad, el esquema corporal y la imagen corporal, enlazamos nuevamente las dos disciplinas, ambas los estudian y los utilizan en los procedimientos terapéuticos.

F. Dolto [13] define el esquema corporal como un elemento distintivo de los seres humanos, se puede decir, es igual para todos sin depender de la época o el lugar donde se vive, en cambio la imagen del cuerpo es singular para cada individuo, influida por su familia de origen y las vivencias suscitadas en el devenir de su existencia, es eminentemente inconsciente y resume las experiencias emocionales del sujeto, es una especie de inscripción corporal de su vida.

El entrecruzamiento del esquema corporal con la imagen corporal permite al sujeto ponerse en comunicación con los otros, compartir las simpatías y las antipatías así como tener la capacidad de ponerse en lugar del otro para entenderlo tanto en la vida diaria como en el trabajo terapéutico. Lo anterior se puede asemejar al diálogo tónico emocional necesario para la relación madre-hijo y la relación paciente-terapeuta.

Dolto, F [13] señala que “el esquema corporal refiere al cuerpo actual en el espacio a la experiencia inmediata. Puede ser independiente del lenguaje, entendido como historia relacional del sujeto con los otros. El esquema corporal es inconsciente, preconscious y consciente. El esquema corporal es evolutivo en el tiempo y en el espacio. La imagen del cuerpo refiere el sujeto del deseo a su gozar, mediatizado por el lenguaje memorizado de la comunicación entre sujetos. Puede hacerse independiente del esquema corporal” (22).

Nasio, J. D. [14] La imagen corporal construida en la disposición del lenguaje con los otros, se constituye el enlace de la comunicación interhumana. Cuando se vive con un esquema corporal sin imagen del cuerpo, la existencia se torna silenciosa y solitaria como les sucede a los psicóticos o a los autistas. Solo la palabra que nombra puede ayudar a estos sujetos a reconocer su deseo y su presencia. Con lo anterior se puede entender la importancia del nombre propio que está enclavado en el narcisismo de cada quien. El fonema del nombre estructura desde lo pregenital arcaico las primeras huellas hasta las últimas del existir, aunadas a las experiencias de placer y displacer donde se guardan múltiples emociones mezcladas con memorias olfativas, auditivas, visuales, táctiles, cenestésicas.

La historia del cuerpo se ubica en la imagen corporal y ésta a su vez se encuentra en el Yo del sujeto, le da forma y podemos decir que es su núcleo. La historia del Yo se inicia con las primeras percepciones desde el nacimiento, todo lo significativo se inscribe como huellas libidinales en el cuerpo inconsciente, constituyendo la imagen del sí mismo, la que se forma durante toda la vida sin que lo advirtamos, según nos dice. En el mismo sentido se establecerá el sentimiento de estima propio de cada quien, donde se agregan las opiniones y las relaciones con los otros.

Una adecuada libidinización de la imagen del cuerpo le da coherencia a las estructuras, permitiéndole al sujeto incorporar los cambios sufridos con el transcurrir de la vida; cuando la imagen corporal no se ha conformado convenientemente se da origen a una gama amplia de patologías, desde las psicosis y el autismo pasando por los padecimientos psicósomáticos, las neurosis y las patologías limítrofes como los trastornos de la alimentación, las adicciones y las perversiones y se dificulta la aceptación de los cambios del cuerpo biológico en la adolescencia, en la edad madura y en la vejez con todas sus limitaciones.

Una función imprescindible de la imagen corporal es ser la imagen erótica donde se centra la percepción del placer y el displacer.

El niño, ya no el bebé, enfrenta comportamientos erotizados arcaicos inconscientes de los padres que erotizan al hijo. En este momento ya no siguen representando al Yo ideal masculino o femenino, ya que sus comportamientos arcaicos se anteponen a los de los adultos educadores.

Para el niño en vías de crecimiento es importante que el deseo incestuoso hacia los padres sea prohibido por éstos y lo tomen a su cargo como adultos para liberar al niño de esa responsabilidad, concediéndole la autonomía conveniente del deseo incestuoso.

Todo lo anterior son momentos y procesos claves en la estructuración y constitución del sujeto desde el anclaje en lo motor y psicomotor como eje en la libidinización y elevación del cuerpo y el sujeto con el propio nombre.

El período de latencia inicia de los seis a ocho años, sublimándose el interés en las diferencias de los sexos para surgir el interés o pulsión de saber, es el tiempo de los aprendizajes

escolares, la aceptación de normas y responsabilidades, de compartir y hacer equipo con los pares, formar los grupos de pertenencia y establecer amistades.

En la latencia, la psique y el cuerpo, desde lo simbólico, están conformados, en adelante por la influencia escolar y social el factor más importante para logros futuros.

El objeto de estudio del psicoanálisis y de la psicomotricidad es el mismo, el sujeto-objeto del deseo, abordado terapéuticamente con diferentes teorías y técnicas para lograr un fin similar.

## **BIBLIOGRAFIA**

- [1] FREUD, S. (1940 [1938]). Esquema del psicoanálisis. O.C. Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.
- [2] AULAGNIER, P. (1975). La Violencia de la Interpretación. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- [3] FREUD, S. (1985 [1950]). Proyecto de psicología. O.C. Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.
- [4] SPITZ, R. (1965). El primer año de vida del niño. México: Fondo de cultura económica, 1998.
- [5] FREUD, S. (1923 b). El yo y el ello. O. C. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu, 1979.
- [6] FREUD, S. (1914-1915). Introducción al narcisismo. O.C. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.
- [7] WINNICOTT, D. (1958). Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Paidós, 2012.
- [8] BION, W. (1962). Aprendiendo de la experiencia. Barcelona: Paidós, 1980.
- [9] FREUD, S. (1920). Más allá del principio del placer. O.C. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.
- [10] ROUDINESCO, E. y PLON, M. (1998). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 2000.
- [11] LACAN, J. (1963). Escritos 1. México: Siglo XXI, 1980.
- [12] WALLON, H. (1942). Del Acto al pensamiento. Buenos Aires: Lautaro, 1965.
- [13] DOLTO, F. (1984). La imagen inconsciente del cuerpo. Barcelona: Paidós, 1984.
- [14] NADIO, J. D. (2008). Mi cuerpo y sus imágenes. Buenos Aires: Paidós, 2008



## **LA ESCRITURA INFANTIL: UNA PUESTA EN ESCENA DE LAS REPRESENTACIONES DEL CUERPO ERÓGENO.**

LAURA URIBE DÍAZ\*

\* Licenciada en Psicología por parte de la Universidad Iberoamericana de León y Licenciada en Educación Preescolar. Cuenta con estudios en Psicoanálisis en el Centro de Estudios Psicoanalíticos Mexicano CEPSIMAC. Cursó la Maestría en Psicoterapia para Adolescentes en la Universidad Nacional Autónoma de México. Es Doctorante del Programa de Doctorado en Investigación Psicoanalítica, en el Colegio Internacional de Educación Superior, CIES. Realiza práctica clínica privada y labora en el sector educativo.

Recepción: 16 de marzo de 2016 / Aceptación 17 de mayo de 2016

### **RESUMEN**

Aprender a escribir es un acto en el que un niño -en periodo de latencia- accede a lo que la herencia cultural le ofrece, para lograr satisfacciones sexuales desviadas de su meta. Este ejercicio de escritura, le da al niño la posibilidad de marcar una superficie y representar lúdicamente, y desde un lugar distinto, a su cuerpo erógeno y sus fantasías edípicas: desde un lugar de pensamiento. A través de las dificultades en la adquisición de la escritura o sus problematizaciones, se pone en evidencia la relación particular del niño con el Otro y con las representaciones de su cuerpo erógeno; lo cual nos permite interpretar dichas dificultades como manifestaciones del inconsciente.

**PALABRAS CLAVE:** Cuerpo erógeno, Escritura infantil y Sublimación.

### **SUMMARY**

Learning to write is an act in which a child -in phallic phase- access to what the cultural heritage has to offer for him, to achieve sexual satisfaction deviated from its goal. This writing exercise possibilities the child to mark a surface and represent ludically - and from a different space- his erogenous body's representations and oedipal phantasies: from a thinking space. The particular relation of a child with the Other, and his/her body's erogenous representations, is shown through difficulties for writing acquisition or writing problematizations; this leads us to interpret those difficulties as inconscient's manifestations.

### **KEY WORDS**

Erogenous, Sublimation, Children's Writing.

## **RESUMÉ**

Apprendre à écrire est un acte dans lequel un enfant - en période de latence- accepte ce que l'héritage culturel lui offre, pour atteindre satisfactions sexuelles détournées de leur but. Cet exercice d'écriture, donne à l'enfant la possibilité de marquer une surface et représenter ludiquement, et à dans d'un endroit différent; son corps érogène et ses fantasmes œdipiens: dans un lieu de pensée. À travers à des difficultés dans l'acquisition de l'écriture ou des problématisations, se montrent la relation de l' enfant avec l'Autre, et avec les représentations de son corp érogène; ceci permet d'interpréter ces difficultés comme des manifestations de l'inconscient .

**MOTS CLÉS:** Corps érogène, Sublimation, L'écriture D'enfant

## **INTRODUCCION**

La escuela preescolar ha sido, desde hace años, un paso obligatorio (y en ocasiones obligante) en donde los niños viven gran parte de su infancia y momentos germinales: no es de menor importancia utilizar este campo para preguntarnos sobre el psiquismo y sus enigmas. Con base en mi experiencia clínica y trabajo en el ámbito educativo, me he percatado de la existencia de fenómenos psíquicos relacionados con el acceso a la lectura y escritura, de los cuales posiblemente el docente no se percate. A partir de estas experiencias me surge la pregunta sobre lo que se pone en juego en el psiquismo del niño cuando logra sus primeras escrituras en lápiz y papel, legibles para otro; y de qué manera estos trazos marcan un hito en sus representaciones psíquicas y subjetivación. En suma, ¿cuál es la relación de los mecanismos que subyacen a la escritura con las inhibiciones, dificultades o problemas en el aprendizaje de la escritura? En torno a estas preguntas realizo un acercamiento inicial al problema y Pommier [1], que trabaja este tema a profundidad, habla de haber poca investigación psicoanalítica al respecto. Para abordar el tema tomaré sus planteamientos y también los de Freud, Klein, Rodolfo, Aulagnier y Pommier.

Antes de iniciar recordemos a Freud con una cita sobre la comprensión del mundo infantil, que particularmente relaciono con las técnicas de enseñanza de la lecto-escritura en los ámbitos escolares:

Cuando los educadores se hayan familiarizado con los resultados del psicoanálisis hallarán más fácil reconciliarse con ciertas fases del desarrollo infantil(...)se abstendrán de intentar una sofocación violenta de esas mociones cuando se enteren de que tales intervenciones a menudo producen unos resultados no menos indeseados que la mala conducta que la educación teme dejar pasar en el niño (192) [2]

### **La intelectualidad y los caminos de la pulsión.**

Klein[3] habla sobre la necesidad de esclarecer y explicar a los niños sus dudas sobre la sexualidad y no desalentar sus preguntas; ya que corren el riesgo de abandonar su búsqueda del saber. Plantea que como consecuencia, la intelectualidad de los niños se puede mantener en la superficialidad, lo cual deriva en adultos con producciones científicas o profesionales superficiales y poco prácticas. Klein habla de cómo las capacidades intelectuales sobresalientes observadas en la vida inicial de un niño, son truncadas y se mantienen en “la media”, después de que el niño percibió que el adulto contesta a sus preguntas con cansancio, o no las contesta. El niño se conforma y entiende que no es adecuado preguntar, ni querer saber, renunciando a su deseo de saber.

Con relación al deseo de saber, Freud escribe sobre Leonardo Da Vinci y señala cómo los afectos de Leonardo “eran domeñados, sometidos a la pulsión de investigación” (69)[4]. Además, plantea que “el apetito de saber, no brota de manera espontánea, sino que está relacionado con algún evento importante en la vida del individuo y tiene que ver con la investigación sexual infantil” (73)[4].

Por otro lado, Freud nos habla de que “la actitud de la persona para la sublimación pulsional desempeña un gran papel, lo mismo que su capacidad para elevarse sobre la vida pulsional grosera, y el poder relativo de sus funciones intelectuales” (182)[5]. Por otra parte, Freud nos plantea que la sublimación “empieza ya en el periodo de latencia del niño, y en los casos favorables continúa toda la vida” (218)[6]. Agrega que del “crear humano sirve el cumplimiento de deseo, a la satisfacción sustitutiva de aquellos deseos reprimidos que desde los años de la niñez moran, insatisfechos, en el alma de cada quien. Entre éstas creaciones, cuyo nexos con un inconsciente inasible se conjeturó siempre, se cuentan el mito, la creación literaria y las artes plásticas” (219)[7]. Así que Freud y Klein relacionan a la sexualidad infantil con el deseo

de saber y la intelectualidad. En suma, Freud señala el papel de la sublimación en la creación literaria y el periodo de latencia; lo cual nos puede conducir a relacionar el aprendizaje del alfabeto en los niños, con ciertos procesos psíquicos de sublimación.

### **Zonas erógenas y la escritura**

“Más que enseñanza, es ayuda lo que el niño recibirá del medio educativo, porque, con su propio movimiento, impulsado por las fuerzas que lo animan, está interesado en el problema de la representación” (246)[1].

Freud [6] habló de las zonas erógenas y sus relaciones con el cuerpo, sin proponer linealidad o continuidad en el desarrollo libidinal de éstas; habló de predominancias, vivencias de satisfacción y que la erogenidad está localizada en todo el cuerpo. Aulagnier plantea que esas vivencias de satisfacción proporcionadas por el Otro y su deseo -o no deseo-, unifican o desintegran la representación del cuerpo (179)[8].

Rodulfo propone que la constitución del cuerpo del niño resulta de “diversas escenas de escritura en red, componiendo una secuencia de tiempos lógicos y cronológicos” (79)[9]. Añade que al “ponerse el niño a trazar rayas dispersas sobre una hoja, tan "elemental" como parece, es el desemboque de largos trabajos escritura cumplidos sobre otro terreno”(80)[9]. ¿Qué terreno? Diríamos que el terreno de la realidad psíquica y las representaciones del cuerpo.

Pommier, por su parte, plantea que los niños representan en sus dibujos a su cuerpo psíquico, su almacén mental y que sus dibujos están enmarcados por el deseo del Otro. Entonces los niños en sus dibujos del cuerpo humano, sólo trazan las representaciones mentales de su cuerpo erógeno, de ahí la particularidad y asimetría de sus dibujos. Pommier plantea lo siguiente: “esbozar una representación de ese cuerpo psíquico es poner en escena una presencia que no existió nunca sino gracias al deseo” (199)[1]. ¿Dibujar sería un intento de unificar el cuerpo constitutivamente fragmentado? Rodulfo agrega que un niño al dibujar hace “de su dibujo como “un nuevo acto psíquico”” en que se vuelve a plantear el ligar su cuerpo, ligarse a su cuerpo, ligar su cuerpo a: todo eso junto” (86)[9] .

Ahora bien, el dibujo es ya un acto psíquico que deja ver cómo la represión opera en cierto grado. ¿Qué hay de la escritura? Pommier [1] señala que para escribir, es preciso reprimir, ya que no hay correspondencia entre los signos y las palabras que ellas evocan. Pommier se dio a la tarea de estudiar el nacimiento de la escritura alfabética y llegó a la conclusión de que las letras, inicialmente eran semejantes a las imágenes de las cosas que representaban; es decir, las formas de las letras eran dibujos similares a los animales y elementos de la naturaleza que representaban. Gradualmente las grafías se fueron estilizando, hasta desprenderse totalmente del objeto origen; hasta ser sólo un referente sonoro y visual, divorciado de la forma del objeto que lo originó. La humanidad requirió abandonar la imagen, para así dar predominancia al sonido y símbolo, que gracias a sus múltiples combinatorias, dan margen a vastas posibilidades de representación.

Por tanto, ¿qué fue lo que el niño logró, al mudar sus dibujos en letras? Quizá al abandonar los trazos de dibujos, realizó un recorte y un ejercicio de sustitución; que como ya lo mencionamos, puede estar relacionado con procesos de sublimación, puesto que ya no vive una experiencia de satisfacción corporal directa, sino de satisfacción al representar.

Por otro lado, aunque las formas de las letras ya están preestablecidas, cada sujeto las traza de manera única, definiendo un estilo propio. De ahí que cada quien reconozca en su forma de escribir su firma particular, sobre todo cuando se escribe el nombre propio. Pommier, plantea que: “el estilo aparece con la repetición, pero su generalización no procede tanto de un concepto que se trataría de figurar, como de la sublimación. La sublimación empuja hacia el estilo” (206)[1].

### **¿Qué hay de la fase fálica?**

El dominio de la escritura tiene valor de:

Prueba iniciática, en el sentido de una primera entrada en la sociedad exogámica de los hermanos. La disposición de la escritura supone una ruptura con el medio familiar: aunque sólo se sitúa ya en el marco del aprendizaje cuya mira última es el logro de la independencia material (246)[1].

Pommier señala que “el niño aprenderá a escribir sólo al final de su complejo de Edipo cuando está en condiciones de representarse sus etapas hasta el término en que el símbolo lo introduce en el uso de la escritura.” (246)[1]. ¿Qué relación guardan la resolución edípica y la escritura?.

Para responder esto, vayamos primero a Freud, que hace una analogía entre la creación literaria del poeta y el juego en el niño, señalando que la fantasía es el trasfondo del juego del niño y de la poesía del poeta. Señala que para que el quehacer de la fantasía tenga lugar, es necesario que haya deseos insatisfechos. Formula que los adultos fantasean, pero a diferencia de los niños, esconden sus fantasías de los otros como algo vergonzoso; y en cambio el niño “diferencia muy bien de la realidad su mundo del juego, a pesar de toda su investidura afectiva” (128) [10]. ¿Será que escribir también tiene componentes lúdicos? ¿Deberíamos buscar ya en el niño las primeras huellas del quehacer poético? Freud señala:

Todo niño que juega se comporta como un poeta, pues se crea un mundo propio, o mejor dicho inserta las cosas de su mundo en un nuevo orden que le agrada. Además, sería injusto suponer que no toma en serio este mundo; al contrario toma muy en serio su juego, emplea en él grandes montos de afecto (127)[10].

La iniciación en la escritura podría ser entonces la manera en la que un niño -en periodo de latencia- accede a lo que la herencia cultural le ofrece, para lograr satisfacciones sexuales desviadas de su meta. Este ejercicio le da la posibilidad de marcar una superficie, y representar lúdicamente y desde un lugar distinto a su cuerpo erógeno y sus fantasías edípicas: desde un lugar de pensamiento. Asimismo, es probable que para el niño escribir sea un acto por medio del cual dona algo de sí a un interlocutor, a Otro. Ya no es pues el don del periodo anal, es otro tipo de don. O en su caso, la inhibición o velamiento de tal don.

Por tanto, si la escritura fuera un don del niño hacia Otro, el problema del niño que se inhibe en su escritura, o que muestra dificultades para aprender a escribir, pudiera ser interpretado de un modo distinto; y como tal, pudiera ser escuchado e intervenido de manera diferente.

### **Problemas clínicos y la escritura.**

Pommier propone una serie de viñetas clínicas que dejan ver cómo deformaciones en la escritura, se muestran como manifestaciones del inconsciente. Una de ellas es el caso de

Marie, una niña que es llevada a consulta por violencia en sus pesadillas e insomnios. Durante el trabajo con la niña, el analista (Pommier) descubre que su insomnio está relacionado con temor a ser mirada por los monstruos, que ella no ve. Situación que le impide dormirse sin luz “como si la oscuridad misma fuera el monstruo en el que su cuerpo correría peligro de diluirse” (269)[1]. En el transcurso del tratamiento, el analista se da cuenta también de que Marie no puede escribir; aunque es capaz de formar todas las letras del abecedario sin invertirlas y puede copiar palabras e incluso memorizarlas, no puede escribir espontáneamente. Además, nota que cuando Marie escribe las vocales, les agrega puntos y pequeños círculos (sobre todo a la i). Sobre este tema, la paciente asocia que “son ojos que la miran” y el analista hipotetiza que los círculos en las letras son “como si fueran ojos, como si les agregara mirada a las vocales, ¿no fija así en un punto la omnipresencia de lo que le aterroriza? Habrá señalado de este modo la lengua la fuente de su terror” (269)[1]. En la medida en la que Pommier analizó con Marie lo implícito en el temor a la oscuridad, los círculos de las letras comenzaron a desaparecer; y en cuestión de una semana, Marie comenzó a leer y escribir.

Algo relacionado plantea Freud sobre algunas inhibiciones:

Cuando se padece de inhibiciones neuróticas para tocar el piano, escribir o aun caminar, el análisis nos muestra que la razón de ello es una erotización hiperintensa de los órganos requeridos para esas funciones: los dedos de la mano, o los pies. Hemos obtenido esta intelección, de validez universal: la función yoica de un órgano se deteriora cuando aumenta su erogenidad, su significación sexual (85) [11].

En suma, Freud plantea lo siguiente:

El acto de escribir, que consiste en hacer fluir algo líquido de un tubo sobre un papel blanco, ha cobrado la significación simbólica del coito, o si la marcha se ha convertido sustituto simbólico de pisar el vientre de la Madre Tierra, ambas acciones, la de escribir y la de caminar, se omitirán porque sería como si de hecho se ejecutase la acción sexual prohibida. El yo renuncia a estas funciones que le competen a fin de no haberse precisado a emprender una nueva represión, a fin de evitar un conflicto con ello (85)[11].

Por su parte, Klein ilustra con viñetas, cómo los niños, a través de los símbolos numéricos y alfabéticos, proyectan sus fantasías sobre el pene, las diferencias anatómicas, el coito, proyectan en el cero la vagina, etc. En los escritos de Klein encontramos una clara relación de la escritura y sus herramientas, con la sexualidad. Klein comenta lo siguiente sobre Felix, uno de sus pacientes:

El significado materno de tarima y también de pupitre o escritorio, y pizarra y todo objeto en el cual se puede escribir, y además el significado del pene de la lapicera, el lápiz y la tiza, y todo objeto con que se puede escribir, surgió tan claramente en éste y otros análisis y se confirmaba con tanta frecuencia que lo consideró típico (72 nota 3)[12].

Asimismo, encontramos en Klein -con peculiar claridad expositiva- cómo la escritura en los niños son medios de expresiones sintomáticas de la sexualidad infantil. Por ejemplo, en el relato sobre Fritz, que ilustra el valor sintomático de la "r" que es omitida al escribir:

Así, en lugar de la "rr" siempre escribía una sola "r", hasta que una fantasía dio la explicación y solución de esta inhibición. Una "r" era él mismo y la otra su padre. Debían embarcarse juntos en una lancha a motor, o sea la pluma, en un lago que era el cuaderno. La "r", que le presentaba a él mismo, se embarcó en la lancha que le pertenecía a la otra "r" y, rápidamente, se fue navegando por el lago. Por esta razón no escribía las dos "rr" juntas. El empleo frecuente de la "r" minúscula, en lugar de la mayúscula, fue determinado por el hecho de que la parte de la "r" mayúscula, que suprimía, era para él "como si le quitara la nariz a alguien". Resultaron ser los deseos de castración contra su padre, los que originaron este error de ortografía, el cual desapareció después de esta interpretación (77)[12].

En el siguiente relato sobre Ernest, Klein nos ilustra cómo el paciente de Klein le confiere valor fálico a la "i": "Ernest, de 6 años, demostró una marcada aversión a sus estudios. Me habló de la letra "i" que estaban aprendiendo y que tenía dificultades para él" (77) [12]. El niño se quejaba de que:



Al escribir, siempre debe hacer palotes hacia arriba y hacia abajo, en aritmética dibujar banquitos y, en fin, que debía escribir según el deseo del maestro que lo contemplaba. Después de dar esta información, demostró marcada agresividad; quitó los cojines del diván, arrojándolos al otro extremo del cuarto. Empezó a hojear un libro y me mostró "un palco de I". "Un palco" era algo "dentro del cual uno estaba sólo"; la I "mayúscula está sola dentro y alrededor hay solamente letrecitas negras que le recuerdan las heces. La "i" mayúscula es el popochen (pene) grande que quiere estar solo dentro de mamá y que él no tiene y, por lo tanto, debe quitárselo a su papá (77)[12].

Es curioso cómo para cuando Ernest escribe se pone en juego las representaciones mentales de su cuerpo y las proyecciones de fantasías sobre su madre y padre. Vemos cómo en estos relatos, las fantasías problematizan la escritura de letras, y nos dejan ver la clara relación del trazo del alfabeto con el cuerpo erógeno. Asimismo, la escritura y sus vicisitudes nos muestran valiosas manifestaciones del inconsciente. O, ¿quién no se ha sorprendido a sí mismo escribiendo una cosa, en lugar de otra, que en el fondo no se tenía la voluntad de representar?

## **CONCLUSIONES**

Cabe señalar, que no es tan importante que un niño ya escriba o no, a una determinada edad; sino la manera en la que lo hace. Así como la relación que guarda con sus creaciones literarias; es decir, el texto discursivo que el niño asocia sobre su escribir. Por tanto, es necesario que el docente y/o padres de familia, otorguen al niño un lugar de escucha y acompañamiento cuando muestra dificultades en la escritura. Así, en los escenarios escolares, se podría seguir trabajando en una "reconciliación con el desarrollo infantil" (192)[2], como lo plantea Freud; promoviendo que el docente, se abstenga de "sofocaciones violentas"(192)[2] (como planas y automatizaciones), cuando de enseñar a leer y escribir se trata: mejor dicho, cuando de acompañar al niño en su escribir y andar se trata.

## **BIBLIOGRAFIA**

- [1] POMMIER, G (1993). Nacimiento y Renacimiento de la Escritura. Buenos Aires: Nueva Visión, 1993.
- [2] FREUD, S. (1919). Nuevos Caminos de la Terapia Psicoanalítica. O.C. Tomo XVII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

- [3] KLEIN, M. (1921). El desarrollo de un niño. La influencia del esclarecimiento sexual y la disminución de la autoridad sobre el desarrollo intelectual de los niños. Tomo I. Barcelona: Paidós, 2008.
- [4] FREUD, S. (1910). Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci. O.C. Tomo XI. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- [5] FREUD, S. (1938). Esquema de psicoanálisis. O.C. Tomo XXIII Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- [6] FREUD, S. (1905). Tres ensayos sobre teorías sexuales. O.C. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- [7] FREUD, S. (1924). Breve informe sobre psicoanálisis. O.C. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- [8] AUGLAGNIER, P. (1975). La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado. Buenos Aires: Amorrortu, 2010
- [9] RODULFO, R. (2008). Dibujos Fuera de Papel. Buenos Aires: Paidós.
- [10] FREUD, S. (1907). El creador literario y el fantaseo. O.C. Tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- [11] FREUD, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. O.C. Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- [12] KLEIN, M (1923). El papel de la escuela en el desarrollo libidinal del niño. Tomo I. Barcelona: Paidós Ibérica. 2009.

**PATEANDO LA LATA. UNA APROXIMACIÓN A LA TEORÍA DE LA AGRESIÓN WINNICOTTIANA.**  
CONCEPCIÓN RABADAN FERNÁNDEZ\*

\* Licenciada en Psicología Clínica por la Universidad Anáhuac, Maestra y Doctora en Psicología Clínica por la Universidad Autónoma de México, UNAM. Premio otorgado: Medalla Gabino Barreda por la UNAM. Psicoanalista Titular del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, APM. Directora Académica en el Colegio Internacional de Educación Superior desde el año 1998. Experiencia docente desde el año 1977 a nivel de Licenciatura y posgrados en diferentes universidades particulares, como es APM y CiES. Investigadora en el Centro de Investigación y Documentación en Psicoterapia Psicoanalítica y Psicomotricidad del CiES. Coordinadora del Doctorado en Ciencias del Desarrollo Humano del CiES. Consulta particular desde el año 1978 a la fecha

Recepción: 17 de marzo de 2016 / Aceptación 17 de mayo de 2016

**RESUMEN**

Destaco dos movimientos del planteamiento winnicottiano en relación a la agresión: la oposición a lo que se interpone en el camino del desarrollo emocional, es decir, pateando la lata y en la teoría de la eliminación, que implica dos procesos: a) la primera parte de la paradoja sobre la primera posesión no-yo y luego la sobrevivencia del objeto a la destrucción, es decir, el papel de la agresión en la integración del yo, en la personalización y luego en la comprensión del mundo.

La agresión entre pateando la lata, lo que estorba, el placer muscular que esto implica y la posibilidad del objeto de sobrevivir a la fantasía de destrucción en el proceso de hallarlo. Dicho de otra manera el proceso de destrucción en el paso del objeto subjetivo al objeto objetivo transitando por el objeto transicional.

Winnicott plantea la agresión como previa y diferente al odio y a la ira; esta última ya implica la frustración. La agresión como fuerza de vida, implicando la movilidad primitiva, que hacia la inquietud dará lugar a la paradoja de la sobrevivencia del objeto por su destrucción. El valor de la oposición en el desarrollo emocional; la necesaria naturaleza destructiva del amor cruel primitivo. Esta concepción sobre la agresión para pensar la crianza de los bebés y sobre la innovación a la técnica psicoanalítica que propone Winnicott, es decir el marco terapéutico.

**PALABRAS CLAVE:** Agresión, Ira, Odio, Marco, Encuadre.

**SUMMARY**

In this texts two aspects of Winnicott's study of aggression are discussed. First, the opposition that stops the development of the emotional path, that is to say, kicking the can and in the theory of elimination that implies two processes: a) the first part of the first possession paradox related to the false self. Then comes how objects survive destruction, it means the role of aggression in the formation of the self, in the ego organization and then the understanding of the world.

The aggression that arises when a can is kicked, the thing that is obstructing the way; the pleasure a muscle experiments with this action and the possibility of the object to survive to the fantasy of destruction in the process of being found. In other words, it is the process of destruction in the transition of the subjective object to the objective object through the transitional object.

Winnicott suggests that the aggression is a previous behaviour and different to the hate and anger; that implies frustration. Aggression is seen as a life strength, implying a primitive movement, that towards the curiosity, it might become a paradox of the object survival because of its destruction. The value of the idea of opposition in the emotional development, the necessary destructive nature of the primitive cruel love. These ideas about aggression lead to think about the innovation to the psychoanalytical technique that Winnicott proposes, that is to say, the Framework. I suggest to relate the experience of *The Transitional Object*, 1950-55[5] to the concept of *Therapeutic Framework*, 1954 [9] and *Playing*, 1971 [17].

**KEY WORDS:** Aggression, Hate, Anger, Framework, Frame.

## **RÉSUMÉ**

Dans cet article, on étudie deux mouvements de l'approche winnicottien en rapport à l'agression : premier, l'opposition à ce que l'on trouve dans le chemin, c'est-à-dire, retarder le problème ; deuxième, la théorie de l'élimination qui inclut deux processus, a) la première partie de la paradoxe sur la première possession non-moi et b) la survie de l'objet à la destruction, dans d'autres mots, le rôle de l'agression dans l'intégration du moi, dans la personnalisation et, ensuite, dans la compréhension du monde.

L'agression de donner un coup de pied au problème (le retarder), ce qui encombre, le plaisir musculaire produit et la possibilité de l'objet de survivre au désir de destruction pendant le processus de le trouver. Dans d'autres termes, le processus de destruction pendant la transition de l'objet subjectif à l'objet objectif sans oublier l'objet transitionnel.

D'après Winnicott, l'agression est antérieure et différente à la haine et à la colère, car la colère entraîne la frustration. L'agression en tant que force de vie, la mobilité primitive incluse, conduira à la paradoxe de la survie de l'objet à travers sa destruction. La valeur de l'opposition dans le développement émotionnel ; la nature destructive de l'amour cruel primitif. Cette conception sur l'agression pour penser l'élevage des bébés et sur l'innovation à la technique psychanalytique que Winnicott propose, c'est-à-dire, le cadre thérapeutique.

**MOTS CLÉS :** Aggression, Colère, Haine, Cadre.

## INTRODUCCIÓN

En el año 1916 Winnicott comienza a estudiar la carrera de medicina en Cambridge; en 1920 se especializa en pediatría. Durante la Primera Guerra Mundial, en 1917, se une a la Marina como doctor hasta que la guerra termina; en ella pierde a todos sus contemporáneos [1]. Interesado en los sueños, un librero le recomienda la interpretación de los sueños de S. Freud que lee en 1919[1].

Entre 1923 y 1933 se analiza con James Strachey. Del año 1923 a 1963, es decir durante cuarenta años, trabaja como médico en el hospital de niños Paddington Green [2] al tiempo que atiende el consultorio los días miércoles evolucionando de pediatra a psiquiatra infantil [3].

Una de las influencias importantes en la formación de Winnicott como psicoanalista es Melanie Klein; mientras que para esta autora la agresión deforma la realidad, para Winnicott la agresión funda la realidad [4].

Winnicott destaca las siguientes experiencias que implican la agresión [5]:

- a) Desde la vida intrauterina, la agresión es fundamentalmente movilidad, contractibilidad,
- b) La forma primitiva de amor es cruel, desconsiderado; es sin intención, pero cabría la pregunta, ¿es agresivo para la madre?,
- c) Los impulsos agresivos no dan ninguna experiencia satisfactoria a menos que exista oposición, llevan consigo una sensación de realidad particularmente valorada,
- d) Las experiencias agresivas (más o menos de-fundidas) se perciben como reales, mucho más reales que las experiencias eróticas (igualmente de-fundidas),
- e) La fusión de la agresión con el componente erótico mejora la sensación de realidad de ésta [5].

## **1. LOS MODELOS.**

a) El modelo del desarrollo emocional primitivo.

Las primeras experiencias del desarrollo emocional son: la integración, la personalización y la comprensión. Esta última implica la apreciación del tiempo y del espacio así como otras propiedades de la realidad [6].

En la fase más temprana del desarrollo del yo, la agresión forma parte de la expresión primitiva del amor; un amor cruel o desconsiderado, sin la intención de destruir [5]. El amor desconsiderado del estado de no integración y dependencia [7] inicial irá favoreciendo el colocar el objeto fuera del self.

En ocasiones Winnicott utiliza self de manera no diferenciada de ego, yo o de psique. El self describe una sensación subjetiva de ser (of being). En el texto: *Preocupación maternal primaria* de 1956 [8] el self inicia su existencia (being) hasta que el infante comienza a separar el Yo del No-yo, durante el estadio de la inquietud o preocupación, equivalente a la posición depresiva de Melanie Klein. Es en el trabajo sobre Metapsicología en 1954 [9] y luego en el año 1960 en su trabajo *La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso* que lo distingue en verdadero y falso self [10] [11]. Por su parte el yo lo considera en el año 1956 como una suma de experiencias (404) [8].

Es importante la experiencia de relajación en el estado no integrado, durante la continuidad del “seguir siendo” (80)[12]. “En el infante, la relajación significa no sentir la necesidad de integrarse, mientras da por sentada la función del yo auxiliar de la madre” (80)[12]; entonces lo opuesto a la no integración es la relajación.

La integración de un niño que duerme y un niño que está despierto, “esta integración se presenta con el tiempo” (208)[6]. Al contar un sueño a un tercero la disociación favorece la integración; al contarlo se rompe la disociación de la alternancia sueño vigilia.

Cuando se habla de desintegración se está implicando alguna falla en el ambiente.

¿Qué otras experiencias favorecen la integración?

a. La identificación primaria de la madre con el bebé [13]. Los cuidados infantiles, protegido del frío, bañado, acunado, nombrado [6]. El sostén, la manipulación y las relaciones objetales.

- b. Las agudas experiencias instintivas que tienden a reunir la personalidad en un todo partiendo desde dentro, [6]

A veces se da por supuesto que, cuando está sano, el individuo está siempre integrado, así como que vive en su propio cuerpo, siendo capaz de sentir que el mundo es real. Sin embargo, hay muchos estados de salud mental que tienen una cualidad sintomática y se ven cargados con el miedo o la negación de la locura, de la posibilidad innata en todo ser humano de verse no integrado, despersonalizado, y de sentir que el mundo es irreal. La falta de sueño suficiente produce estos estados en cualquier persona (206)[6].

Winnicott señala que en la relación madre-bebé no menciona la palabra inconsciente ya que esta sólo se aplicaría a la madre, “Para el bebé, aún no existen un consciente ni un inconsciente en el área que deseo examinar” (119)[13].

Por otro lado considerando el tema de la despersonalización encontramos un ejemplo en la creación del amigo imaginario en la niñez, creación primitiva y mágica, la que “se emplea fácilmente a modo de defensa, ya que mágicamente deja a un lado todas las angustias asociadas con la incorporación, digestión, retención y expulsión (207)”,[6]. Es importante destacar que Winnicott considera que “la despersonalización es algo corriente en los adultos y los niños” (207)[6].

“La satisfacción instintiva, que debería ser siempre parcial, permite que se fusione cierto *quantum* de movilidad pero deja libre otro *quantum* de movilidad que para desarrollarse requiere cierto grado de oposición” (3) [4].

CUADRO. PRIMERAS EXPERIENCIAS DEL DESARROLLO EMOCIONAL.

| No integración/ integración  | Personalización/ despersonalización   | Comprensión/ irrealidad   |
|--|---|---|
| Dependencia absoluta   | Dependencia relativa  | Hacia la independencia  |
| Experiencias de integración<br>Sueño/ vigilia.<br>Experiencias no integración/relajación.<br>Amor cruel.<br>Agresión/oposición.<br>Objeto subjetivo.<br>Ilusión de crear el objeto.<br>Gesto espontáneo.<br>LA PATOLOGÍA: la desintegración. | Destrucción del objeto.<br>Relacionalidad del yo.<br>Experiencias de: despersonalización/personalización.<br>Ambiente interno.<br>Espacio potencial: fenómeno transicional.<br>PATOLOGÍA: de la escisión del yo, por ejemplo, la psicósomática. | Uso del objeto.<br>Espacio potencial: creatividad.<br>PATOLOGÍA: del espacio potencial. |

b) El modelo de La lección objetal.

El origen para pensar la agresión con su elemento de oposición y en el proceso destructivo de lo no-yo y del objeto, a la vez creador del objeto objetivo, puede rastrearse desde las normas de comportamiento en la situación fija a la que llama "lección objetal" (95)[14] que Winnicott inició a observar desde los inicios de su práctica en el Hospital Paddington Green. ¿En qué consiste la lección objetal?, en otorgar al pequeño el derecho de "completar una experiencia" (96-97)[14]. El bebé entre 5 y 18 meses de edad sostenido en el regazo por su madre al presentarle Winnicott el abatelenguas sobre la esquina de una mesa entre Winnicott y la madre con el bebé, observa tres fases [14]:

La primera: de incorporación; hay una experiencia de inquietud en el bebé, duda, hay conflicto. El cuerpo del bebé se observa quieto, pero no rígido.

Segunda: retención y prolongación de su personalidad. Toma el abatelenguas, está en su poder, lo introduce a su boca, lo dispone para fines de autoexpresión.



Tercera: abandono, se deshace de él. Aquí se deduce la capacidad de cada niño de tolerar las angustias que se derivan de las tendencias destructivas. Se da pie al fenómeno transicional.

El paso por las fases sirve de diagnóstico, es decir las experiencias de incorporar, retener, eliminar. Una niña presentó su ataque de asma en la primera fase.

Antes de experimentar inquietud, en la preinquietud el amor del bebé es cruel o desconsiderado.

## **2. PROPOSICIONES.**

a) La agresión como oposición.

El ambiente es parte del bebé. La impulsividad inicial, el amor cruel y la agresión que de ella se desarrolla es lo que hace que el bebé necesite no sólo un objeto que satisfaga sino un objeto externo [5]. La madre puede desadaptarse o no al ritmo que puede aprovechar su bebé [15].

No hay odio, no hay ira, sí la destrucción que implica la satisfacción del ello. “Todo niño debe ser capaz de verter tanta movilidad primitiva como le sea posible en las experiencias del ello” (285) [5]. Describe tres patrones en torno a la cuestión de la movilidad. El primer patrón lo explica como sigue: “Aquí cada una de las experiencias dentro del marco del narcisismo primario pone de relieve el hecho de que es en el centro donde el individuo nuevo se está desarrollando, y el contacto con el medio ambiente es una *experiencia del individuo* (al principio en su estado yo-ello no diferenciado)” (285)[5].

En el segundo patrón a los ataques del medio contra el feto o el bebé hay reacciones ante los ataques, replegamiento y movilidad solamente como reacción al ataque.

El tercer patrón es extremo ya que no hay descanso para la experiencia individual, entonces “el estado narcisista primario no logra crear un individuo. Entonces el <<individuo>> se desarrolla a modo de extensión de la cáscara más que del núcleo, y a modo de extensión del medio atacante. Lo que queda del núcleo se oculta y es difícil de encontrar incluso en el más profundo de los análisis. Entonces el individuo *existe por no ser encontrado*” (285-286)[5].

Entre la agresión como oposición y el amor cruel aparece la madre sosteniendo; dicho de otra manera es desde el sostén de la madre que la agresión encuentra lo que se opone. ¿Por qué es importante la oposición, que se experimenta predominantemente en la movilidad primitiva (285)[5]? Por la contención y de ahí la posibilidad de que se vaya estableciendo el objeto subjetivo -mundo interno-, el objeto intermedio y el objeto objetivo o el mundo de experiencias, compartido.

b) La ira.

El estudio de la ira conlleva la frustración, “que es inevitable en cierto grado en toda experiencia (279)[5]. La frustración favorece la siguiente dicotomía:

1. Impulsos agresivos inocentes hacia objetos frustrantes,
2. Impulsos agresivos dirigidos a objetos buenos que causan culpabilidad.

La frustración actúa a modo de seducción que aleja de la culpabilidad y alienta un mecanismo de defensa: la dirección por vías separadas del amor y del odio. Si esta escisión de objetos en buenos y malos tiene lugar, existe una relajación del sentimiento de culpabilidad; pero a cambio el amor pierde parte de su valioso componente agresivo y el odio se hace más disruptivo (279)[5].

c) La agresión en la teoría de la eliminación.

La eliminación de lo no-yo y su posesión y la destrucción en la fantasía del objeto que sostiene y gratifica; “el movimiento del niño (o sea, el erotismo muscular) y sobre lo que se interpone en su camino: a mi parecer, éste es el comienzo de la agresión. Si uno se ha de referir al odio, para eso falta mucho, y también para un episodio maníaco falta mucho, desde el momento en que a alguien simplemente se le ocurrió patear algo porque se le cruzaba en su camino y porque le gustaba patear. Tuve así un atisbo de una mejor comprensión de los orígenes de la agresión, al considerar estas dos maneras de llegar hasta sus comienzos en el individuo” (343)[15].

“Lo que estoy sugiriendo es que es esta impulsividad, y la agresión que de ella se desarrolla, lo que hace que el pequeño necesite un objeto externo y no meramente un objeto que le satisfaga, (293)[5].

“Los impulsos agresivos no dan ninguna experiencia satisfactoria a menos que exista oposición” (290)[5]. “Los pacientes nos dicen que las experiencias agresivas (más o menos de-fundidas) las perciben como reales, mucho más reales que las experiencias eróticas (igualmente de-fundidas). Ambas son reales, pero las primeras llevan consigo una sensación de realidad particularmente valorada. La fusión de la agresión con el componente erótico mejora la sensación de realidad de ésta” (290) [5].

## **CONCLUSIÓN.**

Winnicott se caracteriza por estudiar el desarrollo emocional primitivo. Después de proponer articular diferentes pláticas que Winnicott impartió sobre la agresión esperamos que la crianza de los bebés resulte de una mayor comprensión.

Por otra parte, la idea de agresión permite un acercamiento a la clínica con niños, con adultos neuróticos y no-psicótico o limítrofes. Para pensar el marco terapéutico es necesario conocer lo que implica la agresión. Entre los años 1955 y 1956 explica el marco como la suma de todos los detalles del control. El marco cobra mayor importancia que la interpretación o el énfasis se puede trasladar, según cada caso, de uno a otro, es decir del marco al encuadre o viceversa. El marco, durante el proceso regresivo terapéutico, es percibido poco a poco por el paciente “como algo que da pie a una esperanza de que el verdadero self pueda por fin correr los riesgos propios de empezar a experimentar la vida” (394)[16]. En el contexto de marco terapéutico es la sobrevivencia del analista lo que predomina, y la contención sobre la interpretación.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- [1] NEWMAN A. (1995). Non-compliance in Winnicott's words, Nueva York: New York University Press, 1995.
- [2] GEISSMANN, C. y P. (1992), Historia del psicoanálisis infantil. Madrid: Síntesis, 1992.
- [3] WINNICOTT, D. W. (1987). Introducción. En: El gesto espontáneo. Barcelona: Paidós, 1990.
- [4] PELENTO, M.L. Teoría de los objetos y proceso de curación en el pensamiento de Donald Winnicott. Revista Psicoanálisis: ayer y hoy. Nº 2, consultado en: <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/impnumero2/pelento-2-doc.htm>, consultado el día 1 de marzo del 2016.
- [5] WINNICOTT, D.W. (1950-1955). La agresión en relación con el desarrollo emocional. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa Libros, 2012.
- [6] WINNICOTT, D.W. (1945). El desarrollo emocional primitivo. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa Libros, 2012.
- [7] WINNICOTT, D.W. (1960). La teoría de la relación entre progenitores-infante. En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós, 2009

- [8] WINNICOTT, D.W. (1956). Preocupación maternal primaria. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa Libros, 2012.
- [9] WINNICOTT, D.W. (1954). Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa Libros, 2012.
- [10] WINNICOTT, D.W. (1960). La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso. En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós, 2009.
- [11] ABRAM, J. (1996). The language of Winnicott. A dictionary and guide to understanding his work. New Jersey: Jason Aronson Inc., 1997.
- [12] WINNICOTT, D.W. (1962), La integración del yo en el desarrollo del niño. En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós, 2009.
- [13] WINNICOTT, D.W. (1968). Comunicación del bebé con la madre y de la madre con el bebé: comparación y contraste. En: Los bebés y sus madres. México: Paidós, 1990.
- [14] WINNICOTT, D.W. (1941). La observación de niños en una situación fija. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa Libros, 2012.
- [15] WINNICOTT, D.W. (1967). Posfacio: W.W.W. sobre D.W.W. En: Exploraciones psicoanalíticas II. Barcelona: Espasa Libros, 2009.
- [16] WINNICOTT, D.W. 1955-1956. Variedades clínicas de la transferencia. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Espasa Libros, 2012.

## **DE LA SUPUESTA DISFUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA**

MARIÓN ESTÉVEZ LÓPEZ\*

\*Licenciatura en Ciencias de la Comunicación en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica y Doctorado en Clínica Psicoanalítica del Centro ELEIA Actividades Psicológicas. Entrenamiento como Psicoanalista de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, APM. Docente en: CiES Colegio Internacional de Educación Superior, La Salle Cuernavaca, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Fundación Mexicana para la Salud-Zacatecas, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales UNAM. Desarrollo Profesional: Psicoanalista dentro de la Clínica de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Psicoterapeuta dentro del Centro Ángeles para Trastornos de la Conducta Alimentaria Polanco. Psicoterapeuta de adolescentes y adultos en consultorio Privado. Conferencista de diversos aspectos sobre adicciones y adolescencia, en la escuela de padres de instituciones educativas a nivel primaria, secundaria y preparatoria. Investigadora en Centro de Estudios para Métodos Institucionales de Desarrollo CEMID. Psicoanalista en Consultorio Privado. Coordinadora de la Licenciatura en Psicología en CiES Colegio Internacional de Educación Superior

Recepción: 05 de abril de 2016 / Aceptación 09 de mayo de 2016

### **RESUMEN**

La idea de no estigmatizar a la familia como disfuncional -ya que su puesta en marcha no obedece a un ideal o a lo que debería ser sino a la patología, las pulsiones y los conflictos inherentes a la relación y convivencia entre sus integrantes-, resultante de la escucha analítica y plasmada en viñetas -de algunas familias mexicanas- cuya psicodinamia explica el funcionamiento -diría yo- "familiar".

**PALABRAS CLAVE:** Familia, Disfuncional, Patología, Sociedad, Psicodinamia.

### **ABSTRACT**

The idea not to stigmatize the family as dysfunctional -since their implementation does not obey an ideal or what it should be but the pathology, the drives and the conflicts inherent in the relationship and coexistence among its members-, resulting from analytical listening and captured in pictures -some mexican families- whose psychodynamics explains the operation -I would say- "family".

**KEYWORDS:** Family, Dysfunctional, Pathology, Society, Psychodynamics.

## **RÉSUMÉ**

L'idée de ne pas stigmatiser la famille comme dysfonctionnel -puisque sa mise en œuvre n'obéit pas à un idéal, ou à ce qu'elle devrait être, mais la pathologie, les pulsions et les conflits inhérents à la relation et la coexistence entre ses membres-, résultant de l'écoute analytique et capturée dans histoires -certaines familles mexicaines- dont psychodynamique explique le fonctionnement -je dirais- «familial».

**MOTS CLÉS:** Famille, Dysfonctionnel, Pathologie, Société, Psychodynamique.

## **INTRODUCCIÓN**

Se tiene la creencia de que la familia es el espacio donde reinan la felicidad, el bienestar, la unión y el amor; como un refugio donde sus miembros están a salvo de los peligros del mundo exterior [1].

Así mismo es el nido adonde se tejen complejas relaciones interpersonales entre diversas individualidades y temperamentos; lo cual no siempre conlleva la tranquilidad, la armonía o la felicidad; y depende del punto de vista con el que se le observe.

En ocasiones se describe como un grupo, otras veces se considera como una institución social, y también ha sido vista como una red relacional [...] es notorio que se privilegian ciertos puntos de partida en las disciplinas que la han estudiado [...]: la antropología se ha ocupado del parentesco, la sociología del grupo familiar y la demografía la estudia a partir de los hogares como unidades de residencia. Podríamos agregar que la psicología ha centrado la atención en las relaciones intrafamiliares, su impacto en el desarrollo psicológico y su relación con otras variables como la personalidad, la autoestima, diversos trastornos o el aprendizaje (12) [1].

El psicoanálisis -o psicología profunda- se avoca, entre otras cosas, a la suerte de conflictos, desacuerdos, diferencias de necesidades e intereses, y ejercicios de poder que muy a menudo se convierten en secretos, complicidades y/o negociaciones -que más

bien parecen chantajes o repartición de culpas- que de manera aviesa proporcionan la sensación de pertenencia al grupo, al clan, al abolengo; un remedo de la *Cosa Nostra*, cuya preservación y continuidad se garantiza por medio de un código de silencio: "el juramento de *omertà* que la mafia siciliana impuso a todos sus miembros implicaba el compromiso de no revelar a personas ajenas a la familia mafiosa ni un detalle sobre la misma y sus actividades" (47) [2].

La familia como actualmente se le conoce, es la versión civilizada de la otrora salvaje y bárbara [3]; en el sentido de que ya no se lleva a cabo la antropofagia de manera concreta sino simbólica y, en el mejor de los casos, tampoco el incesto y el parricidio; prácticas que cedieron su lugar a maneras más amigables de convivencia al mismo tiempo que delimitaban la adhesión a los diferentes tótems; lo cual terminó de establecerse con la institución del matrimonio: dos miembros de diferentes clanes se unían para crear el propio, darle descendencia y una herencia que va más allá de las posesiones materiales.

Desde el psicoanálisis, se ha criticado a la familia por la existencia de relaciones neuróticas, prohibiciones y presiones que dificultan el adecuado desarrollo de sus miembros, potenciando la dependencia y la sumisión de los hijos. [...], el psicoanálisis permitió avanzar en el conocimiento del lado oscuro de la familia, examinando los procesos conscientes e inconscientes mediante los cuales se forman los complejos familiares, tales como las neurosis y la interiorización de normatividades jerárquicas y de poder (20) [1].

*"Yo te di la vida y te la puedo quitar..."*

(Madre de Gabriela)

Si se desmitifica o desidealiza el arquetipo de lo que debe ser la familia y tratamos de verla como realmente es, la cualidad de disfuncional cedería paso a una acepción más justa, terrenal y humana de la familia, en la que convergen otros factores además de lo consanguíneo y el amor como la ambivalencia (amor condicionado), el narcisismo (intereses personales), la patología (neurosis, psicosis, melancolía, perversión, etc.), lo

transgeneracional (secretos, acuerdos, mitos, herencia) y el carácter (temperamento, pulsiones, defensas) de cada uno de sus integrantes.

La civilización aportó reglas indispensables para el sano funcionamiento de la familia: la prohibición del incesto y el parricidio no solo son útiles para diversificar la sangre de la prole sino porque sin saber que lo sabían cerraban la puerta a la locura que trae el coito con el padre del sexo opuesto y el asesinato del padre del mismo sexo. Instituyó la represión que nos eleva a seres humanos no sin ciertas reminiscencias salvajes y bárbaras latentes que suelen salir hasta en las mejores familias.

La territorialidad, la rivalidad, el canibalismo, el matriarcado y el patriarcado aunque han formado parte de la historia reciente de la humanidad conservan vestigios animales del otrora primate, que se manifiestan de manera socialmente aceptada, por ejemplo, a lo que llamamos "viborear" o "hacer pedacitos" a alguien sería -ya muy pasado por la represión- el equivalente a devorarla de los tiempos en que se llevaba a cabo la antropofagia, es decir, nos seguimos comiendo al otro pero sin la carnicería de por medio, lo cual ocurre con frecuencia en reuniones familiares como bodas, XV años, bautizos, Navidad, etc.

*"¡Mira tus labios! tan chiquitos... como los de tu papá... así nadie te va a querer..."*

(Madre de Andrea)

Si se toma en cuenta que *disfuncional*: "[...] Pertenciente o relativo a la disfunción [...] Alteración cuantitativa o cualitativa de una función orgánica [...] Desarreglo en el funcionamiento de algo, o en la función que le corresponde" (761)[4]; entonces tendremos que el término *familia disfuncional* -al cual se le asocia con relaciones tormentosas, violencia intrafamiliar, divorcio, "hijazos", pleitos legales, envidias, resentimientos, enconos, venganzas e incluso adicciones- parte de un supuesto desarreglo o alteración en el funcionamiento familiar que le corresponde pero ¿cuál sería éste?, el utópico de amor incondicional o el fáctico cotidiano del que dan cuenta los individuos a través del diván, mediante una asociación libre plagada de leyendas, historias y sucesos de



personajes vinculados consciente y, sobre todo, inconscientemente entorno a lo práctico, lindo y tierno así como a lo ilícito, secreto y abyecto.

Antes de la experiencia que proporciona el método psicoanalítico, la categoría "familia disfuncional" me transportaba a diferentes escenarios de la vida de los Pérez, familia de Andrea.

Feli -madre de Andrea, Regina y Grace- antes de juntarse con el señor Pérez procreó un hijo, con un individuo que los abandonó, que le presentó cuando ya no pudo ocultarlo más, motivo por el cual éste la trató como mujer de segunda durante los 27 años que vivieron juntos; Feli provenía de una familia de bajos recursos que habitaba en una vecindad, ella y un hermano alcohólico fueron los únicos sobrevivientes de once, razón por la que se quedó con el señor Pérez "pues tenía una familia grande" con seis hermanos vivos -y uno fenecido. Por su parte, el señor Pérez engendró un varón, por el que nunca vio, y se convirtió en médico a los 22 años, tras lo cual se mató en un accidente automovilístico. De dicha unión nacieron tres hijas, mismas que el señor no quería que nacieran; tiempo después les exigió a las tres que estudiaran medicina ya que "él siempre quiso estudiarla pero no pudo"; dejó de trabajar a los sesenta años y les exige que lo mantengan; Feli no las abortó empero las abandonó, igual que hizo con su primer hijo que dejó al cuidado de los abuelos; tuvo una fuerte rivalidad con las hijas mayores - Andrea y Regina- cuando llegaron a la adolescencia; éstas no estudiaron medicina sino otras disciplinas que concluyeron con el doctorado, mujeres que fueron criadas y educadas por un macho alfa, una abuela y una tía -hermana menor del señor Pérez-, que con la ayuda del psicoanálisis han superado la depresión y tienen parejas estables; en cambio a la hija menor -Grace- la consintió y sobre protegió al grado que no sólo no logró nada sino que obnubilada por la envidia hacia Andrea y Regina se victimiza sintiéndose poca cosa, les cobra factura parasitando y no remedia su situación ni entra a tratamiento argumentando que "los terapeutas con quienes ha estado le tienen envidia..."

Después de varios años de práctica clínica con pacientes abrumados por los usos y costumbres de su parentela, considero prudente replantear si el adjetivo disfuncional

realmente aplica para el concepto familia, toda vez que ésta no debería sujetarse a ideales culturales, morales o románticos sino a situaciones viscerales, personales, terrenales e inconscientes -inherentes a su psicodinamia- previamente existentes o que surgen con su formación y consiguiente devenir.

En otras palabras, el señor Pérez resentido con su madre porque prefería al hijo muerto, no se hizo cargo de su primogénito, tampoco deseó a sus hijas, lo que no le impidió exigir que estudiaran algo que él no pudo -su hijo de alguna manera captó la demanda, se graduó como médico y hasta ahí llegó. La señora Pérez soportó violencia con tal de pertenecer a una familia como la que le hubiera gustado tener "con varios hermanos"; la culpa por abandonar a su primer hijo la llevó a abandonar a las hijas, dejándoselas a un padre que en el fondo las detestaba. Andrea y Regina, hijas no deseadas -producto de resentimientos, chantajes y deudas- pagaron con depresión su estancia en este mundo, sin embargo, decidieron -con la ayuda de un tratamiento analítico- no repetir lo que les hicieron vivir.

Dado que la familia -*per se*- lleva implícito cierto tipo de funcionamiento, estamos ante uno que va más allá de lo funcional o disfuncional, uno sin igual -diría yo- de tipo "familiar", que evoca su esencia misma mas no lo que suponemos debería ser dicho funcionamiento, es decir, aquello que sucede hasta en las mejores familias.

A continuación más ejemplos de la familia a secas, en cuyo seno los conflictos interpersonales se dirimen sustancialmente bajo el primado de las pulsiones; dentro de un ambiente en el que imperan las reglas de su propio juego de inclusión, filiación, cariño, lealtad, enfermedad, confidencialidad y silencio; que además está inmersa en un contexto de modificaciones tanto económicas como ideológicas que "[...] han afectado su organización, alejándola del concepto de cómo debería ser esta cédula primaria en el desarrollo del individuo, entendiendo que esta expresión de 'debería', lleva implícito un concepto filosófico y axiológico en relación a lo que quisiéramos que fuera la estructura familiar en cuanto troquel que permita un desarrollo humanista entre sus miembros [...]" (XV) [5].

Fátima, hija menor de un matrimonio acaudalado y muy religioso, llegó a consulta porque quería dejar de quemarse los brazos con cigarro, para que sus padres nunca se enteraran; el padre comedor compulsivo tenía muchos negocios y frecuentemente no estaba en casa; la madre alcohólica participaba en diversos patronatos, iba a retiros internacionales ausentándose por semanas; Fátima y su hermana mayor se quedaban solas en casa, iban de antro, llegaban tarde y metían a los novios para pasar la noche, nadie se daba cuenta tampoco se hablaba del alcoholismo de la madre -que la impelía a encerrarse en su cuarto por las tardes pretextando dolor de cabeza o terminar debajo de la mesa "hecha bolita" como en la fiesta de graduación de su hija mayor-, era el secreto de familia para que no los viera mal la sociedad ni los castigara Dios.

Teté, segunda de cuatro hermanos, ella y su hermana fueron relegadas por la madre quien prefería a los varones, ambas crecieron con un profundo rencor hacia los hombres, la mayor sometió al hermano más pequeño al grado de manejar sus finanzas incluso ya casado; Teté, rencorosa y ambiciosa eligió "un buen partido" de nombre José -un joven estudiante de arquitectura con futuro prometedor, ansioso por formar su propia familia pues era huérfano de padre y su madre estaba muy limitada- del que se embarazó y dos meses después se casó; cuando el primogénito sacó cuentas no le cuadraban -a lo cual ella replicó que era sietemesino- mentira con la que vivió gran parte de su vida; después tuvo otro varón y finalmente una niña -a la que envidiaba porque José siempre le tuvo un cariño especial- que bombardeaba con la máxima: "los hombres no son de fiar", por lo que buscó un hombre con quien tener un hijo -idéntico a José- pero no para formar pareja; al hijo de en medio le inculcó odio hacia su padre al grado de estafarlo en repetidas ocasiones. Teté fue una madre muy presente en la vida de sus tres hijos, con lo que compensaba la ausencia de José por tanto trabajo, y les cobró con creces su sacrificio.

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad; el hombre, para poder satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, requiere siempre participar y moverse dentro de diferentes grupos en su vida diaria. Esto es, desde el nacimiento hasta la muerte,

invariablemente realizamos nuestras actividades dentro de conglomerados, como la familia, la vecindad, el equipo deportivo, el trabajo, la escuela, la ciudad, etcétera, ya que todas ellas requieren del complemento de la conducta de otros individuos. Es por medio de esa permanente interrelación como vamos obteniendo los satisfactores que nos permiten cubrir las amplias necesidades que todo ser humano tiene. De estos grupos resalta por su importancia la familia, considerada como el núcleo primario y fundamental para proveer a la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y, sobre todo, de los hijos, quienes por su carácter dependiente deben encontrar plena respuesta a sus carencias, como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo (1) [5].

La tragedia de los Escobar los marcó profundamente, pero quizá menos que el silencio en torno a lo ocurrido. Una mañana, como cualquier otra, Emilio echó a andar la camioneta, se le olvidó algo y fue a buscarlo dejándola en marcha, cuando regresó metió reversa sin percatarse de que su segunda hija andaba por ahí y la aplastó. Luego de las diligencias del Ministerio Público para levantar el cuerpo, hacer los interrogatorios pertinentes, solicitar el perdón a Patricia, madre de la niña, etc., ambos decidieron enterrar el suceso, la pérdida y el duelo junto con el cadáver; en casa nunca se volvió a hablar de ella, quitaron todas fotos... como si no hubiera existido de no ser porque el inconsciente -que guarda celosamente huellas mnémicas- se los recordaba con la melancolía propia de un duelo no elaborado, latente que se manifestaba día tras día hasta que los síntomas de sus otros hijos les hicieron pensar que algo no andaba bien y podría estar relacionado con ello.

Emilio tras un año de estar encerrado en su cuarto -"como muerto en vida"- salió para retomar sus actividades y entrar a tratamiento analítico; Patricia luego de vencer el odio hacia el asesino de su hija -que dicho sea de paso no deseó a ninguno de sus hijos salvo a la menor que concibieron con la intención inconsciente de reponer a la muerta-, sentirse muy cansada por la carga de trabajo y llorar sin razón aparente, también entró a análisis; la hija mayor se alejó de todos, se casó, tuvo un hijo, no hablaba de nada con la familia

y se negó a recibir ayuda especializada; Lucero, quien reemplazó a la difunta, sufrió enuresis desde pequeña hasta la adolescencia, motivo por el cual la mandaron a terapia; Felipe llegó de 15 años a consulta porque le encontraron una pistola en la escuela y fue expulsado, ambos padres estaban muy preocupados por ese incidente que relacionaron con lo que ellos percibían como falta de noción de peligro, porque sentían que era muy fantasioso y en cualquier momento podría poner en riesgo su vida; durante las entrevistas narraron el accidente y refirieron estar mal, Patricia dijo que "se ahogaba en un duelo no resuelto" y que no soportaría perder otro hijo.

En el transcurso de casi tres años de psicoterapia trabajamos sus "fantasías", que tenían alto contenido de realidad ya que la familia paterna de Sinaloa poseía "armas para cazar en el monte", con lo que se presume que el hijo no deseado inconscientemente provocaba situaciones de potencial peligro, emulando a la hermana mayor quien accidentalmente 'se metió entre las llantas de la camioneta' y pereció en casa, es decir, no tuvo que salir al monte a cazar; en ese sentido, Emilio pudo narrar parte de una historia en la que su propio padre, harto de gastos y responsabilidades, abandonó a su esposa y nueve hijos dejándolo a él al mando, recordaba que antes de eso iban de un lado a otro huyendo -debido a que su padre accidentalmente aplastó a unas personas que se metieron debajo de su camioneta para protegerse del deslave de un cerro cerca de la obra en que trabajaba- porque los familiares buscaban venganza.

La familia Escobar fue presa de la culpa transgeneracional, el silencio unánime y la muerte al acecho de cualquier "accidente"; sin saber que lo sabían acudieron al psicoanálisis para liberarse al recordar tratando de no repetir y reelaborar los actos, los pensamientos, las pulsiones y el dolor: ese dolor fundante de su familia, ocasionado -en gran parte- por el no deseo de Emilio de tener hijos -subrogados inconscientes de los hermanos que debió cuidar cuando papá los abandonó-; para esquivar una realidad amenazante (la del abuelo de Felipe), psicotizante; para no matar a otro hijo.

Cabe destacar que la familia mexicana, tendiente a guardar las formas, oculta lo que se vea mal -ya sea una adicción, un homicidio, abusos sexuales, etc.- para no ser criticada

o ignorada por su entorno; acalla los traumas y el sufrimiento que ello pueda causar; minimiza o niega los síntomas que presente su patología; y finalmente actúa su locura, una locura compartida con una sociedad hipócrita en la que pasa de todo pero no pasa nada.

Para apostillar lo hasta aquí vertido, me pronuncio por no etiquetar a *la familia* e intentar comprender que sus vicisitudes dependen de factores bio-psico-sociales, tan funcionales o disfuncionales como la naturaleza humana.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- [1] OUDHOF VAN BARNEVELD, H. y Cols. (2014). *Familia y crianza en México. Entre el cambio y la continuidad*. México: Fontamara.
- [2] DE LA CORTE IBAÑEZ, L. y Cols. (2010). *Crímen.org*. Barcelona: Ariel.
- [3] ENGELS, F. (2007). *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. México: Berbera Editores.
- [4] REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española* (21a. ed.). Madrid: Espasa.
- [5] SANCHEZ AZCONA, J. (2008). *Familia y sociedad*. México: Porrúa.

**ABORDAJE DE UNA EXPERIENCIA DE TRASPLANTE, DESDE LO SISTÉMICO.  
LÁZARO, RESIGNIFICANDO LA VIDA.**

PATRICIA IVONNE CASTAÑEDA PEÑA\*

\* Lic. en Psicología, Mtra. en Terapia Familiar, con especialidad en pareja. Adscrita al servicio de Medicina del Adolescente, inter consultante del servicio de Gastroenterología y nutrición, y parte del comité de trasplante hepático en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Recepción: 15 de marzo de 2016 / Aceptación 27 de abril de 2016

**RESUMEN.**

En este trabajo se aborda el caso de Lázaro, la experiencia de un paciente de 13 años, previamente sano, que, ante una hepatitis terminal, recibe un trasplante hepático, sin que lo supiera. Las reacciones de él y las creencias de su familia ante este hecho se revisan. Se utiliza un abordaje sistémico, basado en el modelo de Rolland para la enfermedad en el contexto familiar; el cual distingue tres dimensiones: 1. El tipo psicosocial de la enfermedad; 2. Las fases en la historia natural de la enfermedad y 3. Las variables claves del sistema familiar: que se divide en A) Historia transgeneracional de enfermedades, pérdidas y crisis; B) La enfermedad y el ciclo familiar; C) La enfermedad y el sistema de creencias. Se trabaja cómo la percepción subjetiva de cada acontecimiento a partir de creencias, va dando un significado a cada situación.

**PALABRAS CLAVE:** Abordaje sistémico, Modelo de Rolland, Trasplante, Familia, Significación.

## **ABSTRACT**

This research investigates the case of Lázaro (Lazarus): the experience of a 13 year old patient who was previously healthy, and when struck by a deadly terminal Hepatitis, he received a liver transplant while unconscious. The reactions of his family and himself towards this event are studied. We used a systemic approach based on the model of Rolland for sickness in a family environment, which takes into account three different dimensions: 1) The psico-social type of the disease; 2) the different phases in the natural development of the disease and 3) The key variables of the family system, which are divided in: A) The trans-generation history of family diseases, losses, and crisis. B) The disease and the family's vital cycle. And, C) The disease and the system of beliefs. We investigated how the subjective perception of each event, based on beliefs, gave a specific significance to every situation.

**KEY WORDS:** Systemic approach, Rolland's Model, Family, Trasplant, Significance.

## **RÉSUMÉ**

Dans cet article, le cas de Lazare est adressée, l'expérience d'un patient de 13 ans, auparavant en bonne santé, que d'une hépatite terminal, reçoivent une greffe du foie, à l'insu. Réactions de lui et les croyances de sa famille à ce fait sont examinées. une approche systémique, basée sur le modèle de Rolland pour la maladie dans le contexte familiere est utilisé; qui distingue trois dimensions: 1. Le type de maladie psychosociale; 2. Les étapes de l'histoire naturelle de la maladie et 3. Les variables clés du système de la famille: qui est divisé en A) Histoire transgénérationnelle de maladies, de la perte et de la crise; B) La maladie et le cycle de la famille; C) La maladie et le système de croyance. Nous avons étudié comment la perception subjective de chaque événement, basé sur des croyances, a donné une signification particulière à chaque situation.

**MOTS-CLÉS:** Approche systémique, Modèle de Rolland, Famille, Transplantation, Signification.



## **INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades son parte inherente del ser humano; el diagnóstico de una enfermedad terminal como en el presente caso, constituye un cambio radical en el paciente, en la familia y su entorno, ya que el tener un enfermo terminal trastorna la cotidianidad, sobre todo si hablamos de un adolescente [1].

Los cambios al interior de la familia están dados fundamentalmente por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo que requiere ser atendido, cuidado y medicado. El cambio en dicho entorno ocurre por la incorporación en él del equipo médico del hospital [1].

Rolland propone un método de valoración de la enfermedad y el sistema familiar donde divide las enfermedades por su inicio [2]. También aborda el significado de la enfermedad, ese algo que la caracteriza y esquematiza, dependiendo de lo que le signifique a la familia, se puede dar el rechazo del enfermo o la aceptación.

El modelo de Rolland [2,3] al abordar la enfermedad dentro del contexto familiar es relevante debido a que el trasplante es un tratamiento que requerirá cuidados de por vida. En este modelo se distinguen tres dimensiones a valorar: 1.El tipo psicosocial de la enfermedad: a) forma de comienzo: si fue repentino, o es una enfermedad crónica; b) curso: si el paciente mejora y recae muchas veces, o se enferma y sana o el padecimiento es súbito y mortal; c) resultado: si el paciente se recupera y retoma su vida cotidiana, o si necesitará cuidados de por vida y en el último caso una afección que lo llevará a la muerte; y d) grado de incapacidad del paciente, si esta enfermedad dejará algunas secuelas o limitaciones con que tendrá que vivir el paciente y las adaptaciones que la familia y él harán [2]; 2. Las fases en la historia natural de la enfermedad: a) la crisis inicial: es cuando la enfermedad se diagnostica, el impacto ante el padecimiento, ir comprendiendo la enfermedad y sus implicaciones; b) la fase crónica: se refiere a enfermedades que no se curan a lo largo del tiempo, que se controlan y las adaptaciones que se llevan a cabo en el núcleo familiar para vivir con esta persona enferma y el desgaste cotidiano que la enfermedad representa; y c) la fase terminal: cuando la

enfermedad ha minado al enfermo y se encuentra cerca de morir, las reacciones ante esta posibilidad; y la última dimensión 3. Variables clave del sistema familiar: a) historia transgeneracional de enfermedades, pérdidas y crisis; es decir, si la familia ha tenido experiencia con enfermedades, las reacciones de cuidado o abandono y lo que se dice sobre los enfermos en la historia de la familia, la manera de afrontar las pérdidas y las crisis de la vida; b) la enfermedad y el ciclo vital que cursa la familia al momento del diagnóstico; es el momento de desarrollo en que se encuentra la familia cuando se presenta la enfermedad, no es lo mismo que un hijo escolar enferme con un diagnóstico terminal, o que el padre adulto mayor, las implicaciones en organización estructural de la familia y emocionales son diferentes; y c) la enfermedad y el sistema de creencias respecto al padecimiento diagnosticado: es decir, la visión de la familia ante la enfermedad, por ejemplo no es lo mismo ser diagnosticado con diabetes que con VIH, la reacción y el estigma es diferente. Si una enfermedad es aceptable o no y de ahí las reacciones ante el enfermo.

Valoración e intervención del caso.

Lázaro es un paciente de 13 años, que llega al hospital muy grave por padecer hepatitis fulminante (mortal), un diagnóstico donde ya lo habían desahuciado, el equipo de cirujanos se acerca a la madre refiriendo que un trasplante hepático, es lo único que puede salvarle la vida al paciente. Debido a las pocas donaciones de órganos la empresa se mostraba difícil. Después de unas horas debatiéndose en la vida y la muerte, llega el órgano para Lázaro, él debido a su condición médica grave, no se encuentra consciente cuando se lleva a cabo este procedimiento y al despertar, se encuentra con la noticia de que ha recibido un hígado de un donador cadavérico (Persona con muerte encefálica global. Implicando el cese irreversible de las funciones neurológicas de hemisferios cerebrales y tronco del encéfalo) [4].

1. Dimensión de tipo psicosocial de la enfermedad según Rolland [2,3]:

El inicio de la enfermedad fue súbito, solo unos pocos días, con un curso rápido y progresivo, el pronóstico era fatal y los riesgos de la cirugía importantes, incluyendo la muerte, el tratamiento que se ofrecía era el trasplante, que no garantizaba ningún éxito, la madre en este momento se encuentra en una toma de decisiones rápida, con la angustia de ver morir a su hijo. Respecto a la información que los médicos le proporcionan a la progenitora, ella refiere: “yo solo oía que me hablaban, y casi no entendía lo que me decían, solo la palabra muerte que la decían mucho me hacía temblar... aunque tenía dudas, no podía decirlas, mi cabeza daba vueltas... ¿El trasplante?, no entendí muy bien lo que era, solo que lo iba a salvar... mijo estaba con tubos, dormido, no me contestaba y muy amarillito... solo estaba con mi hija, ella decía: si mamá, que lo salven.” (sic) En este primer momento la madre ante el impacto de la enfermedad de su hijo, la angustia de la muerte anunciada de éste, toma la decisión del trasplante. La madre vive sola con su hijo, en una humilde vecindad, su hija de 23 años que vive con su pareja en otro lado, es quién la acompaña. Los abuelos de Lázaro corrieron a la madre de su casa hace años, por tener múltiples parejas y no cooperar con dinero en la casa, no tenían comunicación con ella, por eso no estaban presentes.

2. Dimensión en la historia natural de la enfermedad [2,3].

En esta dimensión se habla de la fase de crisis inicial, es decir, el diagnóstico; la fase crónica, la evolución de la enfermedad por mucho tiempo y la fase terminal, cuando el paciente ya no tiene alternativas. En el presente caso del inicio de la crisis, es decir, de que Lázaro se empezó a sentir mal a la fase terminal, cuando lo desahucian fue en el lapso de una semana, la madre y Lázaro, apenas tuvieron tiempo para entender lo que pasaba, “yo no me imaginé que estuviera tan malo, yo creí que con dulces, la medicina y reposo iba a salir” (sic) madre; “me sentía re malo, no quería hacer nada, no tenía ni hambre, solo soñaba cosas... no me acuerdo qué, pero me daba miedo, sobre todo cuando mi mamá se iba a trabajar y estaba solo, me daba hartito miedo, de ponerme más malo...” (sic) Lázaro. Ante la posibilidad de muerte, Lázaro pensó: “cuando me sentía

muy malo, si me daba miedo estar más malo y que algo me pasara, pero mi mamá tenía que trabajar para las medicinas... y me daba coraje" (*sic*); la madre refiere: "cuando me dijo el doctor que mi hijo se iba a morir, yo quería salir corriendo... antes de Lázaro tuve un aborto, no se me logró mi bebé, y fue algo horrible, yo no quería volver a sentir eso, es como morirse uno también"(*sic*). La posibilidad de muerte ante la complicación de la enfermedad de Lázaro, se hizo presente en la madre, lo que la paralizó, la hija mayor fue un sostén ante esta crisis, para la madre. La madre agobiada por el hijo enfermo y que no mejoraba, así como sus salidas a trabajar que paradójicamente eran para cuidar un anciano enfermo durante la noche, iba incrementando la angustia y la culpa, ya que ofrecía afuera algo que su hijo necesitaba.

### 3. Dimensión: variables claves del sistema familiar [2,3]

#### A) Historia transgeneracional de enfermedades, pérdidas y crisis.

En esta familia, la madre ha tenido muchas pérdidas, por un lado el abandono de sus parejas ante cada embarazo; el ser echada de su casa como alguien inaceptable; un aborto no provocado, antes del embarazo de Lázaro. El matrimonio de su hija, que era quien cuidaba a Lázaro y la apoyaba.

La estancia hospitalaria pos-trasplante de Lázaro ocurre sin problemas aparentes, come, toma su medicación, cuando le pregunta el paciente a su madre ¿qué le hicieron?, le dice: "te operaron, cambiaron tu higadito", sin ahondar más, al parecer la madre no ha podido asimilar lo que pasó, pero parece que es "bueno" (*sic*), ya que su hijo llegó moribundo, y ahora está vivo; en esta fase no se dio intervención psicoterapéutica.

Un mes después de ser dado de alta recibo una interconsulta del servicio de cirugía de trasplantes, donde me envían a Lázaro, porque no come, todo el día se encuentra acostado, se observa triste, apático y no toma su medicamento inmunosupresor, situación mortal, ya que sin éste puede presentar un rechazo del órgano y morir.

Se presentan la diada madre-hijo a la entrevista, ambos se muestran serios, apenas contestan el saludo. Su ropa se ve limpia, pero con remiendos, y los zapatos sumamente gastados. Lázaro espera que se siente su madre y se sienta cerca de ella,

inmediatamente la madre pone su bolsa, su suéter y la chamarra de Lázaro en el asiento de lado poniendo distancia entre ellos.

Durante la entrevista, la madre inicia a hablar: “no me obedece, y es contestón, aunque le dejo la comida, no la come, ya no sé qué hacer con él, ya no quiero que los doctores me regañen” (*sic*), Lázaro levanta la cabeza, pero se mantiene en silencio, al preguntarle ¿qué está sucediendo? Lázaro se mantiene callado, y se anima a decir, “no es mi casa, no me gusta estar ahí” (*sic*). Llama la atención que la madre no miraba a su hijo y el hijo buscaba asirse de la mirada de la madre esquiva. Al preguntar sobre el lugar que refiere Lázaro, la madre explica: “tuve que pedir ayuda a mi papá y mis hermanos, ellos pagaron la cuenta y nos dieron un cuarto, para Lázaro”, la madre presenta enojo y frustración, ya que años atrás la habían echado de esa casa con su hija mayor, no era bien recibida, y Lázaro tampoco. Al preguntarle al adolescente cómo se lleva con su abuelo y sus tíos dice: “ni me hablan, solo van a buscar a mi mamá y me dicen que mi mamá no da dinero, y que gastan mucho en nosotros” y agrega: “mi mamá siempre está enojada, solo me grita, ya no me abraza, ni me platica” (*sic*) Lázaro.

La madre, a partir del alta del trasplante, ha empezado a mostrar datos de la enfermedad de parkinson en sus manos, y cuando se le pregunta ¿por qué no abraza a su hijo? ella refiere: “no sé, no puedo”. En una sesión individual con la madre refiere: “desde la operación, es como si mi hijo fuera otro, me da miedo, no puedo tocarlo” la madre rompe en llanto, “nadie de mi familia nos habla, bueno nomás para pedirme que dé dinero”

En sesión individual con Lázaro refiere: “no me gusta el trasplante, es como que te falta algo. En esa casa de mi abuelo me ven feo, nadie me habla, no me dejan salir del cuarto; ese que me da miedo”.

Esta diada madre-hijo, desde la perspectiva de la familia de origen no son bien recibidos, la soledad y el aislamiento que Lázaro padece por ser diferente; por tener un trasplante, lo pone triste, “veo mi herida, yo no sé ¿por qué me pasó esto? (*sic*) Lázaro. El rechazo de su madre es lo que más siente, ella no lo reconoce; Lázaro ha pensado en morir.

## B. La enfermedad y el ciclo vital

Lázaro recibe el trasplante a los 13 años, justo al inicio de la adolescencia, donde el cuerpo se vuelve un punto de atención importante, ahora tiene una herida enorme que le recuerda el trasplante que tanto detesta, se percibe como un ser incompleto, la autoimagen y la estima de sí han sufrido un cambio importante. No cuenta con nadie que lo apoye o ayude, se percibe a sí mismo como un fenómeno; y el medicamento inmunosupresor que ha dejado de tomar, ha sido una forma de olvidar que tiene un trasplante.

La madre, una mujer de 49 años, con datos de enfermedad de parkinson, diabetes y obesidad, ha tenido que regresar a la casa donde no es apreciada y solo recibe reclamos, ella lo vive como un retroceso, volver a ser la hija promiscua, desobediente y poco administrada. Es un sistema donde el rechazo y la muerte, lo matizan.

## C. La enfermedad y el sistema de creencias.

Lázaro es rebelde, corre a su madre de su cuarto, ha bajado de peso, esta irritable y triste, la madre se muestra desesperada, ya no sabe qué hacer con él, lo han tenido que internar por no tomar su inmunosupresión (es el medicamento que evita que se rechace el órgano trasplantado) llega en estado crítico con rechazo agudo del órgano recibido. Se ha pedido la presencia de la familia de origen de la madre; después de muchos intentos, se presenta una tía de Lázaro, que inicia su discurso acusando a la madre: “no limpia el cuarto, está lleno de ropa sucia, apesta ese lugar, hay comida podrida, ni porque uno le ayuda puede cuidar a su hijo; más no podemos hacer, nosotros la apoyamos”. La madre solo llora y Lázaro asiente a lo que dice su tía. Se decide junto con el equipo médico que trabajo social haga una visita domiciliaria.

En el reporte de trabajo social se refiere:

que es un cuarto en obra negra, con muebles viejos y desvencijados, hay una pequeña televisión con la que Lázaro se entretiene todo el día; la comida que la madre deja para Lázaro estaba en un plato y consistía en carne y verduras crudas, la hermana de Lázaro cuando llega a visitar, que

son pocas veces, ya que tampoco es bien recibida; le cocina lo que la madre le deja. En el cuarto no hay estufa. La mesa está llena de trastes sucios, las cobijas y sábanas están percutidas; los pisos y las paredes están también sucios. Hay una repisa frente a la cama de Lázaro en donde se encuentran cuatro urnas funerarias, arriba del televisor, una de la abuela materna y tres de hermanos de la madre.

Cuando se revisa este reporte se pide que acudan la tía y el abuelo de Lázaro, los cuales se mostraron renuentes, después de tres citas sin venir, accedieron. Cuando se indaga sobre la situación de Lázaro y su mamá el abuelo refiere: “mi hija nos habló para que la ayudáramos, siempre se mete en problemas... ...cuando yo vine a pagar lo de la operación del niño, me dijo la señorita que cobra, ¿fue trasplante de donador cadavérico, verdad?, yo le di el papel que me dieron y ella dijo ah, si... ahí fue que yo pensé, el niño tiene un pedazo de muerto dentro, por eso pensamos que ni iba vivir”. Al indagar sobre las urnas funerarias refirió el abuelo: “le pusimos a su abuelita y sus tíos pues para que lo acompañaran, da miedo verlo, yo todavía no me animo a mirarlo” (*sic*). Al explorar la familia adoptó el decir del abuelo, por lo que lo trataban como muerto en vida, nadie le hablaba, ni lo miraban, ni se preocupaba por él. La idea de cuidarlo que se había hecho la familia era, dejárselo a los familiares muertos, para que lo acompañaran.

La madre también ante el cuerpo de su hijo que previamente estaba lleno de vínculos y afecto, ahora no sabía cómo relacionarse con él, tenía miedo de tocarlo (parkinson), la comida cruda para un hijo que ya no reconocía, que ya no miraba ni alimentaba. Lázaro ante un rechazo constante, sintiéndose incompleto, extraño con el pedazo de muerto dentro que tenía, “viviendo” como muerto.

Se abordaron estas creencias con la familia extensa, pero sus concepciones sobre Lázaro, fueron difíciles de modificar. Cuando se buscó en la madre recursos para salir de esa casa, sus complicaciones de salud, ya no lo hacían posible. El parkinson se incrementó haciéndola poco hábil para su trabajo “cuidar enfermos”, así como sucedía con su hijo.

Se insistió en el trabajo con la familia extensa, se buscó una red de apoyo para poder sostener a esta madre y a su hijo. Sólo se logró que se responsabilizaran, de que no le faltara nada a Lázaro y su mamá. Con la madre se analizaron sus temores, y culpas, “esto nos pasó, porque yo fui mala con mis padres” (*sic*), y el rechazo a su hijo, el cual ha ido disminuyendo, aunque todavía no puede ser tan cariñosa y abrazarlo, pero ya lo mira, lo cuida, pueden platicar y tomarse las manos.

Lázaro tiene 20 años, ha ido poco a poco procesando la experiencia, ya no están las urnas funerarias en su cuarto; pero el discurso de “tiene un pedazo de muerto adentro”, es algo que permanece en su familia de origen con quienes todavía vive, él lo recuerda a veces, y desearía que no lo hubieran operado, porque todo cambió para él.

Pero por otro lado, ha aprendido a aceptar este cuerpo y ver el trasplante como una oportunidad de vida. Ha ido elaborando su proyecto de vida, ha ido pensando en lo que le gustaría hacer. Ha sido de mucha utilidad que se haya identificado con otro joven un poco mayor que él que también recibió un hígado de donador cadavérico y refiere “cuando vi a Juan, que ya se había casado, y ahora con su hijo, me dan ganas a mí también, de tener una novia...”

En esta aceptación que Lázaro ha ido haciendo, sucedió algo que pocas veces pasa en los trasplantados, y es que ya no necesita la inmunosupresión desde hace cuatro años, su cuerpo ha podido integrar ese hígado como propio.

## **CONCLUSIONES**

En este caso el rechazo, el miedo, el abandono y la muerte son ejes que matizaron la relación de éste joven con su medio ambiente, aunque la familia extensa no pudo vincularse afectivamente con Lázaro, si lo hicieron instrumentalmente (cuidados básicos).

La madre fue “recibida” por la familia, cuando volvió a ser la “hija que obedece”, con sus complicaciones de salud, ya no podía salir sola ni pelear, y fue cuando la familia la pudo volver a recibir, para recordarle lo mal que se ha portado con ellos y lo mucho que la han



apoyado, la madre esta medicada con antidepresivos, y no es constante en sus terapias. Respecto a su hijo refiere: “veo que miijo se esta logrando” (*sic*).

Lázaro, con un gran dolor y una pérdida inmensa del amor de la madre de la infancia, ha ido poco a poco reconstruyéndose. Un factor importante para esta reconstrucción, fueron sus pares trasplantados, los adolescentes como él, con los que se encontraba en sus consultas, los que le mostraron otra manera de ver esta situación. La reconstrucción de Lázaro, el aceptar su cuerpo trasplantado como un cuerpo vivo, donde le ganó la partida a la muerte; y romper con las creencias de sus cuidadores, lo llevó a resignificarse, a poderse encontrar egosintónico con su ser; logrando lo que pocos, no necesitar la inmunosupresión, tan necesaria para vivir, en los trasplantados.

Lázaro quiere salir de esa casa, está estudiando, tiene un buen promedio; y ha considerado el buscar algún trabajo y poderse mantener. Tiene relaciones significativas con sus amigos, pero hay temor para tener novia.

Respecto a su madre, el rechazo que ella recibió por parte de su familia es algo que duele todavía, pero ha optado por relacionarse afectivamente con su hijo, y no repetir esta historia de abandono con Lázaro, ya que también fue un hijo que rompió sin proponérselo la imagen y expectativas que su madre tenía en él .

## **BIBLIOGRAFIA**

[1] ROBLES DE FABRE, EUSTACE. J.R., FERNÁNDEZ DE C. (1987). El enfermo crónico y su familia. México. Ed. Nuevo Mar: 55-78.

[2] ROLLAND, J.S., (1987), Chronic Illness and the family life cycle: A conceptual framework. Family Process. 26, 203-221.

[3] ROLLAND, J.S., (1990), Anticipatory loss: A family systems developmental framework. Family Process 29: 229-244.

[4] CENATRA (2015), Procesos de donación. Fecha de consulta: Julio-2015 Disponible: [http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/donacion\\_procesos.html](http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/donacion_procesos.html)

## **IMPACTO SOCIAL DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA MUJER ADULTA**

**YARELI HERNÁNDEZ BARRAGÁN\***

\* Licenciada en Nutrición y Maestría en Nutrición Clínica por la Universidad Iberoamericana, Especialista en Obesidad y Comorbilidades, Nutrición Deportiva y Diabetes. Nutrióloga Especialista, Sanatorio Florencia. Es Doctorante del Programa de Doctorado en Ciencias del Desarrollo Humano, en el Colegio Internacional de Educación Superior, CIES.

Recepción: 31 de marzo de 2016 / Aceptación 17 de mayo de 2016

### **RESUMEN**

El incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, ha intensificado, a su vez el impacto en las consecuencias sociales que conlleva. En la sociedad, las personas con sobrepeso y obesidad son estigmatizadas y sufren de rechazo y discriminación debido a su peso. Son muchos los niveles en los que el sobrepeso y obesidad han afectado: laboral, educativo, deportivo, relaciones interpersonales, tanto de amistad como afectivas, medios de comunicación e incluso en áreas de salud, donde se encuentran opiniones sesgadas por el personal de la misma. Los estereotipos negativos incluyen la percepción de que las personas obesas son malas, flojas, menos competentes, descuidadas, socialmente aisladas, carentes de disciplina, motivación, y control personal. La evidencia indica que las actitudes negativas y los prejuicios se traducen en comportamientos discriminatorios contra las personas obesas. Así pues, El sobrepeso y obesidad, influyen en la calidad de vida. El objetivo del presente artículo es hacer una revisión del impacto social que ambos tienen en la mujer adulta.

**PALABRAS CLAVE:** Sobrepeso, Obesidad, Estigmatizada, Discriminación, Mujer,

## **ABSTRACT**

The increase on overweight and obesity's prevalence has intensified and at the same time the social consequences that it leads. In society, people with overweight and obesity are stigmatized, rejected and suffer discrimination because of their weight. Participation in daily life activities contribute to the individual and collective welfare and health. There are many areas in which overweight and obesity have affected: labor, educational, athletic, interpersonal relationships both friendship and affective, media and even health areas, where opinions are biased by the health staff. Negative stereotypes include the perception that obese people are bad, lazy, less competent, neglected, socially isolated, lacking discipline, motivation and personal control. The evidence indicates that negative attitudes and prejudices result in discriminatory behavior against obese people. So, overweight and obesity influence the quality of life. The aim of the present article is to do a review of social impact that both have on adult women.

**KEYWORDS:** Overweight, Obesity, Stigmatized, Discriminated, Woman.

## **RÉSUMÉ**

L'augmentation de la prévalence du surpoids et l'obésité a accentué l'impact des conséquences sociales que ça produit. Dans la société, les gens avec surpoids et obésité sont stigmatisés et subissent de rejet et discrimination à cause de son poids. La participation dans des activités de la vie quotidienne contribue au bien-être et la santé individuelle et collective. Les conséquences du surpoids et l'obésité se présentent dans des différents niveaux : le travail, l'éducation, le sport, les relations interpersonnelles (d'amitié ou affectives), les moyens de communication, et la santé même où on trouve des opinions obliques du personnel professionnel. Les stéréotypes négatifs incluent la perception que les gens obèses sont méchants, fainéants, négligents, sans discipline, sans motivation et sans maîtrise personnelle. L'évidence montre que les attitudes négatives et les préjugés évoluent dans des comportements discriminatoires contre les personnes obèses. C'est-à-dire, le surpoids et l'obésité ont des conséquences sur la qualité de vie. Cet article fait une révision de l'impact social que tous les deux ont sur une femme adulte. Mots clés : surpoids, obésité, stigmatisée, discrimination, femme.

**MOTS CLÉS:** Surpoids, Obésité, Stigmatisé, Discriminé, Femme.

## **INTRODUCCIÓN**

La tasa de obesidad y sobrepeso, se ha incrementado bruscamente en los últimos 20-30 años. Este aumento, ha alcanzado proporciones epidémicas, con alrededor de un billón de adultos estimados con sobrepeso y al menos 3 millones con obesidad en el mundo [1].

La epidemia de obesidad que se experimenta en México ha sido ampliamente documentada a través de las últimas encuestas nacionales [2]. En el año 2006, se reportó en adultos de 20 años o mayores la prevalencia de sobrepeso y obesidad con un 69.7%, lo que ubica a México como uno de los países con más prevalencia en la región de América y a nivel global, siendo así, el 71.3% (48.6 millones de personas) de los adultos mexicanos padece sobrepeso y obesidad [2]. Por grupo de edad, la obesidad es más frecuente en la cuarta y quinta décadas de la vida. La prevalencia de obesidad en este grupo es de 32.4% (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) y de sobrepeso 38.8% (IMC 25-29.9 kg/m<sup>2</sup>). En el sexo femenino, es de 37.5% y de sobrepeso de 35.5% [2].

Los individuos con obesidad, son un objetivo potencial para estereotipos negativos y prejuicios en múltiples contextos [3]. La participación en las ocupaciones de cada día contribuyen a la salud y bienestar. Sin embargo, la obesidad ha mostrado influir en la salud relacionada a la calidad de vida. Actividades diarias brindan oportunidades para interactuar con otros, adquirir habilidades y competencias, y encontrar un propósito en la vida.

Ocupaciones tales como movilidad, autocuidado, vida doméstica, interacción interpersonal, relaciones, trabajo, vida social y cívica influyen en el bienestar humano. [4].

La obesidad es estigmatizada y socialmente indeseable, por lo que tiene un alto impacto en las dimensiones en la calidad de vida [5]. Herman y Cols. en el año 2013 reportaron que las mujeres que se identifican a sí mismas como obesas reportan una calidad de vida más baja [6].

## **DESARROLLO**

La obesidad puede afectar la estabilidad personal por una disminución de características físicas y sociales; parte de la razón, es que la obesidad se relaciona con bajos niveles de felicidad, satisfacción de vida, efecto negativo en la autopercepción, que a su vez influyen en el estigma social asociado a esa condición [7]. La relación entre obesidad y bienestar emocional se encuentra llena de un contexto en el que ésta por sí sola es devaluada [7]. El nivel de estigma es una combinación de factores culturales y subculturales, la obesidad puede ser más estigmatizada cuando no es muy común y cuando lo es más, su efecto en el bienestar subjetivo es menor [7].

Existe evidencia de que la sociedad discrimina a la gente con obesidad, lo que puede ser perjudicial para el bienestar psicológico de individuos obesos [8]. Diversos estudios, han mostrado una relación inversa entre obesidad y clase social, y se observa de manera más fuerte en las mujeres [9]. Las mujeres obesas son propensas a abandonar la escuela a edades más tempranas, tienen menor probabilidad de casarse y tienen tasas más altas de pobreza en el hogar [8].

La estigmatización basada en el peso se ha documentado en áreas múltiples, que incluyen entornos de trabajo donde las personas obesas han sido tratadas mal por los mismos compañeros y empleados, les han sido negados empleos y ascensos; en centros educativos en los que estudiantes con obesidad han sido ridiculizados por sus compañeros, vistos negativamente por los educadores, e incluso despedidos de la universidad debido a su peso. En entornos sanitarios, donde los pacientes se enfrentan a prejuicios de los profesionales de la salud, particularmente de médicos y enfermeras. Estereotipos negativos incluyen percepciones tales como que la gente con obesidad es infeliz, menos competente, descuidada, floja, aislada socialmente, con falta de autodisciplina, motivación y control personal [10].

Brown en el año 1989 afirmó que la obesidad es una cuestión feminista porque la cultura en general permite mucho menos desviación de los ideales estéticos en la mujer en relación con los hombres, lo que implica que muchas más personas del sexo femenino que del masculino, terminen sintiéndose mal con sus cuerpos (normales y sanos), de manera tal que ellas, enfocan su energía a todo tipo de medidas correctivas, dietas restrictivas y se ha señalado que el "precio pagado" por tener cuerpos anormales es más psicológico y emocional [11].

- **Empleo e Ingresos**

En la mayoría de los estudios sobre el fenómeno de mujeres con obesidad se ha visto que debido al peso, éstas se ven más afectadas negativamente por discriminación en el empleo, en relación a hombres y son 16 veces más propensas que ellos a percibirla. La discriminación que las mujeres sufren en el ámbito laboral ocurre en múltiples niveles, incluyendo la contratación, promoción, evaluación del desempeño, ingresos y compensación [12].

En evaluaciones hechas sobre el impacto que tiene el peso de un candidato a un trabajo en un colegio femenino, se encontró que cuando los reclutadores leen y escriben las descripciones de la apariencia de los candidatos, las mujeres obesas son calificadas con puntuaciones más bajas que aquellas no obesas en aspectos como: supervisión, autodisciplina, aspecto profesional, higiene personal y la capacidad para realizar un trabajo físico extenuante [13]. Cuando el aspecto físico es controlado, el estereotipo en aplicantes obesos es considerable, lo que indica que el prejuicio contra las mujeres obesas puede deberse principalmente al efecto negativo sobre el atractivo físico. Se ha reportado menor deseo de trabajar con una persona obesa que con una delgada [12]. Otros estudios, han mostrado que los varones presentan significativamente menor deseo de trabajar con una mujer obesa, mientras que no existen diferencias de género comparable en el deseo de

trabajar con un hombre obeso [13].

También se ha observado, que tanto hombres y mujeres participantes reportan menos interés en trabajar con una empleada obesa que con un hombre obeso y que las mujeres obesas que solicitan un empleo tienen menos probabilidades que los solicitantes varones obesos para ser contratados [14].

Se ha demostrado en estudios que la tendencia a tener menos logros laborales y menores ingresos por hora y de por vida para las mujeres con sobrepeso y obesidad es mucho mayor, aun cuando controlan otros aspectos relevantes, como educación y estatus socioeconómico familiar [15].

Maranto y Stenoien en el año 2000 encontraron un efecto negativo de la obesidad sobre los salarios, principalmente para mujeres en comparación con hombre; las mujeres, llegan a sufrir una penalización salarial del 12 por ciento, en tanto que los hombres no, y solamente pueden ser “penalizados” en su salario cuando su peso excede el 100 por ciento del que deberían de tener en relación a su estatura; en cambio para las mujeres esta penalización se da en rangos más bajos, aún cuando su peso solo se encuentre un 20 por ciento por arriba del promedio para su estatura [15].

Se ha mostrado que las consecuencias, así como las exigencias por obesidad en las mujeres varían según el cargo que ocupen y parece ser que hay más impacto en aquellas que tienen más prestigio, que ocupan puestos más altos y son más remuneradas [16].

Se ha mostrado que las consecuencias, así como las exigencias por obesidad en las mujeres varían según el cargo que ocupen y parece ser que hay más impacto

en aquellas que tienen más prestigio, que ocupan puestos más altos y son más remuneradas [16].

- **Educación**

Dadas las diferencias que se han documentado entre mujeres obesas y no obesas en el ámbito laboral, se ha examinado si estas diferencias comienzan a surgir antes de entrar en él. La evidencia de estudios longitudinales ha demostrado que los resultados educativos de las mujeres jóvenes también se ven afectados negativamente por el peso que tengan [16]. En los años 40 Canning y Mayer, demostraron que estudiantes clasificados como obesos tenían menor aceptación en el sector educativo, particularmente si se trataba de niñas [17].

- **Relaciones románticas**

Otra área en la que las mujeres son más criticadas que los hombres debido a su peso es en las relaciones románticas. A partir de la adolescencia, las mujeres con mayor peso encuentran menos oportunidades de tener citas y relaciones románticas en comparación a las de menor peso [18].

Se ha observado que por cada aumento de un punto en el Índice de Masa Corporal (IMC), la posibilidad de establecer en una relación romántica disminuye entre un 6-7%. Así también, se ha visto un patrón similar entre mujeres en edad universitaria, donde se han relacionado con una menor probabilidad de estar involucradas en una relación romántica y menos experiencia sexual [18]. Por otro lado, en estudiantes de grados escolares entre 9-12, 50% de las mujeres clasificadas como obesas, nunca han tenido citas, en comparación con sólo el 20% del grupo con su peso promedio [18]. Los resultados muestran consistentemente que las mujeres obesas



tienen tasas más bajas de matrimonio que las mujeres más delgadas y que, cuando se casan, tienden a hacerlo con hombres de niveles más bajos de educación, con menores ingresos, menor estatura y menor atractivo físico que las mujeres más delgadas [18].

- **Ejercicio**

La evidencia indica que adultos entre edades de 25 y 35 años, personas sedentarias y los que tienen un nivel socioeconómico bajo, corren un alto riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad [19]. Al examinar los factores asociados con la asesoría que realizan los médicos a pacientes para hacer ejercicio, se ha encontrado que las recomendaciones que realizan para la práctica de éste son muy bajas [19]. Esto, a pesar de que los pacientes que tiene un estado de salud más deteriorado debido al sobrepeso y obesidad pueden estar más motivados para hacer cambios de estilo de vida. Sin embargo, se ha observado que los médicos recomiendan el ejercicio sólo como prevención secundaria y cuando lo hacen, generalmente es sólo a cierto grupo de personas, aquellos que son mayores de cuarenta años, que cuentan con seguro de salud, que tienen mayores ingresos y niveles más altos de educación [19]. Aunque la recomendación de realizar ejercicio es generalizada para la salud o para pérdida de peso, se ha visto que la frecuencia en la estigmatización del peso está relacionada positivamente con la conducta de evitar realizar ejercicio [19].

- **Salud mental**

En relación a la opinión que profesionales de salud mental tienen sobre las mujeres con sobrepeso y obesidad, se encuentra que éstas son consideradas físicamente menos atractivas y penosas, y al mismo tiempo como más amables, en comparación a las mujeres con un peso promedio [16].

- **Medios de comunicación**

Aunque un aspecto importante de la investigación en el campo de los trastornos de alimentación, ha examinado el impacto de la siempre presente figura delgada femenina en los medios de comunicación, en niveles de atracción y síntomas del trastorno alimentario, han sido menos estudiados los roles asignados a mujeres obesas en estos. De hecho, uno de los principales retos en el análisis de la caracterización de mujeres obesas en los medios de comunicación es que son en gran medida ausentes [16]. Uno de los primeros estudios que examinaron la prevalencia de tipos de cuerpo presentados en televisión en horario estelar fue realizada por Kaufman, que encontró que el 88% de las personas que se muestra en horario de máxima audiencia eran de cuerpo delgado o promedio y sólo el 12% tenían "sobrepeso u obesidad". Los medios de comunicación contribuyen a la marginación de la mujer obesa, ya sea haciéndolas invisibles cuando presentan a una mujer predominantemente de bajo peso, o haciendo que el peso de las mujeres obesas sea la característica más destacada con la finalidad de poner un remedio (a través de la pérdida de peso), o para sentir lástima o piedad por ellas [20].

Ayudar a las mujeres a ver a sus luchas privadas con la alimentación compulsiva y el odio de sus cuerpos ha tenido un gran impacto en el campo de la psicoterapia y ha dado lugar a la posterior generación de la literatura feminista sobre el tema de las mujeres y el peso [20.19]. La resolución de estos problemas psicológicos ha sido vista como el camino hacia la pérdida de peso permanente, dejando incuestionable el supuesto de que la delgadez aún debe ser el objetivo de una mujer [20].

## **CONCLUSIONES**

El costo social que la mujer de hoy tiene que enfrentar por tener obesidad es muy elevado, ya que son sujetas de muchos juicios, de discriminación y esto impacta directamente en su desarrollo personal, profesional, familiar, emocional. Es difícil que quienes no viven este problema de salud puedan entender que las mujeres con obesidad no solo tienen que cargar sobre sí el peso, si no también con todo un entorno de rechazo, molestia, inseguridad, tristeza. Al encontrar datos tan certeros de cómo la obesidad afecta a la mujeres, valdrá considerar el continuar y promover investigación que permita sensibilizar a la sociedad, en relación a este tema, de manera tal que la misma no sea tan severa al momento de emitir una opinión sobre ellas, y sobretodo, considerar que la obesidad no es un impedimento para que cada mujer pueda desempeñar diferentes tareas.

## **BIBLIOGRAFIA**

- [1] DEVAUX M, SASSI F. (2012). Social Inequalities in obesity and overweight in 11 OECD countries. *European Journal of Public Health*, Francia.
- [2] BARQUERA S. CAMPOS-NONATO I. y Cols. (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos. *ENSANUT 2012, Salud Pública de México*. Vol. 55 (2): S151-S160.
- [3] HANSSON L-M, NASLUND E, y Cols. (2010). Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. A population-based study from Sweden. *Scandinavian Journal Of Public Health*. (38), 587-596.
- [4] FORHAN Mary-A, LAW Mary-C, y Cols. (2010). The experience of participation in everyday occupations for Adults with obesity. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. (77), 210-218.
- [5] McLAUGHLIN L, HINYARD L. (2014). The Relationship Between Health-Related Quality of Life and Body Mass Index. *Western Journal of Nursing Research*. Vol. 36(8), 989-1001.
- [6] HERMAN K, HOPMAN W, ROSENBERG M. (2013). Self-rated health and life satisfaction among Canadian adults: Associations of perceived weight status versus BMI.

Quality of Life Research. (22), 2693-2705.

[7] GERLACH G, HERPETRZ S, y Cols. (2015). Personality traits and obesity: a systematic review. *Obesity Reviews*. (16), 32-63.

[8] HOLT R-I.(2005). Obesity - an epidemic of the twenty-first century: an update for psychiatrists. *Journal of Psychopharmacology*. Vol. 19(6), 6-15.

[9] SONNE-HOLMM, THORKILD-SORENSEN. (1986). Prospective study of attainment of social class of severely obese subjects in relation to parental social class, intelligence, and education. *British Medical Journal*. Vol. 292. 86-89.

[10] PUHL R, BROWNELL K. (2006). Confronting and Coping with Weight Stigma: An investigation of Overweight and Obese Adults. *Obesity*. Vol. 14 (10), 1802-1815.

[11] BROWN L-S. (1989). Fat-oppressive attitudes and the feminist therapist: Directions for change. *Women & Therapy*. Vol. 8, 19–29.

[12] ROTHBLUM E. (1988). Stereotypes of obese female job applicants. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 7, 277–283.

[13] JASPER C, KLASSEN M. (1970). Perceptions of salespersons' appearance and evaluation of job performance. *Perceptual and Motor Skills*. 71, 563–566.

[14] JASPER C, KLASSEN M. (1990). Stereotypical beliefs about appearance: Implications for retailing and consumer issues. *Perceptual and Motor Skills*. 71, 519–528.

[15] MARANTO C, STENOIEN A. (2000). Weight Discrimination: A Multidisciplinary Analysis. *Employee Responsibilities and Rights Journal*. Vol. 12 (1), 9-24.

[16] FIKKAN J, ROTHBLUM E. (2012). Is a Fat feminist Issue? Exploring the gender Nature of weight Bias. *Sex Roles*. 66, 575-592.

[17] CANNING H, MAYER J. (1966). Obesity—its possible effect on college acceptance. *The New England Journal of Medicine*. 275,1172–1174.

[18] TUCKER C, BERKOWITZ R. (2005). Body Mass Index, Dieting, Romance, and Sexual Activity in Adolescent Girls: Relationships Over Time. *Journal of research on adolescence*. Vol. 15(4), 535-559.

[19] WEE C, McCARTHY E. (1999). Physician Counseling About Exercise. The Journal of the American Medical Association. Vol. 282 (16),1583-1588.

[20] KAUFMAN L. (1980). Prime-time nutrition. Journal of Communication. 30, 37–46.