



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 19 No. 2

Junio de 2016

PERSONA BAJO LA LLUVIA Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Analia Verónica Losada¹ y Julieta Marmo²

Pontificia Universidad Católica Argentina
Argentina

RESUMEN

El objetivo del presente estudio empírico fue evaluar qué indicadores del Test de la Persona Bajo la Lluvia (PBL) resultaron significativos en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). La población de estudio estuvo conformada por 58 pacientes con diagnósticos de TCA, contando la muestra con 54 mujeres y 4 varones, con edades comprendidas entre menos de los 15 años $n=28$, entre 15 y 20 años $n=25$, entre 21 y 25 $n=5$, entre 26 y 30 años de edad $n=4$, pacientes comprendidos entre 31 y 35 $n=3$ y mayores de 36 años $n=7$. Se administraron los instrumentos de PBL y Consentimiento Informado (CI). Dada la última versión del DSM IV realizada en 2015, DSM 5, se realizó también un análisis comparativo de los criterios del DSM IV y DSM 5. Los resultados de la investigación indican que si bien una única técnica no aporta elementos completos para hacer un diagnóstico, si permiten inferir cuales son los ítems que tienen mayores recurrencia en pacientes con diagnóstico de TCA.

Palabras claves: Test de la Persona Bajo la Lluvia. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Consentimiento Informado. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

PERSON IN RAIN AND EATING DISORDER

ABSTRACT

The objective of this empirical study was to assess what indicators Test of the Person in Rain (PBL) were significant in patients with

¹ Pontificia Universidad Católica Argentina. Correo Electrónico: analia_losada@yahoo.com.ar

² Pontificia Universidad Católica Argentina. Correo Electrónico: julietamarmo@yahoo.com.ar

eating disorder (ED). The study population consisted of 58 patients with diagnoses of eating disorders, counting the sample with 54 women and 4 men, aged less than 15 years $n = 28$, between 15 and 20 years $n = 25$, between 21 and 25 $n = 5$, between 26 and 30 years of age $n = 4$ patients of between 31 and 35 $n = 3$ and older than 36 years $n = 7$. PBL instruments were administered and Informed Consent (IC). Given the latest DSM IV held in 2015, DSM 5, also performed a comparative analysis of the DSM IV and DSM 5 The results of the research indicate that while a single technique does not provide complete components to make a diagnosis, if possible to infer which are the items that have higher recurrence in patients diagnosed with TCA.

Keywords: Test of the Person in Rain. Eating disorder. Informed Consent. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

INTRODUCCION

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen una problemática relacionada con una alteración en la ingesta de alimentos y en la percepción de la propia imagen corporal, que se encuentra vigente desde hace ya varias décadas y que afecta a gran parte de la población adolescente y joven, especialmente del mundo occidental. En este estudio se llevó adelante un análisis de los TCA con el objetivo de conocer las características intrínsecas que acompañan a los diagnósticos de anorexia, bulimia, trastornos alimentarios especificados y trastornos alimentarios no especificados, cuadros clínicos que se enmarca en el DSM 5, última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014) y su relación en el Test Persona Bajo la Lluvia buscando la posible asociación de recurrencia de indicadores de acuerdo a cada diagnóstico.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los TCA son trastornos psicológicos que comportan anomalías graves en el comportamiento de la ingesta y que conllevan una alteración en la percepción de la imagen corporal. Tradicionalmente se conocen la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y de Trastornos de la Conducta Alimentaria Especificados y No Especificados (TCAE-TCANE). En cuanto a los TCA en general, existen referencias históricas de las alteraciones alimentarias. Tradicionalmente la información provenía de ámbitos médicos neurológicos y religiosos. Así es como entre 1873 y 1874, el

médico inglés William Gull y el médico francés Lasègue, reconocieron simultáneamente la anorexia nerviosa. El primero de ellos publicó en el *British Medical Journal* sus avances de la investigación y le otorgó a este trastorno el nombre de anorexia nerviosa, destacando así un componente mental y especialmente la negación perversa a comer, en una conferencia que dio en la Universidad de Oxford (Farrera, 2009). Lasègue, en un artículo publicado durante ese año, con el título “L anorexia hystérique”, reconoció que la histeria es la causante de dicho trastorno, denominando a la enfermedad anorexia histérica. También destacó que se trata de una enfermedad mental, es decir un cuadro clínico preciso, con una evolución bastante típica y un tratamiento propio. La definió como “perversión insólita del apetito” (Fragale 2010, en Marmo y Losada, 2014). Charcot colaboró con Lasègue en el estudio de la anorexia histérica (Garner y Garfinkel, 1997; Farrera, 2009). A pesar de los avances médicos de Lasègue, fue Charcot quien propuso como estrategia de tratamiento el aislamiento del paciente de su familia. Fue con ello reconocido en Europa y en Estados Unidos (Brumberg, 1988; Farrera, 2009, en Losada 2011). Schilder en 1935, propone la primera definición de imagen corporal que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos, destacando la alteración de la percepción acerca de la representación del propio cuerpo. A partir de 1940 algunos autores ponen de manifiesto la etiología de causalidad psicológica, muy influenciadas por los conceptos psicoanalíticos, asociando la patología con la oralidad y en otros casos como un rechazo a la sexualidad. En 1962, Brusch puso de manifiesto por primera vez la importancia de una alteración de la imagen corporal en sus pacientes anoréxicas tomando así conciencia en el mundo científico de la necesidad de saber qué es la imagen corporal y de qué manera realizar un diagnóstico clínico certero (En Marmo y Losada, 2014). En relación a la difusión del conocimiento como definición normado de los TCA se lleva a cabo a partir del proceso de clasificación de las enfermedades mentales, realizado por el comité de la Asociación Americana de Psiquiatría a partir de 1952 (En Ortíz Montcada, 2009). En 1980 la Sociedad Americana de Psiquiatría incluyó la bulimia en el manual de Psiquiatría DSM-III como una enfermedad diferenciada de la anorexia nerviosa (López Coutiño, Nuño Gutiérrez y Arias Ibáñez,

2006) y posteriormente en la edición revisada del DSM III R. En esa edición los criterios diagnósticos de la AN fueron: el rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la estatura, el miedo intenso a subir de peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal, la alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta y la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

A pesar de la gran cantidad de estudios que se han hecho alrededor de los dos tipos de anorexia, el DSM III R no hizo una distinción clara de criterios diagnósticos para la anorexia restrictiva y la bulímica. Esta distinción finalmente se incluyó en el DSM IV. La AN fue clasificada detalladamente en el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV, 2000). Tal como se indicará a continuación, según cada cuadro diagnóstico específico. Los TCA han sido considerados como alteraciones típicamente femeninas, proponiéndose relaciones de 1/10 en cuanto a prevalencia en casos de AN. Según Losada, Leonardelli y Magliola (2015), siguiendo a la Asociación Argentina de Psiquiatría (2002), una de cada 200 mujeres pueden padecer esta alteración lo que alcanzaría un 0.5%. A nivel global, otros estudios indican que dicho porcentaje fluctúa entre 0.5% y 1%, y el de la BN es entre 1 y 3%, según el DSM 5 (APA, 2013 en Fernández Ruiz, Masjuan, Costa-Ball y Cracco, 2015). Con frecuencia se inician en la adolescencia y suelen a veces mantenerse hasta los primeros años de la adultez. Se cita a la anorexia como falta de apetito, dado que proviene del vocablo griego “anorektous” que etimológicamente está conformado por el prefijo privativo “an” que implica negación y “orexis” que se entiende como apetito, por lo que se lo traduce como “sin apetito” o “pérdida de apetito”, mientras que el adjetivo “nerviosa” expresa su origen psicológico (Fragale, 2010 en Marmo y Losada, 2014). Sin embargo, las personas con esta alteración registran y tienen hambre, aunque se niegan a la ingesta permisiva, clasificando cada una de las comidas que realizan a fin de disminuir o sostener un bajo peso, producto de la alteración en la imagen corporal que las lleva a realizar conductas específicas inapropiadas o poco saludables.

Con relación a los TCA, se produjeron cambios entre el DSM IV y DSM 5. En el DSM IV (2000) la anorexia nerviosa fue clasificada detalladamente. Se consideraba que

para tal diagnóstico debía existir un rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla, al menos un peso menor al 85% esperable, así como darse un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal. Debe haber una alteración de la percepción del peso o la silueta corporales y en las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea. En el DSM 5, APA (2014) redujo los criterios para la Anorexia a tres. El primer criterio es la restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Se define al peso significativamente bajo como un peso inferior al mínimo normal. El segundo criterio es el miedo intenso a ganar peso o a engordar o mantener comportamientos que interfieran en el aumento del peso, aun teniendo un peso bajo. El tercer criterio es la alteración de la percepción del peso o constitución, su influencia impropia en la autoevaluación o la falta de reconocimiento repetitivo de la gravedad del peso corporal bajo actual. Además de estos criterios se debe especificar si es de tipo restrictivo o tipo con atracones/purgas. De tipo restrictivo se refiere a si durante los últimos tres meses, la persona no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas. En este subtipo está presente la pérdida de peso debida sobre todo a la realización de dieta, ayuno o ejercicio excesivo. El tipo con atracones/purgas se refiere a si la persona durante los últimos tres meses, ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas, es decir vómitos auto provocados, utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas. Agrega la especificación si es de remisión parcial o total. Será de remisión parcial cuando luego de haberse cumplido los tres criterios, el primer criterio, no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumplen el segundo y tercer criterio. Será remisión total si luego de haberse cumplido los tres criterios, no se cumple ninguno de ellos durante un periodo continuado.

En los países desarrollados la prevalencia de los TCA se estima que oscila entre 0,8 a 14 % y para la BN la prevalencia oscila entre 1,2 a 4,2 % (Borda Pérez, Celemín Nieto, A., Celemín Nieto, A., Palacio, YY Majul, Fajid, 2015). Estos autores refieren que la Organización Mundial de la Salud ha informado que en los últimos 50

años ha habido un aumento con cifras que oscilan entre 0,9 a 4,1 % y la relación mujer/varón es de 1%. El término proveniente del griego “bus” (buey) y “limos” (hambre) y se traduce como “hambre de buey”, lo que significa una sensación de hambre desmesurada. Lo que aparece en este caso, no es ya la negación a comer, sino una necesidad incontrolable de comer cantidades de comida más allá de lo habitual y generalmente de alto valor calórico. Durante esta ingestión la persona pareciera perder el control y se sigue a ello un sentimiento de culpa por lo hecho. La reacción inmediata es buscar diferentes métodos de purga por ejemplo el vómito o bien recurrir a otros mecanismos no purgativos como el ayuno o abuso de ejercitación (Losada, 2011 en Marmo y Losada, 2014).

En el DSM IV (2000), para el diagnóstico de BN consideraba los siguientes indicadores: presencia de atracones recurrentes, sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento; conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses (provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo). En este caso, la autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales y la alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa. El DSM IV también permitía especificar el tipo como purgativo o no purgativo. Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Con relación a la Bulimia Nerviosa en el DSM 5 (2014) modifica el tercer criterio en el cual los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se realizan una vez a la semana durante tres meses y agrega la especificación si es de remisión parcial o total. La primera remisión se indica si después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia, algunos pero no todos los criterios no se cumplen durante un periodo continuado. Remisión total será cuando después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la

bulimia, no se cumplen ninguno de los criterios durante un periodo continuado. También se especifica la gravedad actual. La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. Leve: un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. Moderado: un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. Grave: un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. Extremo: un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Cuando una patología alimentaria no coincide plenamente con los criterios de AN y BN se la clasifica como TCANE. Si bien comparte los criterios fundamentales de los TCA, no se pueden especificar como AN / BN. En tanto los Trastornos Alimentarios No Especificados fueron desarrollados por APA en 2014 en el DSM 5 manteniendo el criterio que describe que en la anorexia atípica se cumplen todos los criterios, excepto que a pesar de una pérdida significativa del peso, la persona está dentro o por encima del peso normal. Agrega otros ejemplos como el caso en que se cumplan todos los criterios para la bulimia excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se produzcan al menos una vez a la semana durante menos de tres meses. Los Trastornos Alimentarios Especificados han sido incluidos en el DSM 5 (APA, 2014) como representantes de una categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría de otros trastornos alimentario y de la ingestión de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específicos. En tanto el Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado designa a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno

alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otra áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de u trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específicos, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (DSM 5, 2014).

TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

El Test de persona bajo la lluvia es una prueba proyectiva gráfica considerablemente utilizada en la evaluación, dentro de una batería diagnóstica, destacable por su sencillez y por sus múltiples aportes. Permite interpretar la representación corporal del sujeto bajo condiciones ambientales adversas, desagradables, tensas, en los que la lluvia representa el dispositivo perturbador. La dirección del test consiste en solicitar al entrevistado que dibuje una persona bajo la lluvia, en la forma en que desee, sin otra indicación. Se necesita una hoja en blanco, lápiz negro y en algunos casos se han utilizado lápices de colores, que quedan a disposición del evaluado. Puede emplearse en sujetos de todas las edades, de manera individual o colectiva, siendo una prueba sin límite establecido de tiempo (Querol y Chaves Paz, 1997). Las autoras describen como antecedentes históricos de la técnica que en el año 1924 Fay confecciona y emplea un test bajo la consigna de "Dibuje una mujer que pasea por la calle, llueve". El test requiere conocimiento y representación de cinco elementos: la persona de sexo femenino, el elemento dinámico de movimiento indicado por la acción de pasear, la calle que da cuenta del ambiente, la lluvia y la vestimenta de resguardo frente a la inclemencia climática. En el test inicial la presencia de cada elemento es cotizada por un punto y los detalles adicionales con un cuarto de punto. Según la edad existe un puntaje esperado. Esta investigación fue aplicada en niños desde los seis años en forma individual y colectiva. En 1947

Rey planteó un nuevo procedimiento de valoración del test, evaluando todos los detalles que aparecían en el gráfico, con muchas críticas al respecto (Querol y Chaves Paz, 2005). Al respecto de Fay y Rey no se han hallado otros datos o citas mayores que las dadas por Querol y Chaves. Las investigadoras Querol y Chaves (2005) exponen que Hammer en 1995 expone muestras del test de la Persona bajo la lluvia y señala que se trata de un test divulgado por vía oral y del que no puede confirmarse quién es su autor, aunque conjetura que podría ser Arnold Abrams o Abraham Amchin o diferentes sujetos simultáneamente (Querol y Chaves Paz, 2005). Los tests proyectivos gráficos se constituyen como instrumentos clínicos por medio de los cuales los sujetos pronuncian, a través del dibujo, su mundo interno de una manera menos controlada en comparación a otras pruebas, lo que posibilitaría una aproximación significativa a sus contenidos más profundos.

INVESTIGACION EMPIRICA

En relación a la temática se han utilizado y se continúan utilizando descripciones diagnósticas de personas con anorexia o bulimia, que observamos en la realidad diferentes a la consulta actual (Marmo y Losada, 2013; Marmo y Losada, 2014). Es decir no toda paciente con anorexia es introvertida, buena alumna e hija ejemplar. No toda paciente con características compensadoras inadecuadas, prototípicas de la bulimia nerviosa, presenta voracidades de toda índole.

El uso del Consentimiento Informado posibilita como ventajas contribuir al empoderamiento y autonomía de la persona interviniente en la investigación. Específicamente en referencia a personas en tratamiento el uso de este instrumento puede aumentar la responsabilidad del paciente con sus actividades terapéuticas. La persona debe conocer sus derechos de terminar o interrumpir el proceso investigativo del que está participando en cualquier momento, a pesar de haber de su previa asentimiento (Losada, 2014). Se ha administrado el instrumento a fin de resguardar las normas éticas que desde la clínica y la investigación permitieran dar curso al presente estudio.

Se ha presentado como objetivo analizar los indicadores del Test de la Persona Bajo la Lluvia resultan significativos en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria de acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5).

MÉTODO

Diseño: Se llevó a cabo un estudio no experimental, es decir sin la manipulación de variables más allá de las propias categorías que explora la técnica Test de la Persona Bajo la Lluvia.

Muestra: La población de estudio estuvo conformada por 58 pacientes con diagnósticos de TCA; 54 mujeres y 4 varones. La franja etaria se conformó por pacientes menores de 15 años $n= 28$, pacientes de entre 15 y 20 años $n= 25$, jóvenes de entre 21 y 25 $n=5$, entre 26 y 30 años de edad $n= 4$, pacientes comprendidos entre 31 y 35 $n=3$ y mayores de 36 años $n=7$.

Procedimiento: Se administraron los instrumentos de PBLL y Consentimiento Informado siguiendo los requisitos éticos de la investigación (Losada, 2014). La participación ha sido voluntaria y se preservaron los datos de los partícipes. Se entregó el formato para su lectura y firma al participante antes de que éste otorgue su consentimiento para ser incluido. El Consentimiento Informado para la presente investigación ha contenido los objetivos del estudio, la metodología empleada, fecha en que se lleva a cabo la investigación y los beneficios derivados. Asimismo se señaló el carácter voluntario de la participación, así como la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento. Se describió la forma en que se mantendrá la confidencialidad y los datos de las investigadoras responsables del ensayo y modo de comunicarse en caso de urgencia. La administración se llevó adelante por el psicólogo tratante en el marco de su proceso de evaluación por trastornos de la conducta alimentaria.

Atento a las fechas de administración del Test de PBLL se tomó la decisión metodológica de evaluar en conjunto los Trastornos Alimentarios No Especificados

y Trastornos Alimentarios Especificados, ya que esta separación entre ambos surgió en 2014 (APA) y algunas administraciones eran previas, y estos pacientes no habían vuelto a ser evaluados para diagnosticar. Para estudios venideros se tomará en cuenta esta escisión, que se estima también contribuirá a caracterizar y diferenciar a quienes padezcan un u otro trastorno.

Las categorías de análisis de PBLL estudiadas se mencionan a continuación:

En relación a la conducta del examinado: expresión de amplia necesidad de consignas, modo de expresión de ampliación de consignas, comodidad y confianza en la tarea y expresión de dudas con respecto a la habilidad frente al dibujo.

Con respecto al análisis de recursos expresivos se evaluaron dimensiones, emplazamiento, trazos, presión, tiempo, secuencia, movimiento y sombreado.

Se evaluó en el análisis de contenido la orientación de la persona, las posturas, los borrados en el dibujo, el repaso de líneas, tachaduras, líneas incompletas, nubes, lluvia, charco de agua, vestimenta, paraguas, reemplazo de paraguas por otro elemento, las partes del cuerpo, identidad sexual, y dibujo de personaje.

Se utilizó el programa estadístico SPSS, en su vigésimo segunda versión para el análisis cuantitativo de la técnica. Los resultados se describen a continuación, especificando los diagnósticos en los que se hallaron tales corolarios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En relación a la muestra empleada, la proporción dada guarda relación con los cánones de detección y proporción internacionales, que indican de cada diez pacientes con patologías alimentarias el diez por ciento corresponde a hombres (Losada, 2011). Los 58 pacientes, de las 54 mujeres 26 se hallaban al momento de la evaluación cursando sus estudios secundarios, 9 abandonaron sus estudios medios, 6 finalizaron sus estudios secundarios, una paciente cursando estudios terciarios, una evaluada con estudios secundarios completos y 11 pacientes en la esfera universitaria. Los gráficos se administraron en el inicio del proceso

terapéutico. En tanto los cuatro varones dos presentaron estudios secundarios incompletos y dos secundarios completos. Los pacientes presentaban estado civil soltero en 41 de los casos, 6 casados, 5 separados y 6 divorciados. En 40 de los casos analizados no tenían hijos y en 18 sí. Las características los grupos familiares denotaba que en el 70% de los casos presentaban antecedentes de síndrome de acomodación al abuso sexual infantil, en línea con resultados previos (Losada, 2011). Los padres se divorciaron y/o separaron en un 20% de los casos. En un 10% uno de los padres presentó adicciones. En otro 10% de los casos uno de los padres falleció antes de comenzar la evaluación. En referencia a los diagnósticos 14 presentaron AN, 27 BN y 17 TCAE y TCANE.

En atención a las categorías de análisis, se observó que en conducta del examinado sobre la expresión de amplia necesidad de consignas: en la interpretación del dibujo persona bajo la lluvia se pretende alcanzar la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en los que la lluvia constituye el elemento perturbador (Querol y Chaves Paz, 2005). Los afectados con BN han denotado mayores necesidades en término de ampliación de la consigna dada, en un 15% de los casos. En tanto que en menor proporción, en el 12%, aquellos que presentaban diagnósticos de trastornos alimentarios especificados y no especificados. Y los pacientes con AN no solicitaron mayor ampliación puesto que comenzaron con la tarea solicitada de realizar el grafico. Por ello puede señalarse que la mayor parte de los sujetos evaluados se aboco a la tarea sin requerir una mayor expresión de la consigna. En modo de expresión de ampliación de consignas, los diagnosticados con BN realizaron comentarios y confirmación con repetición de la consigna. Los evaluados con TCAE y TCANE solicitaron repetición de consignas y en otro de los casos se verbalizo la preferencia de dibujar con palotes.

En relación a comodidad y confianza en la tarea, el 33 % de los entrevistados con diagnóstico de BN presentaban comodidad y confianza en la tarea, en línea con el 35 % de los sujetos con AN. El 53% Los evaluados con TCAE y TCANE mostraron cómodos y confiados con lo requerido. Atendiendo a los comentarios y otras observaciones, mientras que realizaban el test el 22% de los individuos con BN y el

35% de quienes padecen TCAE y TCANE. Manteniéndose en silencio al realizar la actividad los pacientes con AN. Al respecto se transcriben textuales los comentarios y observaciones de la conducta del examinado: Dobla la hoja al medio. "Es muy infantil mi dibujo", "Tengo miedo que me salga mal....Lo hago como.... No se....Después me decís lo que me salió...?", "Soy malísima dibujando...Vamos a ver qué sale...Malísimo esto eh... ¿Por qué debajo de la lluvia...? Es mi duda", "Lo puedo dibujar así nomás, con palotes.", Sonríe mientras realiza el dibujo. "No se dibujar. Te juro que no sé". "¿Con paraguas?" "Soy malísima dibujando." "No se dibujar. ¿Qué tengo que hacer la lluvia también?" "No se dibujar. Hay veces que me tomo el tiempo." "No se dibujar. ¿Con palotes?¿Por qué no? Este me salió más o menos". Se niega a hacerlo con lápiz, lo hace con lapicera."No se dibujar. Es un marciano, que feo, es muy asqueroso realmente. ¿Qué estás escribiendo? No sé cuántos dedos hice... como 20" "Uy que complicado. Estas cosas no me gustan porque tienen trampa. Hombre o mujer?. Me da vergüenza, no se dibujar."

Considerando la expresión de dudas con respecto a la habilidad frente al dibujo, en los comentarios y conductas ya expuestos en el apartado previo se observa inseguridad en el 22% de los diagnosticados con BN y en el 14 % de los que padecen AN, como así en el 6% de los evaluados con TCAE y TCANE. En tanto puede considerar como hostilidad los comentarios y conductas del 4% de los justipreciados con BN y el 7% de los evaluados con el diagnóstico de AN. Se observó una conducta ansioso en el 4 % de los sujetos diagnosticados con BN, en el 7 % de pacientes con AN y en el 18 % de TCAE y TCANE. Se mostraron negativos frente a su habilidad gráfica el 7 % de quienes padecen AN y el 6 % de los pacientes con TCAE y TCANE. El 14 % de los diagnosticados con AN mostraron impulsividad, mientras que expresaron tensión el 7 % con BN, el 14 % con AN y el 6 % con TCAE y TCANE. Se denotaron desconfiados frente a su habilidad en la tarea en las proporciones de 11 % de BN, 7 % AN y 6 % de TCAE y TCANE. Mientras que el 4 % de los diagnosticados con BN denoto incomodidad. Por otra parte, no se hallaron conductas que denotaran arrogancia. Revelaron jocosidad el 4 % de individuos con BN y el 14 % con AN. A la vez se halló cautelosos al 7 % de los justipreciados con BN y al 6 % correspondiente al subgrupo con TCAE y TCANE.Finalmente, el 7 % de

los sujetos con bulimia se muestra triste a la hora de exponer su habilidad en el dibujo.

Considerando la variable dimensiones, Querol y Chaves Paz (2005) destacaron que los gráficos pequeños en el PBLL revelan timidez, aplastamiento, no-reconocimiento, auto desvalorización, inseguridades, temores, retraimiento, sentimiento de inadecuación, sentimiento de inferioridad, dependiente y baja sensación de autoeficacia. A la vez transmiten sensación de encierro o incomodidad, sencillez, introversión, humildad, falta de vitalidad, economía, ahorro, avaricia, inhibición e inadecuada percepción de sí mismo. Se obtuvieron gráficos pequeños en las siguientes proporciones, según sus diagnósticos: BN 44 %, AN 7 % y TCAE y TCANE en un 54 %. En un 21 % de casos con BN, 28 % con AN y 24 % con TCAE y TCANE se observaron dibujos de grandes dimensiones. Los dibujos de tamaño grande exhiben en el sujeto la necesidad de mostrarse, de ser reconocido, de ser tenido en cuenta. Refiere a requerimientos auto expansivos. Pueden indicar índice de agresividad, teatralidad. Si a la vez es un dibujo poco flexible existe falta de adaptación. Aunque dibujos grandes y plásticos suelen verse en los artistas y profesiones ligadas a la creatividad. Se hallaron dibujos muy grandes en el 4 % de los evaluados con BN, el 7 % con AN y en el 6 % con TCAE y TCANE. En tanto el dibujo muy grande denota controles internos deficientes. Es loable interpretarlo como auto reaseguramiento e intentos de momentos de fortaleza. A la vez este tamaño en este test puede revelar inadecuada percepción de sí mismo, ilusiones paranoides de grandiosidad que encubren sentimientos de inadecuación, megalomanía y posibles compensaciones de sentimientos de inseguridad. En tanto que han graficado en dimensión mediana el 42 % con BN, el 27 % con AN y el 18 % bajo el diagnostico de TCAE y TCANE. Los dibujos medianos ubican a la persona ubicada asertivamente en el espacio.

En relación al emplazamiento, Querol y Chaves Paz (2005) exponen la consideración de la hoja del grafico como universo y analizan cuánto espacio ocupa este sujeto y en qué lugar se ubica. Por tanto un sujeto con adecuado trato social, con orden en su desenvolvimiento cotidiano, no va a apoyar el dibujo en ninguno de

los bordes del papel. El entrevistado que esparce su diseño y ocupa la mayor parte de la hoja denota su necesidad de atención, con una marcada tendencia a acaparar todo el espacio posible; con dificultades en las relaciones interpersonales e invasión de los espacios ajenos. Puede asociarse con personas con grandes intentos de manejo y control, pronunciando una negación de la carencia. El margen derecho representa el futuro, lo consciente, las figuras paternas o de autoridad. Esta ubicación responde a rasgos extravertidos, a inclinación hacia lo social. Son indicadores de actividad, empuje, ambición, optimismo, excitación, euforia, facilidad de comunicación con el otro, familiaridad en el futuro y a la vez puede representar impaciencia, vehemencia y pasionalidad. En esta arista se sitúan los conflictos u obstáculos que el sujeto se crea. En relación al emplazamiento en el margen derecho de la hoja el 4 % de los calificados con BN y el 7 % con AN realizó el test en este sentido. En el margen izquierdo se sitúa lo relacionado con el pasado, lo inconsciente y preconscious; lo materno y lo primario. Refiere a la introversión, encerrarse en uno mismo, pesimismo, debilidad, depresión, fatiga, desaliento, pereza, agotamiento y a aquello que queda sin solucionar, como así también lo traumático. Mientras que ubicaron su trabajo en el margen izquierdo con bulimia nerviosa el 30 %, anorexia el 14 % y TCAE y TCANE en un 41 %. Con respecto al margen superior se hallaron un 4 % de los gráficos llevados adelante por individuos con BN, el 7 % con AN y el 12 % con TCAE y TCANE. En el margen superior, es decir en la ubicación en el tercio superior de la hoja indica rasgos de personalidad eufórica, alegre, noble, espiritual e idealista. Las figuras u objetos ubicados tocando el margen superior y, a veces, con el dibujo incompleto, indican defensas pobres, conductas maníacas, rasgos psicóticos. A la ubicación en este sector también representa reducción de ideales, del mundo intelectual, del razonamiento, pobreza de ideas y estrechez de criterio. El emplazamiento en el margen inferior se detectó en 12 % diagnosticados con BN, el 4 % con AN y 12 % con TCAE y TCANE. En el margen inferior, ubicado en el tercio inferior de la hoja se simbolizan rasgos de personalidad apegados a lo concreto, fuerte predisposición instintiva, falta de imaginación que sosiega su crecimiento cognitivo. Las figuras ubicadas en este sector, a veces inconclusas, como si no hubiera alcanzado el espacio, revelan

pérdida de contacto con la realidad, hundimiento, con cuestiones inherentes a depresión, enfermedad física, dependencias y /o adicciones. El resto de los gráficos que se ubican en el centro de la hoja, son manifestaciones de criterio ajustado a la realidad, equilibrio entre tendencias de introversión y extroversión, equilibrio, objetividad, control de sí mismo, reflexión. La buena utilización del espacio suele indicar una buena representación de su esquema corporal. Esta ubicación se ha obtenido en BN, en AN y en TCAE y TCANE, en proporciones de del 37 % en cada uno de los diagnósticos.

Querol y Chaves Paz (2005) señalaron que las líneas armónicas, enteras y firmes se relacionan con personas sanas y adaptadas saludablemente al medio. Se hallaron líneas armónicas enteras y firmes en el 8 % con BN, el 7 % con AN y en TCAE y TCANE el 12 %. Las líneas entrecortadas se detectaron en el 48 % de la casuística con BN, en el 22% con AN y TCAE y TCANE en un 24 %. Estas líneas representan ansiedad e inseguridad. Querol y Chaves Paz (2005) expusieron que en algunos casos indican problemas respiratorios, fatiga o estrés. Este tipo de líneas evidencian la necesidad de detenerse a analizar y revisar lo ya hecho. Debe evaluarse sensación de desintegración y de posible derrumbe. Las líneas redondeadas o curvas se detectaron con afectados con BN en un 40%, en AN en un 35% y en TCAE y TCANE en el 18 %. Estas líneas denotan rasgos femeninos, sentido estético, acatamiento, espíritu maternal y de femineidad, como así también sentido conciliador, diplomático, afectivo y sensible. Las autoras puntúan que las líneas tirantes son indicadoras de tensión, como así las líneas del tipo fragmentadas o esbozadas indican manifestaciones de ansiedad, timidez y falta de confianza en sí mismo, hallándose asimismo en casos con enfermedad orgánica. Líneas con aspecto de tirantez fueron divisadas en BN en un 11 % de los casos y en AN en una proporción del 14 %. Líneas fragmentadas o esbozadas se hallaron en el 4 % de individuos con BN. Asimismo en el mismo diagnóstico se halló un 8 % de gráficos con líneas desconectadas. Las líneas desconectadas no tienen dirección intencional, manifiestan tendencias psicóticas y dispersión del pensamiento. Las líneas rectas manifiestan fuerza, vitalidad, razonador, frialdad, lógica y capacidad de análisis. Evaluándose la presencia de estas líneas el 8 % de pacientes con BN, el 22 % con

AN y el 15 % con TCAE y TCANE graficaron en tal sentido expresivo. Las líneas rectas con ondulaciones indican un grado de tensión y ansiedad, las cuales se detectaron en el 12 % con BN, el 14 % con AN 2% y el 15 % con TCAE y TCANE. En el 4 % y el 6 % respectivamente con diagnósticos de BN TCAE y TCANE se manifestaron en sus gráficos con líneas rectas con temblor, lo cual se debe a cuadros orgánicos, personas de avanzada edad, personas con gran angustia y adicciones, ya que el temblor es perennemente un signo de decadencia de funciones cognitivas. Las líneas rectas definida pero tosca denotan tendencias agresivas. La línea recta definida pero con aspecto tosco se halló en el 7 % de sujetos evaluados con AN. Se encontraron líneas con ángulos, ganchos o picos BN en un 17 % y en un 6% con TCAE y TCANE. Estas líneas refieren a cuadros con agresividad, impaciencia, vitalidad, independencia, dureza, tenacidad y obstinación. Las líneas con ángulos muy agudos denotan una excesiva reacción emocional e hiperemotividad. Se detectaron en un 6 % con TCAE y TCANE. No se observaron en los pacientes evaluados líneas con control que escapan o exceden el contorno de la hoja. Las líneas con control o que escapan del perímetro del diseño, posiblemente en zigzag exhiben imposibilidad de controlar impulsos, rasgos de descontrol, agresividad y violencia. Querol y Chaves Paz (2005) postulan que las líneas pegadas al papel, sin levantar el lápiz y formando puntas representan rasgos epileptoides. Las líneas circulares con adornos indican narcisismo, mientras que las líneas curvas que se rectangularizan: no se permiten emociones, bloqueo afectivo, supresión de afectos. Las mismas se revelaron en el 7 % con diagnóstico de AN. En tanto surgieron líneas circulares con adornos en el grafico del 4 % de los sujetos con BN. Mientras que líneas curvas que se rectangularizan se exhibieron en el 7 % con AN y en el 6 % con TCAE y TCANE.

En cuanto a la presión, la presión normal es indicadora de equilibrio, adaptación, elaboración constante y armonía. La presión débil ejecutada con velocidad y simplificación simboliza celeridad mental, originalidad, agilidad, intuición, hipersensibilidad, poco contraste, creatividad y vehemencia. La presión débil llevada adelante con lentitud indica ansiedad, timidez, ocultamiento, dificultades para expresar lo que le acontece, desubicación y rasgos depresivos (Querol y Chaves

Paz, 2005). La presión débil ha sido un indicador en el 26% con BN, en el 43 % de evaluados con AN y en el 12 % con TCAE y TCANE. La presión fuerte manifiesta en una línea pesada y pigmentada con mucho apoyo sobre la hoja, dejando relieve en el reverso de la hoja simboliza fuerza física, energía vital, seguridad, extraversión, agresión, hostilidad frente al mundo, inconstancia, franqueza y excitabilidad. En sujetos con cierto grado de formación establece personalidad tipo líder con buena conducción de grupo o creadores de grandes ideales. Asimismo puede hallarse en artistas y escultores. En personajes con poca evolución ese apoyo sobre el papel es una manera de aferrarse, como buscando seguridad. La presión fuerte en línea pesada y empastada, con poco apoyo sobre la hoja, sin dejar relieve, es representativa de personas lentas, que disfrutan de la vida, sensuales, rutinarios, de poca iniciativa, poco creativos, estáticos (Querol y Chaves Paz, 2005). El 22 % con BN, el 29 % con AN y el 12 % TCAE y TCANE utilizaron presión fuerte. En tanto la presión muy fuerte no se observó en los gráficos de los pacientes evaluados. La presión muy fuerte indica agresividad (Querol y Chaves Paz, 2005).

Considerando el tiempo en realizar la técnica, Querol y Chaves Paz (2005) destacaron que las dificultades para emprender el test a través de verbalizaciones previas, excusas o disculpas denotan problemas para enfrentar una tarea nueva y para tomar decisiones. En relación a la dificultad para comenzar se detectó en un 4 % con BN y en 7 % con AN. No presentaron dificultades para concluir y entregar el dibujo en los pacientes evaluados. Asimismo no evidenciaron momentos de quietud. Los conflictos para concluir y entregar el dibujo manifiestos a través del agregado de detalles al dibujo, aparición de preguntas superfluas y demora en la entrega exhiben una dificultad para separarse del otro y para terminar los vínculos. Los momentos de quietud, es decir cuando el sujeto se detiene en la prosecución del dibujo para continuarlo luego de un tiempo manifiesta lagunas y bloqueos. La velocidad normal indica un dibujo espontáneo y continuo, a la vez que la ejecución lenta denota pobreza intelectual y falta de riqueza imaginativa. La ejecución rápida es representativa de agilidad y excitabilidad. La ejecución precipitada representa atropello, hipersensibilidad o necesidad de liberarse rápidamente de los problemas. La velocidad fue normal en la mayoría de los casos, superior al 80 % de los sujetos

con trastornos alimentarios. No presentaron ejecución lenta, ni ejecución rápida, como así tampoco presentaron ejecución precipitada.

En relación a la secuencia, permite evaluar el grado de orientación en el espacio, cómo se resuelven los conflictos y la organización que se posee. Lo deseable es que comience por la cabeza, continúe por el cuerpo y concluya con el paraguas y la lluvia. La secuencia iniciada por la cabeza, cuerpo y pies se presentó en todos los evaluados exceptuando un 4 % con bulimia y un 6 % con TCAE y TCANE. Estos dos casos presentaron una secuencia no esperable.

La rigidez ha sido un rasgo predominante en los evaluados, manifestándose en el 92 % con BN, 78 % con anorexia y 94 % TCAE y TCANE. Querol y Chaves Paz (2005) exponen que la rigidez representa a un sujeto encerrado y protegido del mundo, despersonalizado, que se auto percibe como amenazado por el entorno, no adaptado y que no tiene libertad para actuar. Por el contrario mucha actividad en el dibujo denota un exceso de fantasía y una actitud del tipo maníaca. Se observó mucha actividad en el dibujo como acción en el 7 % de los sujetos justipreciados con anorexia. Los gráficos en posición de caminar cobran relevancia según se orientan hacia la izquierda o derecha. Las acciones del tipo deportivas o de una actividad determinada constituyen sujetos energéticos o con una actitud eufórica. Los dibujos de tipo exhibicionista representan un conflicto relacionado al narcisismo (Querol y Chaves Paz, 2005). A la vez en posición de caminar un 11 % con bulimia nerviosa y un 6 % trastornos alimentarios especificados y no especificados se expresaron gráficamente en tal sentido, interpretándose en relación a la dirección en el apartado específico. No se hallaron gráficos realizando una actividad concreta. Exhibiéndose se manifestó un 6 % con trastornos alimentarios especificados y no especificados.

Querol y Chaves Paz (2005) describen que la ansiedad por el cuerpo dependiendo de la zona que señalen con el sombreado indica la necesidad de controlar o aludir a esa área como espacio de preocupación. Se detectaron un 26% con BN, en las siguientes áreas, a saber en el mango del paraguas, nubes y partes del cabello, cejas, manga brazo derecho, ojos y zona cabeza, cintura, zona genital y charco, línea de base y brazos. Mientras que en AN un 14 %, ubicando el sombreado en

nube y cabeza. Los TCAE y TCANE ubicaron el sombreado en cabello, gotas, torso y pies, mano izquierda, cabello y paraguas, manos, paraguas y pelo y pollera, en un 48 % de los evaluados con estos diagnósticos.

Querol y Chaves Paz (2005) refirieron las características de los sujetos que graficaron hacia la derecha en el margen derecho como poseedores de un comportamiento positivo, avance hacia el futuro, necesidad de crecer, con buenas relaciones con figuras de autoridad y un acuerdo con lo que se desea ser y su direccionamiento al futuro. La orientación de la persona graficada hacia la derecha se detectó en el 7 % con BN, en el 7 % con AN y en el 6 % con TCAE y TCANE. En sentido contrario, es decir hacia la izquierda se graficaron un 11 % de los sujetos relevados con BN. Las producciones de la técnica hacia la izquierda en el margen izquierdo muestran dirección hacia el pasado, representativa de individuos que conservan conflictos sin resolver, indicadores de traumas preexistentes, frenos en su evolución, conflictos con figuras femeninas e indican una necesidad de búsqueda interior. En relación a las producciones graficadas hacia el frente denotan disposición a enfrentar al mundo y a analizar el presente. De frente hacia la orientación seleccionada con mayor frecuencia, en un 78 % con BN, un 86 % con AN y un 88 % con TCAE y TCANE. Con orientación dubitativa se graficaron en un 7 % con BN y un 12 % con TCAE y TCANE. Mientras que un 6 % llevo adelante su grafico de perfil, de los sujetos justipreciados con TCAE y TCANE. No se hallaron gráficos con figuras humanas de espaldas. La orientación dubitativa indica ambivalencia, tendencias obsesivas o paranoides, falta de decisión e incoordinación. La orientación de perfil se debe evaluar atendiendo a la orientación hacia la derecha o la izquierda, donde la persona necesita buscar refugio, amparo, indica evasión y dificultad para enfrentar lo que le acontece. Los gráficos de espaldas exhiben un deseo de no ser controlado socialmente, de pasar inadvertido, con afectos e finalidades ocultas. Muestran una necesidad de distanciarse del medio, con rasgos de oposición, introversión, pre-psicóticos, depresión o psicopatía. También pueden revelar la existencia de un problema en el área de la identificación psicosexual, deseos de ser otro y ocultamiento.

Los dibujos muy a la izquierda se presentan como indicadores de acciones detenidas, con rasgos esquizoides y dependientes. Por el contrario el dibujo muy a la derecha y abajo manifiesta decepción, resignación, depresión, freno al crecimiento y sensación de hundimiento. La persona graficada como vista desde arriba pareciera requerir de una toma de distancia del entorno, en postura de investigador con sentimientos compensatorios de superioridad, que no se involucra en la búsqueda de soluciones pero si juzga las situaciones y que posee actitud del tipo opositorista. Las personas vista desde lejos se revelan en sujetos que se sienten rechazados o desvalorizados, bajo sentimientos de inferioridad, inaccesibles, que no pueden hacer frente a la situación cotidiana, que no se involucran ni opinan. El dibujo de persona inclinada alude a falta de equilibrio e inestabilidad. La persona inconclusa denota desgano, indecisión, abulia y depresión (Querol y Chaves Paz, 2005). Orientados en el sentido de muy a la izquierda se manifestó un 6 % con TCAE y TCANE. A la vez no se detectaron en los dibujos orientaciones muy a la derecha y abajo, ni personas vistas desde arriba, como así tampoco persona vista desde lejos. En tanto persona inclinada se manifestó un 6 % con TCAE y TCANE y personas inconclusas un 7 % con evaluación de BN.

Querol y Chaves Paz (2005) destacan que la postura del tipo sentado indica sujetos que eligen la tranquilidad, buenos negociadores, que suele ser diplomáticas, pero que a la vez no se juegan, con falta de pasión y abatimiento. Asimismo puede estar simbolizando una enfermedad física, donde no puede mantenerse en pie y corresponde a mecanismos de defensa del tipo de represión y regresión. Los gráficos con sujetos acostados señalan escasa vitalidad, desesperanza e impedimentos físicos. La realización del test en postura de arrodillado muestra sumisión, debilidad, esclavitud, sentimientos de inferioridad, masoquismo y resignación. La posición esperable es el sujeto de pie. En relación a las posturas los evaluados dibujaron a la persona parada, según lo esperado menos en un 4 % con BN. No se obtuvieron gráficos de sujetos sentados, ni acostados, ni arrodillados.

De modo excesivo, el borrar revela incertidumbre, auto insatisfacción, indecisión, ansiedad, descontrol, agresividad y conflicto. El borrado también es una manera de

anular una parte del cuerpo (Querol y Chaves Paz, 2005). Se hallaron borrados en el dibujo en el 33 % de pacientes con BN, en las siguientes zonas y/o partes, saber en lateral izquierdo del cuerpo, paraguas, cara y tronco, pierna derecha, brazos, manos y cabello, lluvia, brazo derecho y cuello, piernas, brazos. En AN, en un 28% en paraguas, pollera y persona masculina. Mientras que en TCAE y TCANE en el 18 % en una persona con palotes y luego borra, borra dos veces la persona.

Querol y Chaves Paz (2005) exteriorizan que el alto monto de ansiedad, las dificultades para planificar una tarea y el bajo nivel de tolerancia a la frustración se manifiestan en el repaso de líneas. Se observó repaso de líneas en un 74 % con BN, en anorexia en un 50 % y en TCAE y TCANE en una proporción del 36 %. Tachaduras se detectaron en el 4% con BN y en el 6 % con TCAE y TCANE. Se hallaron líneas incompletas en un 19 % de los evaluados con BN, en un 21 % con AN y en un 24 % con TCAE y TCANE.

Las nubes representan el grado presión y de amenaza. Debe considerarse la cantidad de nubes que se fabrican puesto que las autoras Querol y Chaves Paz (2005) sostienen que puede guardar relación con las figuras parentales. A la vez pueden simbolizar tendencias autoagresivas o dolencias psicósomáticas, cuando las nubes son infladas. En relación a graficar nubes se hallaron en un 37 % con diagnóstico de BN, un 21 % con AN y un 65 % con TCAE y TCANE.

La lluvia simboliza la hostilidad del medio de la que debe resguardarse el individuo. La lluvia torrencial refiere a mucha presión, situaciones muy estresantes, agobiantes, en las que pareciera que no hay defensa que alcance (Querol y Chaves Paz, 2005). La lluvia fue graficada en un 63 %, 64% y 100 %, correspondientes a las valoraciones en bulimia nerviosa, anorexia y trastornos alimentarios especificados y no especificados, respectivamente. Se detectó lluvia torrencial en el 7 % con bulimia nerviosa, en el 14 % con anorexia y en el 29 % con trastornos alimentarios especificados y no especificados. A la vez que lluvia escasa se manifestó en un 7 % con bulimia. La lluvia escasa evidencia a una persona que se siente con posibilidades de defenderse frente a las presiones ambientales. Mientras que las gotas como lágrimas indican angustia. La ausencia de lluvia, sin respetar la consigna

es señal de oposicionismo, persona manipuladora, con una fuerte tendencia a negar las presiones y los conflictos del medio. En tanto si la lluvia se ubica en un solo lugar se debe analizar sobre qué lugar dibuja la lluvia. Las gotas como lagrimas se graficó en un 19 % con bulimia nerviosa, un 7 % valorados con anorexia y un 35 % bajo los diagnósticos de trastornos alimentarios especificados y no especificados. La lluvia ubicada en un solo lugar se evidencio en un 15 % bajo el diagnóstico de bulimia nerviosa y en trastornos alimentarios especificados y no especificados en un 35 %.

Querol y Chaves Paz (2005) expusieron que los rayos evidencian la presión que sacude al individuo. Se graficaron rayos en un 15 % con bulimia nerviosa, en un 7 % en anorexia y en TCAE y TCANE en un 12 %. Los charcos aluden a cuestiones primitivas, como sufrimiento fetal y acontecimientos traumáticos ocurridos a la madre embarazada, en el nacimiento y durante el curso de los primeros años de vida. En un 22% de evaluados con BN, en un 14 % en AN y en un 12 % en TCAE y TCANE se dibujaron charcos de agua.

Querol y Chaves Paz (2005), narraron en su investigación que la escasez de detalles implica sensación de vacío y depresión. Los rasgos depresivos se caracterizan por la escasez de detalles y, a veces, por no completar el dibujo. Por el contrario, los detalles excesivos se observan en sujetos con rasgos maníacos y obsesivos. Los detalles minuciosos se representan en los controladores y obsesivos. La ejecución exagerada con expectativa de perfección del dibujo indica temor a desorganizarse. Las figuras masculinas con revólver, cañas de pescar o punteros indican símbolos de fuerza, de seguridad y de prestigio, del mismo los gráficos de mujeres con canastos, monederos, bolsas y carteras. En el caso de figuras a las que se les añaden los objetos del sexo contrario, indican conflicto en su identidad sexual. La adición de anteojos en la persona que no los usa indica ocultamiento o curiosidad sexual. Como así el agregado de bastón o pipa referiría a fantasías sexuales. En relación a la adición no se agregaron ni anteojos ni bastón ni pipa. A la vez se hallaron objetos por debajo de la persona en un 7 % evaluado con anorexia nerviosa. Se asignaron objetos inanimados en un 7 % en anorexia y en un 6 %

trastornos alimentarios especificados y no especificados. Los objetos por debajo de la persona evidencian el contenido inconsciente, indicando que el sujeto es dependiente de presiones instintivas. Los objetos ubicados a la derecha de la persona personifican los obstáculos que él mismo se pone para avanzar en la vida, miedo o temor y dificultades propias para asumir responsabilidades. Los objetos a la izquierda de la persona indican hechos o sucesos que quedaron sin resolver. Si los objetos se ubicaran por sobre la persona pueden ser interpretados según el tipo de objeto, según represente presiones, restricciones, ideales, fantasías, necesidades de protección, autoridad o conductas del tipo fóbicas. La persona encerrada entre líneas denota una marcada necesidad de ser contenido por el medio ambiente, evidencia poca capacidad para crecer y representa un sujeto bloqueado. Deben analizarse la ubicación de objetos inanimados y adornos que son interpretados como obstáculos. La ubicación de objetos a la derecha de la persona se detectó en un 4 % con BN, en un 7 % de justipreciados con AN y TCAE y TCANE en una proporción del 6%. Mientras que objetos a la izquierda de la persona se hallaron en un 4 % con BN y en un 6 % TCAE y TCANE. Objetos por sobre la persona se encontraron en un 4 % con BN y en un 6 % con TCAE y TCANE. En un 4 % con BN se graficó la persona encerrada entre líneas.

Si la persona realiza un dibujo de varias personas mostrando que necesitan del apoyo de otros para seguir adelante. La inclusión de animales es loable de interpretarse como objetos acompañantes, de dependencia, necesidad de protección e indicador de sentimientos de soledad. Los árboles, plantas y flores generalmente funcionan como obstáculos, aunque que deben ser evaluados en el contexto del gráfico y a la luz del resto de los indicadores. La adición de Sol o Luna representan a la autoridad adulta, controladora o de apoyo parental, e indican una fijación de límites. Se detectaron animales graficados en un 4 % con BN. Árboles, plantas y/o flores en un 4 % con BN y en un 12 % de TCAE y TCANE. A la vez que fueron graficados Sol o Luna en un 4 % con BN y en un 14 % con AN.

Querol y Chaves Paz (2005), indicaron que los bolsillos se postulan como órganos receptivos y refieren a conflicto interior, dificultades sexuales y sentimiento de culpa.

Se graficaron bolsillos en un 22%, 7 % y 6 % correspondientes a BN, AN y TCAE y TCANE respectivamente. Se dibujaron botones en 22 % de BN, en un 7% AN y en un 18% en TCAE y TCANE. Los botones señalan inmadurez, dependencia, carácter obsesivo, preocupación por lo social y preocupaciones corporales. En tanto las botas son indicativas de sobre comprensión y reafirmación de las decisiones (Querol y Chaves Paz, 2005). Botas se detectaron en un 7 % y 12%, correspondientemente para BN y TCAE y TCANE.

En un 16 % con BN, en un 29% con AN y en un 47% con trastornos alimentarios especificados y no especificados se observaron transparencias. Querol y Chaves Paz (2005) expusieron que las transparencias denotan angustia frente al cuerpo, lesión cerebral, intoxicación, organicidad, preocupación por la parte del cuerpo rebelada, poco criterio y conducta actuadora. Los detalles de la ropa sin terminar aluden a sentimientos del tipo de inadecuación. Las corbatas se postulan como signo sexual y de debilidad. En tanto detalles de ropa sin terminar se analizaron en BN en un 11 %, en AN en 21 % y en un 23 % de individuos con TCAE y TCANE. No se hallaron gráficos de corbatas. Los zapatos muy marcados refieren a conflictos sexuales. El calzado en punta con tacos manifiestan agresión. Los zapatos se manifestaron en un 4 % con BN, un 7 % con AN y en un 6 % con TCAE y TCANE. A la vez se hallaron zapatos en punta con tacos en un 8 % con diagnóstico de BN.

El elemento paraguas cubriendo media cabeza se presentó en un 8%, 14 % y 12 % respectivamente para BN, AN y TCAE y TCANE. Querol y Chaves Paz (2005) interpretaron que el paraguas cubriendo media cabeza es indicativo de retraimiento, escape, ocultamiento y recorte de la percepción. La ausencia de paraguas es indicativa de falta de defensas y fue hallada en un 37 % de sujetos diagnosticados con BN, un 14 % con AN y en un 41 % con TCAE y TCANE. En tanto se halló paraguas hacia la derecha en un 19 % evaluado con bulimia nerviosa, un 43 % con AN y en TCAE y TCANE en un 29 %. En tanto el paraguas hacia la derecha marca una defensa del ambiente, temor a lo social, desconfianza hacia las personas que lo rodean y defensa por temor al padre y/o a las figuras de autoridad. Un 26 % con BN graficó paraguas hacia la izquierda, mientras que un 12 % con TCAE y TCANE. Ello

denota una defensa de la figura materna y de cuestiones infantiles no resueltas. El paraguas cubriendo adecuadamente a la persona se detectó en un 8% con BN, en un 14 % con AN y en 18 % con TCAE y TCANE. Los paraguas que se dibujan cubriendo apropiadamente a la persona enlazan defensas sanas, con sentimientos de adecuación, confianza en sí mismo, seguridad, recursos saludables de afrontamiento y capacidad de prever. Los paraguas muy grandes en relación a la figura humana dibujada implican una excesiva protección y defensa, aunque se ubiquen correctamente, distancia del medio y poca relación con el entorno, y poco criterio. Los paraguas muy chicos en proporción al tamaño de la persona dibujada denotan defensas precarias, donde el individuo queda expuesto a las amenazas del medio. La desproporción de tamaño y persona alude a un grado de conflicto, puesto que las defensas no son las adecuadas y necesarias. Las investigadoras señalan en relación a esta incongruencia la posible presencia de perturbación sexual y dificultades en las relaciones interpersonales o con figuras de autoridad. Se halló paraguas muy grande respecto a la persona dibujada en bulimia nerviosa en un 4%, en anorexia en un 14 % y trastornos alimentarios especificados y no especificados en un 12 %. En tanto se analizaron paraguas muy chico respecto a la persona dibujada en un 12 % con bulimia. No se identificaron gráficos con paraguas cerrado ni paraguas cerrado y en el piso. A la vez paraguas volando se detectó en un 7 % de diagnosticados con anorexia. En tanto paraguas y nubes fusionadas, paraguas tipo lanza ni paraguas con agujeros fueron detectados en los dibujos evaluados. Los paraguas cerrados son signos de resignación, bajar la guardia, dejar que otro lo defienda, que tome su lugar en la defensa, sin energía para afrontar las vicisitudes cotidianas y puede indicar que están terminándose los problemas, que se está en las últimas ansiedades. Los paraguas cerrados y en el piso denotan que el sujeto cierra el paraguas porque siente que cuenta ya con poca energía para defenderse, que en su situación vital ya queda poco tiempo más de lluvia, la presión ambiental; que sostener el paraguas es ya un esfuerzo excesivo y en ocasiones puede presentarse si el sujeto posee una enfermedad terminal. Los paraguas volando refieren a defensa lábil, un yo muy débil y una gran lista de preocupaciones. Los paraguas y nubes fusionados muestran contaminación en el pensamiento, índice de

esquizofrenia y de ideas confusas. Los paraguas con agujeros pueden señalar rasgos de fabulación, psicopatía o de enfermedad orgánica (Querol y Chaves Paz, 2005). Paraguas con dibujos se detectó en un 4 %, 7 % y 6 %, respectivamente para BN, AN y TCAE y TCANE. Los paraguas con dibujos pueden ser indicativos de personas con enfermedades orgánicas. Un paraguas a modo de sombrero muestra una confusión de ideas. Paraguas como sombrero fue graficado en un 14 % con AN. Paraguas en el que se remarcan las varillas se representó en bulimia nerviosa en un 16 %, en anorexia en un 14 % y en TCAE y TCANE en un 18 %. Los paraguas tipo lanza muestran un acceso a la agresión como defensa, mientras que el paraguas en el que se remarcan las varillas son indicadores de fantasía o de fabulación. Si el mango de paraguas se encuentra remarcado puede inferirse como una falta de plasticidad, necesidad de aferrarse a algo y utilizable como defensa, sin una clara conciencia de ello. El mango de paraguas débil, graficado de modo insuficiente para la sombrilla que graficó muestra defensas pobres y escasa fortaleza para sostenerse. Los gráficos con mango de paraguas remarcado se detectaron en un 31 % con diagnóstico con bulimia nerviosa, en un 21% de evaluados con anorexia y en trastornos alimentarios especificados y no especificados en un 35 %. Mientras que el mango del paraguas débil se halló en un 6 % con TCAE y TCANE.

Los aleros y techos como sustitutos del paraguas exhiben a una persona que no emplea defensas adecuadas, poseedor de una actitud dependiente y que busca que otros resuelvan sus conflictos, sin involucrarse con lo que le acontece. A la vez la ubicación de detrás de una ventana como protección de las inclemencias del tiempo ostenta una falta de compromiso con el medio, actitud pasiva y alejamiento, y si ello se posiciona dentro de una caverna o montaña muestra una dependencia materna. La utilización de papel a modo de paraguas es una manifestación de defensas pobres, que se desarma a poco de utilizarla y muestran poco sentido práctico para defenderse. El recurso de uso de la mano como paraguas muestra una actitud de omnipotencia (Querol y Chaves Paz, 2005). No se reemplazó en los gráficos de referencia analizados aleros y techos, ni ubicaciones detrás de una ventana o dentro de una caverna o montaña, así como utilización de papel a modo de paraguas. En un 4 % se detectó utilización de la mano a modo de paraguas en BN.

Se reveló en un 4 % dibujo de la cabeza solamente con diagnóstico de bulimia. Cabeza grande desproporcionada, con respecto al cuerpo se halló en un 22 % con bulimia nerviosa, en un 43 % de anorexia y en un 24 % TCAE y TCANE. A la vez se obtuvieron en los gráficos cabeza tronchada en bulimia en 4 % y en TCAE y TCANE en un 6 %. Querol y Chaves Paz (2005), sostuvieron que la cabeza debe ser lo se dibuje en primer término y alude a la localización del yo, centro de todos los estímulos, área del poder intelectual, del poder social y de dominio. Por el contrario, si grafica en primer término las piernas y los pies revela desaliento y depresión. El dibujo de la cabeza solamente es una manifestación de disociación cuerpo mente y una defensa fallida a través del pensamiento. La cabeza grande, desproporcionada con respecto al cuerpo demuestra un deseo de poder, de vanidad, narcisismo, auto exigencia, dificultades para el aprendizaje y una perseveración de ideas. La cabeza tronchada representa la limitación en la capacidad de simbolizar.

La cara es el contacto social y aquello que se muestra Por tanto un dibujo sin rasgos y rostro representa un desconocimiento de sí mismo y problemas de identidad (Querol y Chaves Paz, 2005). En relación a los gráficos con ojos sin pupilas se detectaron en un 33 %, 21 % y 18 %, respectivamente para BN, AN y TCAE y TCANE. Los ojos muy marcados se graficaron en un 8 % con bulimia nerviosa, en un 14 % con anorexia y en el 12 % con TCAE y TCANE. Los ojos bizcos se detectaron en bulimia nerviosa en un 8 %, en anorexia en un 7 % y TCAE y TCANE en un 6 %. Se detectaron ojos cerrados en un 6 % de evaluados con diagnóstico de trastornos alimentarios especificados y no especificados. En un 15 %, 21 % y 22% se graficaron ojos como puntos, respectivamente en evaluados con bulimia nerviosa, anorexia y TCAE y TCANE. En un 30 % con diagnóstico de bulimia nerviosa y en 7 % con anorexia se representaron ojos con pestañas. No se detectaron ojos en forma de v. Los ojos sin pupilas y los ojos cerrados aluden a inmadurez emocional, egocentrismo, negación de sí o del medio, dependencia y sentimientos de vacío. Los ojos muy marcados exhiben rasgos paranoides, a la vez que los ojos bizcos señalan rebeldía y contrariedad. Los ojos como puntos indican un grado de retraimiento e inseguridad. Los ojos graficados con pestañas refieren a la sexualidad, ligada a lo femenino. Por último los ojos en v manifiestan agresión.

En relación al gráfico de la boca conformada por una única línea recta se observaron en BN un 4 %, un 7 % con anorexia y en TCAE y TCANE un 6 %. La boca de una línea cóncava única se halló en BN en una proporción del 58 %, en anorexia en un 50 % y en TCAE y TCANE en un 59 %. En tanto la boca de una línea convexa única se detectó en un 6% con TCAE y TCANE. Se halló boca abierta o con aspecto roto en un 7 % con anorexia y en un 12 % con TCAE y TCANE. Los labios marcados en pacientes con BN se detectaron en un 4 %, en AN y en un 7 % y TCAE y TCANE en un 24 %. No se representaron gráficos con labios pintados. Se observaron dientes en un 7% con AN. Querol y Chaves Paz (2005) explicitan que la boca dibujada a través de una línea recta única muestra tendencia verbal agresiva. Una línea cóncava única sugiere un individuo pasivo y complaciente. La línea convexa única señala amargura. La boca abierta o rota representa un conflicto de introyecciones. En tanto los labios marcados son indicativos de dependencia oral y labios pintados aluden al carácter femenino. Los dientes representan a la agresividad oral y conflicto sexual.

Se manifestaron cejas muy marcadas en un 7 % con BN, en AN en un 14 % y en TCAE y TCANE en un 12 %. La nariz muy manifiesta se halló en el 11 % con BN, en un 7 % con AN y en TCAE y TCANE en un 24 %. En tanto las orejas fueron graficadas en BN en un 4 % y en un 7 % en AN. El mentón sombreado se manifestó en un 4 % con BN. Las cejas muy marcadas representan agresividad. La nariz muy marcada refiere virilidad, como símbolo fálico. A la vez agujeros en la nariz manifiestan agresividad, husmear en temas de otros, aunque puede aludir a problemas respiratorios o a alucinaciones olfativas. Las orejas revelan inquietud por críticas y opiniones de otros, también su gráfico puede ser indicativo de deficiencia en la audición o alucinaciones auditivas. El mentón es un rasgo de energía de carácter, si el mentón se halla sombreado está relacionado con una tendencia a dominar y a ejercer el poder, y si aún se lo encuentra muy sombreado es un signo de conflicto con el medio (Querol y Chaves Paz, 2005).

Las investigadoras exponen que el cuello es la parte del cuerpo que coordina lo que se siente, lo corpóreo, con lo que se piensa, representado en la cabeza, y puede

otorgar una sensación de comodidad y confianza. El cuello angosto manifiesta depresión. El cuello grueso indica un sentimiento de inmovilidad, a la vez que el largo representa arrogancia, desarmonía entre el intelecto y la emoción e incoordinación, mientras que el cuello inmovilizado por collar, polera o yeso alude a la inhibición sexual (Querol y Chaves Paz, 2005). El cuello angosto ha sido graficado en un 22 % con diagnóstico de BN, en AN en un 21 % y en TCAE y TCANE en una proporción del 29 %. Asimismo el cuello grueso en BN se halló en un 4 %, en anorexia en un 14 % y en TCAE y TCANE en un 18 %. El cuello largo se detectó en un 11%, 14 % y 18 %, respectivamente en BN, anorexia y TCAE y TCANE. A la vez dibujaron cuello inmovilizado por collar, polera o yeso en 7 % con bulimia nerviosa y en trastornos alimentarios especificados y no especificados en un 6 %.

Querol y Chaves Paz (2005) expusieron que el cabello tiene relación con la potencia sexual, vitalidad, signo de virilidad, de apasionamiento y seducción, mientras que el cabello muy sombreado o sucio representa un signo regresivo. Los cabellos en punta son manifestaciones de agresión. El cabello con raya al medio es indicativo de identificación femenina y resolución del conflicto por medio de mecanismos obsesivos. Los adornos en el cabello como moños y hebillas son representativos de intentos de control. El cabello muy sombreado o con aspecto sucio se detectó en un 11 % con diagnóstico de BN, en un 21 % con AN y en TCAE y TCANE en un 6 %. Los cabellos en punta se presentaron en el 19 % de BN, en un 21 % con AN y en TCAE y TCANE en un 29 %. Un 7 %, 14 % y 6 % graficaron cabello con raya al medio en bulimia nerviosa, anorexia y TCAE y TCANE, respectivamente. Se adicionaron adornos en el cabello en 4 % con BN y en 7 % con AN.

Querol y Chaves Paz (2005) destacaron que el cuerpo cuadrado señala primitivismo y debilidad mental. El cuerpo estrecho es una representación de disconformidad corporal y conflicto en el esquema corporal. El dibujo del cuerpo con palotes es un signo de evasión, de falta de compromiso, infantilismo y un deseo de no darse a conocer. Mientras que la omisión de tronco exhibe una necesidad de reprimir o negar impulsos corporales. En relación al formato de cuerpo tipo cuadrado se manifestó en un 11% de evaluados con BN y en un 6 % con TCAE y TCANE.

Mientras que graficaron un cuerpo estrecho en un 15 % con BN, en un 14 % con AN y en un 18 % con TCAE y TCANE. El dibujo de partes del cuerpo con palotes se detectó BN en un 11 % y en AN en un 21 %. El tronco fue omitido en un 4 % con BN. Los hombros se postulan como una fachada de seguridad, sobrecompensación de sentimientos de inseguridad o inadaptación, un carácter dominante o autoritario. Los hombros muy grandes y musculosos pueden denotar una ambivalencia sexual. Las caderas se hallan ligadas a la sexualidad. La cintura es la línea divisoria entre lo sexual y lo emocional, por tanto los cinturones y adornos que remarcan la cintura, son intentos de controlar lo instintivo e indicativos de seducción. La cintura estrecha es una restricción forzada de impulsos. La asimetría de extremidades refiere a la impulsividad, la coordinación pobre y a la falta de equilibrio (Querol y Chaves Paz, 2005). Los hombros se detallaron en un 15 % con BN, un 7 % con AN y en TCAE y TCANE en un 6 %. A la vez que el 15 % con BN graficó hombros muy grandes o musculosos. Se mostró cadera en un 4 % con BN y cintura estrecha en 7 % con BN y en un 14 % con anorexia.

La asimetría en extremidades fue hallada en un 11 %, 14 % y 12 %, respectivamente para los diagnósticos de BN, anorexia y TCAE y TCANE. Querol y Chaves Paz indicaron que los gráficos con brazos largos y fuertes denotan una expresión de ambición, un deseo de incorporar el mundo, de aprisionarlo y de contenerlo. Los brazos ondulantes se han detectado según el análisis de las investigadoras en sujetos con problemas respiratorios. Si la figura humana graficada se realiza sin brazos puede deberse a un abandono del mundo objetal, retracción de la libido o según el resto del dibujo, puede implicar tendencia al hurto, como así también es severos trastornos de personalidad. Los brazos pegados al cuerpo indican una dificultad para contactarse, tratándose de individuos reservados, retraídos, rígidos, con falta de plasticidad, con temor a manifestar impulsos hostiles, intentos de control excesivo sobre los impulsos y falta de adaptación al medio. Las manos indican la capacidad de tomar el mundo, de orientarse hacia él, la ausencia de manos indica lo contrario es decir la represión de impulsos y retracción, como así dificultades para dar o recibir. Si se grafican manos en forma inconclusa aluden a sentimientos de culpa. Las manos ocultas representan la evasión de problemas o acciones delictivas.

El dibujo de la palma de la mano y los dedos en adultos indica regresión. Las manos enguantadas son indicadores de control y ocultamiento. Los dedos unidos como manoplas manifiestan torpeza y falta de sutileza. Los dedos tipo garra son una forma aguerrida de enfrentar al mundo, agresión, egocentrismo y posesividad. Los dedos dibujados como líneas rectas refieren a agresión por sentimiento de falta de afecto. Los puños cerrados evidencian fortaleza, agresividad, manera de sostener las defensas, beligerancia y retracción.

Los brazos largos y fuertes no se detectaron, mientras que brazos ondulantes se manifestaron en un 7 % con BN y en un 6 % con TCAE y TCANE. Brazos pegados al cuerpo se manifestaron en un 6 % con AN y en un 18 % con TCAE y TCANE

Con respecto a las manos se halló dibujos en forma inconclusa en BN en un 30 %, en anorexia en un 29 % y en TCAE y TCANE en un 18 %. Se hallaron gráficos sin manos en un 7 %, 21 % y 24 %, según los trastornos de BN, AN y TCAE y TCANE. No se detectaron dibujos de la palma de la mano en reemplazo de dedos. Manos enguantadas se graficaron en un 15 % con BN, en AN en un 7 % y en TCAE y TCANE en una proporción del 6 %. Dedos unidos como manoplas se presentaron en un 7 %, 14 % y 18 % respectivamente para BN, anorexia y TCAE y TCANE. A la vez se manifestaron dedos tipo garra en los gráficos de un 11 % que padecen BN y de un 7 % con AN. No se exhibieron dedos dibujados con líneas rectas, a la vez que se encontró puño cerrado en un 4 % con BN y en un 6 % con TCAE y TCANE.

Los gráficos realizados con ausencia de pies indican desaliento, abatimiento, falta de ilusión, tristeza, resignación, baja autoestima, falta de confianza en sí mismo e inseguridad. Si los pies son graficados pequeños evidencian inseguridad de mantenerse en pie y dificultad para alcanzar metas. La desarmonía en los pies debe evaluarse en el contexto del resto del gráfico. Los pies descalzos señalan el deseo de mantenerse infantil y no querer realizar esfuerzos. Las articulaciones visibles pueden ser interpretadas como sentimiento de desintegración o de deficiencias orgánicas en el área graficada. Las piernas largas denotan una cierta lucha por la autonomía y deseo de independencia. A la vez que las piernas rellenas o gruesas representan sentimientos de inmovilidad. La doble línea de apoyo debajo de los pies

se señala como un signo de obsesividad, pudiendo simbolizar algún acontecimiento ocurrido en la infancia que quedó marcado y manifiesta una exagerada necesidad de apoyo. Los dibujos de la figura humana alta y esbelta exhiben un deseo de sobresalir, de mejorar, orgullo, vanidad y soberbia. A la vez que la figura con mucha musculatura indica narcisismo (Querol y Chaves Paz, 2005). Con ausencia de pies un 7 % con BN y un 12 % TCAE y TCANE se expresaron en tal sentido. No hallándose desarmonía en los pies, pies descalzos y articulaciones visibles, ni piernas largas ni dibujos altos y esbeltos en demasía, como así tampoco figuras muy anchas con excesos de musculatura. Sí se detectaron pies pequeños en un 7 % con BN y en un 7 % con AN. Piernas rellenas o muy gruesas se graficaron en un 12 % valorados con TCAE y TCANE. Realizaron doble línea de apoyo debajo de los pies en un 12 % con diagnóstico de TCAE y TCANE.

Querol y Chaves Paz (2005) señalan que se espera que los varones dibujen figuras masculinas y las mujeres, a su vez, figuras femeninas. Muchas veces el dibujo de una persona del sexo contrario indica, sin embargo, dificultades o conflictos en relaciones objétales primarias. Las figuras desnudas o bajo la ducha indican conflictiva sexual por diversa índole. Se identificó la identidad sexual en un 56 % con BN, en un 29 % con AN y en TCAE y TCANE en un 41 %.

Los dibujos de un personaje y no persona muestran que el sujeto se protege de la desintegración, representan objetos idealizados, con poderes omnipotentes y mágicos, o figuras persecutorias. Los títeres y marionetas aluden a vivencia de ridículo, burla, extrañeza frente al propio cuerpo. Las personas disfrazadas señalan ocultamiento, debiendo analizarse el tipo de disfraz elegido para el dibujo. El grafico de personaje tipo robot marca despersonalización y el dibujo de payaso autohostilidad y ocultamiento. El diseño de una estatua en reemplazo de la persona bajo la lluvia señala ideas delirantes y de omnipotencia (Querol y Chaves Paz, 2005). No se trazaron títeres ni marionetas, personas disfrazadas, personajes tipo robot, payaso o personaje de historieta ni estatua en los gráficos analizados.

Si bien una única técnica no aporta elementos completos para hacer un diagnóstico, se destaca que los pacientes evaluados ya poseían la valoración específica de

trastorno alimentario. Asimismo se seleccionó esta técnica por la sencillez y los múltiples datos clínicos que aporta. Es valiosa su incorporación y análisis de convergencias con otras técnicas de corte proyectivo.

A través de este material se intentó realizar un aporte a las características actuales de aquellos sujetos que padecen trastornos de la conducta alimentaria.

Se prevé la ampliación de la tarea con mayor cantidad de casos y relevar según el DSM 5 el resto de los diagnósticos. Atento a que estos gráficos se llevaron adelante al inicio del tratamiento podría presentar un interés especial realizar otra administración transcurrido un tiempo de proceso terapéutico y al finalizar el mismo, observando posibles variaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th , ed., text rev.). Washington D.C. APA.

American Psychiatric Association (2014). Guía de Consulta de los Criterios Diagnosticos del DSM 5. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana

Borda Pérez, M., Celemín Nieto, A., Celemín Nieto, An., Palacio, Leonardo, y Majul, Fajid. (2015). Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años en Barranquilla (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 31(1), 36-52. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01205522015000100006&lng=en&tyng=es

Dominguez, M. E. (sin año). Práctica de Investigación: La Psicología en el ámbito jurídico. Reflexiones ético-clínicas a través de un estudio cualitativo de casos. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/practicas_de_investigacion/775/textos_y_articulos/Consentimiento_informado_clinica_ninos_Dominguez.pdf

Farrera, S. (2009). Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes de Barcelona. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Barcelona.

Fernández Ruiz, M., Masjuan, N., Costa-Ball, D., y Cracco, C. (2015) Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el modelo circunplejo. *Ciencias Psicológicas Universidad Católica del Uruguay*, 2015; 9 (2): 153 - 162 ISSN 1688-4094

López Coutiño, Nuño Gutiérrez y Arias Ibáñez (2006). Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia. México: IMSS.

Losada, A. V. (2011). Abuso sexual infantil y patologías alimentarias. Tesis de Doctorado. Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía.

Losada, A., Leonardelli, E. y Magliola, M. (2015). Influencia Sociocultural y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 18 (1), 1-37

Losada, A. V. (2014). Uso en Investigación y Psicoterapia del Consentimiento Informado. En Kerman, B. y Ceberio, M. R. (Comps.) En búsqueda de las ciencias de la mente. Investigación en Psicología sistémica, cognitiva y neurocientífica (pp. 159-167). Buenos Aires: Ediciones Universidad de Flores.

Marmo, J. y Losada, A. V. (2013). Herramientas de Evaluación en Trastornos de la Conducta Alimentaria: Instrumentos de exploración diagnósticos para los Trastornos de la Conducta Alimentaria desde la Psicología. Madrid: Editorial Académica Española.

- Marmo, J. y Losada, A. V. (2014). Evaluación de la patología alimentaria a la luz del DSM 5. Revisión y sistematización de las Técnicas de evaluación psicológica y actualización del DSM 5 para los TCA. Madrid: Editorial Académica Española.
- Ortíz Montcada, M. D. C. y Álvarez Dardet Díaz, C. (2010). Informe de la epidemiología de la obesidad y las políticas públicas para su prevención. Observatorio de obesidad. Recuperado de http://www.ua.es/webs/opps/docs/informes/INFORME_DE_EPIDEMIOLOGIA_Y_POLITICA_DE_OBESIDAD_OPPS.pdf (4-12-2012)
- Querol, S. y Chaves Paz, M. (1997). Adaptación y aplicación del Test de la Persona Bajo la Lluvia. Buenos Aires: JVE Psiqué.
- Querol, S. M. y Chaves Paz, M. I. (2005). Test de la persona bajo la lluvia: adaptación y aplicación. Buenos Aires: Lugar.