



“La obesidad desde una mirada
psicoanalítica”

Trabajo Final de Carrera – Lic. Psicología
Facultad de Humanidades

Alumna: Analía Barbieri

Tutora: Lic. Cecilia López

MAT. 20805

I.D. 125355

BARBIERIANALIA@GMAIL.COM

INDICE

TÍTULO	2
RESUMEN	2
PRESENTACIÓN	3
PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	4
RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DE LA TEMÁTICA	4
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVO ESPECÍFICOS	5
ALCANCES Y LÍMITES	5
ANTECEDENTES	6
ESTADO DEL ARTE	7
MARCO TEÓRICO	9
METODOLOGÍA	14
CAPÍTULO 1: “La obesidad desde el modelo médico, clínico – nutricional”	16
CAPÍTULO 2: “Abordaje Psicoterapéutico y Psiquiátrico de la obesidad”	21
CAPÍTULO 3: “Abordaje Psicoanalítico de la obesidad en el marco del discurso capitalista”	26
CAPÍTULO 4: “Posibles coordenadas estructurales de la obesidad como fenómeno transestructural”	29
CAPÍTULO 5: “Clínica Psicoanalítica de la obesidad en la actualidad”	33
CONCLUSIÓN	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

Título: "La obesidad desde una mirada psicoanalítica"

Resumen

La siguiente tesina es una revisión bibliográfica acerca del tema de la obesidad, la cual es una patología considerada mundialmente como una pandemia en el último siglo. Hemos hecho un recorrido del tema a partir de la visión que tienen diferentes comunidades científicas de ella, la importancia de trabajar interdisciplinariamente y, a su vez, nos hemos centrado desde un marco teórico psicoanalítico de orientación lacaniana, en donde hemos partido desde el discurso capitalista actual, los actos compulsivos que se dan en diferentes sujetos en el día de hoy, llegando a la clínica psicoanalítica con sujetos obesos. El objetivo de nuestro trabajo es intentar demostrar que este marco teórico es efectivo a la hora de buscar un tratamiento posible para la obesidad que traiga consigo un cambio de posición en el sujeto y que los resultados sean a largo plazo. Entendemos dicho cambio de posición cuando el sujeto logra pasar del acto compulsivo a sintomatizar la obesidad.

Palabras claves: Obesidad, psicoanálisis, discurso capitalista, metáfora paterna, estrago materno, acto compulsivo y síntoma.

Introducción

Presentación del Tema

Actualmente la obesidad es considerada un problema de salud pública tanto a nivel nacional como Internacional. Se han realizado una serie de proyecciones, para el primer cuarto de este siglo y se considera que la mitad de la población mundial tendrá algún grado de obesidad o sobrepeso si no se aplican políticas públicas de prevención que frenen la expansión de la enfermedad.

Organismos como la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) han hecho foco en ella y han informado que los casos de obesidad se han triplicado entre 1980 y 2010. Según la OMS el sobrepeso y la obesidad infantil constituyen uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI. La preocupación por la temática es tal que se calcula que la obesidad infantil se ha casi triplicado en los últimos 30 años.

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS) indican que la prevalencia de obesidad en menores de 5 años es de 6,2% a nivel global, con un aumento de 33% desde el 2000 al 2016. Por su parte, América latina presenta un porcentaje de 7,2% y Argentina de 9,9% en dicha población.

Según el Dr. Xavier Medina "La obesidad es una enfermedad que cabalga entre los límites de la medicina, la nutrición, la psicología y el ámbito de lo sociocultural" (2014, p.67).

Es por lo mencionado anteriormente que consideramos y trataremos de hacer ver en el desarrollo de esta tesina la importancia de un trabajo interdisciplinario para el abordaje de la obesidad.

El paradigma de la medicina moderna, ha seguido el modelo de las ciencias físicas basado en el conocimiento experimental de la naturaleza: en él las mediciones juegan un rol preponderante. Los valores normales y los desvíos definen tanto el nivel de sustancias en sangre, como la presión arterial adecuada, o la relación peso-altura óptima, conocida como Índice de Masa Corporal (IMC), la salud o la enfermedad. La estrategia explicativa que permite definir a esos valores como ideales a ser alcanzados se fundamenta en la frecuencia y regularidad con que ellos se presentan en el conjunto de la población (Caponi en Figari Puyo, 2015, p. 5).

En el presente trabajo final de carrera, intentaremos dar cuenta de la importancia que tiene la subjetividad a la hora de un tratamiento con un paciente obeso. Según Scotta:

En la obesidad, el psiquismo inconsciente se mezcla con los procesos somáticos y sale a la superficie como comportamiento compulsivo. En la conciencia solo consigue filtrarse la acción de comer en piloto automático (...)

mientras tanto, y a espaldas del atracón sin sujeto, en el organismo la grasa crónicamente depositada decanta de energía que ha dejado de funcionar como tal (...) un ansia paradójal sin energía. Una máquina devoradora sin combustible que, sin embargo, sigue en marcha (...) un yo que se queda sin objeto afuera por culpa de una pulsión que hace rato dejó de servir a la autoconservación pues termina devorándose al propio yo (...) un sujeto que solo tendrá la chance de aparecer ante la pregunta del psicoanalista: "¿Qué le pasa que come así?" y la respuesta que siempre surge: "no sé" se haga escuchar en serio. La obesidad resulta de este modo la enfermedad actual de la ignorancia, tanto de los pacientes como de los profesionales comprometidos en su tratamiento (Scotta, 2014, p.2).

Problema y Pregunta de investigación

Se ha considerado como problema, eje del desarrollo de este trabajo, el incremento en los casos de obesidad que hay en la actualidad. El problema es claro y las estadísticas lo demuestran, consideramos que si bien sería importante un abordaje de la problemática realizando una intervención a nivel de prevención primaria en las sociedades, la obesidad sigue creciendo porque aún no está acordado el modo de abordarla en su tratamiento.

Desde una perspectiva sanitaria, la obesidad es definida actualmente como una enfermedad nutricional cónica de origen multifactorial, con implicación de factores biológicos, ambientales, socioculturales y psicológicos, que se manifiesta por una alteración en la composición corporal caracterizada por un aumento del tejido adiposo o cuerpo graso (OMS en Canales Bravo, 2014, p. 5).

La pregunta que pretende responder el trabajo, debido al problema planteado y dado a que en la actualidad hay tantos abordajes dispares entre sí y disciplinas que abordan esta enfermedad es: ¿En qué consiste la eficacia del tratamiento psicoanalítico en la clínica de pacientes obesos?

Relevancia de la temática

En congresos de médicos se habla de "la epidemia del Siglo XXI" para dimensionar uno de los fenómenos más notables de nuestra época: la obesidad. Desde hace aproximadamente 30 años, el incremento de personas con sobrepeso y obesidad presenta una masividad que escapó a todo cálculo.

Parece que nadie se lo había imaginado. Y sorprenden aún más las proyecciones estadísticas que nos amenazan (Scotta, 2014, p.1).

Consideramos que es importante investigar sobre este tema y la modalidad de abordarlo ya que a lo largo de los años provenientes habrá más casos de obesidad y es de nuestro interés que profesionales de la Psicología consideren de utilidad las conclusiones a las que llegue este trabajo de revisión bibliográfica. Por otro lado, también consideramos de interés que profesionales de otras comunidades científicas encuentren esta tesina como una material de consulta al momento de pensar en un tratamiento interdisciplinario de la obesidad.

Es un hecho que la obesidad afecta a un gran porcentaje de individuos a nivel mundial, en esto coinciden distintas disciplinas que abordan al paciente que la padece a la hora de un tratamiento. Este trabajo final de carrera propone, dentro de la Psicología, prestar un panorama del abordaje psicoanalítico del paciente obeso e intentará dar cuenta que con este se pueden lograr cambios a largo plazo y así mejorar su calidad de vida.

Objetivo General

Analizar la obesidad desde el abordaje médico y psicoterapéutico en la actualidad.

Objetivos Específicos

- Desarrollar el concepto de obesidad desde el Índice de Masa Corporal utilizado por el modelo médico.
- Diferenciar el abordaje psicoterapéutico y psiquiátrico en el tratamiento de la obesidad.
- Indagar el abordaje psicoanalítico de la obesidad en el marco del discurso capitalista.

Alcances y Límites

En la siguiente tesina se trabajará el concepto de obesidad a través de constructos actuales, considerando al paciente adulto que la padece. No tomaremos en consideración otras etapas evolutivas como así tampoco el concepto de obesidad del siglo anterior. Contemplamos mayoritariamente la visión que tiene el psicoanálisis de orientación lacaniana sobre esta temática, el cual es el marco teórico que orienta este trabajo. Se mencionará el marco de la Psicología Cognitiva conductual, teniendo en consideración alguno de sus aportes junto a el abordaje psiquiátrico. Sabemos que existen otros marcos psicológicos y otros abordajes clínicos pero no serán considerados en esta investigación. Tampoco tendremos en consideración otras patologías de acto compulsivos tales como la bulimia, la anorexia, el consumo de sustancias y el sobrepeso.

Antecedentes

La obesidad no siempre ha tenido esta connotación de enfermedad tal como se le atribuye actualmente, ya que históricamente ha desempeñado también la labor de protección ante inclemencias climáticas, otras veces de protección ante la hambruna y las carencias, incluso algunas veces como una forma de demostrar el poderío económico y social ante el grupo en donde se encontrase la persona obesa, en otras ocasiones ha representado una forma de atractivo sexual, de fertilidad, fidelidad, etc. (Montero en Mesa Peña y Moral de la Rubia, 2011, p.2).

Si nos remontamos al pasado de la humanidad, específicamente a la prehistoria, la alimentación acataba solamente a una necesidad biológica y a la supervivencia. Si hubo un hecho que empezó a cambiar esta visión y a su vez produjo cambios en la estructura social fue la agricultura.

Nuestros ancestros desarrollaron prácticas agrícolas hace unos 10 mil años y, si bien dicho advenimiento fue muy favorable en múltiples aspectos, marcó un período caótico en lo que a los cuerpos se refiere, de ajuste a alimentos extraños. Entre las consecuencias que el cambio de alimentación generó, los registros fósiles nos dicen que se produjo una disminución masiva del promedio de estatura, un incremento rápido de enfermedades y obesidad. Todo esto en el marco de una población que sobrevivió a la transición de un estilo de vida de caza y recolección a una dependiente de la agricultura (Ravenna, 2011, p.31).

La irrupción de la agricultura modificó la modalidad nómada que tenían las sociedades para dar a luz a un modo de vida más sedentario, de esta manera podemos ver cómo surge el binomio en el cual el modelo médico y nutricional clásico pone el foco: mucho ingreso calórico y poco egreso del mismo, falta de actividad física y a su vez un cambio en la calidad de los alimentos.

En verdad, el obeso ha sido durante siglos víctima de una imagen corporal nunca contemplada como neutra, sobre la cual se han proyectado todo tipo de atribuciones y que ha generado actitudes contrapuestas. Denostado o admirado según las épocas y las culturas (objeto de espectáculo, revelación de poder, signo de prestigio social o de perversión) no ha podido escapar al rótulo de "enfermo" (Ravenna, 2011, p.33).

Si intentamos hacer un recorrido por el concepto de obesidad dentro de los aportes de la teoría psicoanalítica encontraremos a Hilde Bruch (1979) como una de las pioneras en la temática de la conducta alimentaria. La autora advierte que no es posible hablar de una personalidad básica en las personas que presentan esta patología como tampoco se puede asumir que estos individuos tengan algún desorden "emocional" o alguna enfermedad mental.

Según esta autora, este tipo de alteración es resultado de insatisfacciones orales tempranas y distorsiones comunicacionales en la relación madre-hijo, que explican tanto la actitud de dependencia de los obesos hacia los alimentos, así como la tendencia de estos sujetos a responder con un aumento de ingesta ante diversas exigencias emocionales (Canales Bravo, 2014, p.23).

En la década de los años 50 miembros de la escuela Argentina de Psicoanálisis desarrollan varias hipótesis sobre ciertos factores psicológicos que puedan desarrollar la obesidad.

A partir de la década del '70, la obesidad comienza a transformarse en un fenómeno sanitario con gran prevalencia a nivel mundial, con lo cual se abre una discusión dentro de la comunidad científica respecto a las posibles causas de esta enfermedad. Es en esta época cuando se comienza a concebir la obesidad como una enfermedad multifactorial, en la que intervienen factores biomédicos, sociales, nutricionales y psicológicos (Canales Bravo, 2014, p.35).

La OMS y la OPS indican que la prevalencia de obesidad en menores de 5 años es de 6,2% a nivel global, con un aumento de 33% desde el 2000 al 2016. Por su parte, América latina presenta un porcentaje de 7,2% y Argentina de 9,9% en dicha población

Estado del Arte

Iniciaremos relacionando a la obesidad con la Medicina, donde dicha ciencia, a partir de los lineamientos de la OMS, la considera como una enfermedad metabólica y a su vez desde el año 1998 la ha clasificado como una pandemia. Desde otras miradas clínicas, dentro del campo de la Medicina, la consideran una enfermedad crónica tal como lo hacen con la diabetes, la hipertensión arterial, etc. Al tenerla en cuenta como enfermedad crónica, consideran que su tratamiento es a largo plazo y es por ello que distintos organismos plantean como central el hecho de implementar planes de prevención en la sociedad ya que es un tema de bienestar social como así también de índole económica.

“Se trata del segundo motivo de muerte prevenible (la primera es el tabaquismo), de elevados costos socioeconómicos, pero a juicio de expertos no recibe suficiente atención por parte de gobiernos, instituciones y de la sociedad en conjunto” (Guerra, 2013, p.424).

Si nos centramos en el motivo que plantea la Medicina como causante de la enfermedad es la mala alimentación de los individuos, considerando un desbalance entre la ingesta de calorías a través de los alimentos y el gasto de las mismas a través de actividad física. Jorge Alfonso Guerra, médico cubano refiere: “ Hay que comer sano, que contemple disminuir la cantidad de calorías ingeridas, que cubra todas las necesidades biológicas y con raciones medidas” y propone como las bases del tratamiento: “ disminuir la ingesta energética e incrementar la actividad física sistemática” (Guerra, 2013, p.425).

Por su lado, la psiquiatría no considera a la obesidad como un trastorno mental, pero sí están muy interesados en estudiar cierta relación entre la obesidad y posibles alteraciones psicológicas concomitantes y los psiquiatras Baile y González refieren: “ cada vez disponemos de mayor evidencia de la posible existencia de cierta comorbilidad psicopatológica en la obesidad” (Baile, González, 2011, p.254).

Dicha comorbilidad parece estar relacionada con trastornos del estado ánimo, la ansiedad, el consumo de sustancias y los trastornos del comportamiento alimentario.

Aún la psiquiatría se pregunta y sus investigaciones más recientes, realizadas en los últimos 10 años, tienen como eje el poder determinar a la obesidad como causa o consecuencia de algún trastorno mental.

Al considerar a la obesidad desde la mirada de la Psicoterapia, hemos tomado las últimas investigaciones desde la mirada de la terapia Cognitivo-Conductual. El objetivo de esta terapia es la de modificar el peso del individuo en tratamiento como así también los hábitos alimentarios. También como parte de dicho tratamiento plantean un programa de seguimiento y mantenimiento a lo largo de los años luego de haber perdido peso (Lafuente, 2011, p.1941).

Mercedes Lafuente, psicóloga especializada en trastornos de la conducta alimentaria, refiere: “El planteamiento global del tratamiento se centra en cambiar el estilo de vida y este cambio está dirigido preferentemente a tres aspectos: la conducta alimentaria, propiamente dicha, la modificación de la vida sedentaria por un aumento regular de ejercicio físico y la modificación de los factores de la vida emocional que repercuten en la obesidad” (Lafuente, 2011, p.1941).

Para concluir tomaremos el punto de vista de la obesidad que tiene el psicoanálisis desde Sigmund Freud, si bien cronológicamente sus teorías pertenecen al siglo pasado, sus basamentos tienen vigencia en las prácticas psicoanalíticas actuales.

Nos centramos en su texto “La Perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis” presentado en 1910, dónde Freud menciona por primera vez el término de “pulsiones yoicas”, relacionándolas con las de “autoconservación” y con la operación de la represión.

Freud en este texto se refiere al Psicoanálisis como: "una concepción dinámica que reconduce la vida anímica a un juego de fuerzas que se promueven y se inhiben las unas a las otras" (Freud S., 1910, p.210).

A su vez se refiere al proceso de represión y le da un papel importante en la vida anímica de los sujetos. Mediante la compulsión a la repetición, la represión es fallida y dará lugar a la formación de un síntoma.

Es aquí donde menciona la investigación orgánica, donde podemos llegar a tomar la obesidad como una patología de acto compulsivo y de "solicitud somática" en caso de cuadros histéricos en palabras de Freud.

Por su lado, Pierre Marty (1974), conceptualizaba lo que llamó la "obesidad de carácter" como "el resultado somático de una serie de movimientos regresivos que permiten evitar la desorganización psíquica, ubicándola dentro de las neurosis de carácter" (Canales Bravo, 2014, p.36).

Este autor considera en el caso de la obesidad, una apertura de una "defensa somática" que correspondería a la compulsión de la ingesta de alimentos y un sistema de regresiones en el plano oral.

Luis Chiozza (1996), quién también tuvo una teoría psicósomática, difiere con lo planteado Marty (1974) en cuanto al plano de la oralidad y destaca las llamadas "fantasías adiposas".

En el caso de la regresión al punto de fijación adiposo, la frustración actual quedará impregnada con la cualidad propia de la libido adiposa, de este modo, el conflicto adiposo, centrado en la dificultad para sentirse, como vimos energéticamente potente. Por ejemplo, la pérdida de un objeto que satisfacía la libido genital o la dificultad de sublimar o, incluso, la dificultad para materializar proyectos, se vivencian como la necesidad de llevar a cabo un crecimiento corporal para el cual no se dispone de suficiente energía acumulada, en otras palabras, para el cual el sujeto no se siente energéticamente preparado (Chiozza, 1996, p.143).

Si bien no consideramos a la obesidad como una enfermedad psicósomática porque no es nuestra perspectiva, los lineamientos teóricos que los autores proponen dan cuenta del estado del arte de nuestra investigación.

Marco Teórico

El marco teórico de la siguiente tesina está fundado en el psicoanálisis de orientación lacaniana. Hemos construido este marco determinando la siguiente lógica: en principio enumeraremos algunos conceptos centrales que vamos a utilizar en la tesina desde definiciones claras y precisas entendiendo que un marco teórico parte de axiomas a través de los cuales se articulan los conceptos para el desarrollo de la investigación, para dichas

definiciones, hemos elegido tomar entre otros autores a Roland Chemama y a Dylan Evans, luego cuando hayamos terminado la transcripción de los conceptos que vamos a utilizar a modo de axiomas, haremos una articulación entre los mismos al estilo de un rompe cabezas para poder definir el paisaje de nuestro marco teórico.

Complejo de Edipo 1) conjunto de los investimentos amorosos y hostiles que el niño hace sobre los padres durante la fase fálica. 2) proceso que debe conducir a la desaparición de estos investimentos y a su reemplazo por identificaciones.

(...)

SIGNIFICACION DEL EDIPO. La significación del Edipo no debe ser reducida al conflicto edípico imaginario, a lo que J. Lacan llama, "la fantochada de la rivalidad sexual". El pasaje por el Edipo desemboca en la posición heterosexual y en la formación del superyó, en el que Freud ve la fuente de la moral y la religión.

La representación triangular propuesta frecuentemente no da cuenta de la función de Edipo porque no muestra que se trata de un proceso y porque a *fortiori* no indica nada sobre su desenlace. Esto obedece a que atribuye al padre y a la madre posiciones simétricas que no son las de ellos. Freud, en efecto, habla de "un solo punto concreto": la actitud hacia el padre, que determina la evolución del complejo tanto en el varón como en la niña.

Por eso Lacan no utiliza esta representación triangular sino que se refiere a la cuestión que se plantea es la de las consecuencias de la normalización edípica. Freud comprueba que está en el origen de un "fervor nostálgico" respecto del padre (*El yo y el Ello*). Lacan lo retoma diciendo que el mito edípico "no termina con la teología" (*Escritos*) sino que va más allá: afirma que el mito edípico atribuye al padre la exigencia de la castración (con la consecuencia importante de que esta adquiere la significación de un don demandado por el Otro) mientras que no es más que una consecuencia de la sumisión del ser humano al significante (Chemama, 1998, p.122-123).

Para Lacan, el complejo de Edipo es la estructura triangular paradigmática, que contrasta con todas las relaciones duales. La función clave del complejo de Edipo es entonces la del PADRE, el tercer término que transforma la relación dual entre la madre y el niño en una estructura triádica.

De modo que el complejo de Edipo no es nada menos que el pasaje desde el orden imaginario al orden simbólico, "la conquista de la relación simbólica como tal". El hecho del que el pasaje a lo simbólico se realice a través de una

dialéctica sexual compleja significa que el sujeto no puede tener acceso al orden simbólico sin enfrentar el problema de la diferencia sexual.

En *El seminario, Libro V*, Lacan analiza este pasaje de lo imaginario a lo simbólico, identificando tres "tiempos" del complejo de Edipo, en una secuencia de prioridades lógicas más bien que cronológicas (Evans, 2016, p. 54-55).

Metáfora Paterna La frase "metáfora paterna" es introducida por Lacan en 1957 (S4, 379). En 1958 continúa elaborando la estructura de esta metáfora, ella supone la sustitución de un significante (el deseo de la madre) por otro (el nombre del padre).

De modo que la metáfora paterna designa el carácter metafórico (es decir, sustitutivo) del propio complejo de Edipo. Es la metáfora fundamental de la que dependen todas las significaciones: por esta razón, toda significación es fálica. Si el Nombre-del-Padre está forcluido (como en la psicosis), no puede haber metáfora paterna, y por lo tanto tampoco ninguna significación fálica (Evans, 2016, p. 128).

Por su lado Lacan en su Seminario 17 (1992) con respecto al papel de la madre, plantea lo siguiente:

El papel de la madre es el deseo de la madre. Esto es capital. El deseo de la madre no es algo que pueda soportarse tal cual, que pueda resultarles indiferente. Siempre produce estragos. Es estar dentro de la boca de un cocodrilo, eso es la madre. No se sabe qué mosca puede llegar a picarle de repente y va y cierra la boca. Eso es el deseo de la madre.

(Lacan, 1992, pp.118-119)

Por otro lado, el deseo de la mujer de tener un hijo tiene sus raíces en la envidia al pene del hombre. Cuando la niña comprende por primera vez que no tiene un pene, se siente privada de algo valioso, e intenta compensar esta falta obteniendo un niño como sustituto simbólico del pene que le ha sido negado (Freud, 1924b).

Lacan sigue a Freud, y dice que el hijo siempre representa para la madre un sustituto del falo simbólico que a ella le falta.

Sin embargo, Lacan subraya que este sustituto nunca satisface realmente a la madre, su deseo del falo persiste aún después de tener el hijo (Evans, 2016, p.123).

Compulsión Clínicamente, tipo de conductas que el sujeto se ve impelido a ejecutar por una coacción interna. Un pensamiento (obsesión), un acto, una operación defensiva, o incluso una compleja secuencia de comportamientos, se califican de compulsivos cuando su no realización se siente como desencadenante de cierto grado de angustia (Laplanche, Pontalis, 1996, p.67)

Síntoma Fenómeno subjetivo que, para el psicoanálisis, constituye no el signo de una enfermedad sino la expresión de un conflicto inconsciente.

(...)

Los posfreudianos van a insistir en la formación de compromiso. Lacan, por su parte, comienza por decir en 1958 que el síntoma "va en el sentido de reconocimiento, pero este deseo permanece excluido, reprimido". Interesándose en lo real en tanto está comprometido en una relación singular con lo simbólico y lo imaginario, Lacan destaca que el síntoma no es el signo de un disfuncionamiento orgánico, como lo es normalmente para el médico y su saber médico: "viene de lo real, es lo real" (Chemama, 1998, p.413).

A su vez desarrollaremos y tendremos en cuenta las características del método psicoanalítico planteado por Jacques-Alain Miller, quien plantea 3 niveles en el inicio del tratamiento y en la dirección de la cura:

- 1) **Avaluación clínica:** Hay casos en los que la diferenciación de las estructuras es difícil. A veces, después de una entrevista diagnóstica preliminar, un psicoanalista puede dudar, y eso puede llevarlo a recusar la demanda, a prolongar el tiempo de las entrevistas preliminares, más aún, a asumir un riesgo más o menos calculado.
- 2) **Localización subjetiva:** El nivel descriptivo no es de mucha valía en la experiencia analítica (...) "Lo esencial es lo que el paciente dice", lo que significa separarnos de la dimensión del hecho para entrar en la dimensión del dicho, que no está muy lejos de la dimensión del derecho (...). De esta manera, ir de los hechos a los dichos no es suficiente.
- 3) **Introducción al Inconsciente:** (...) también el vínculo de la boca con la "dicción", con un sentimiento de que, cuando la boca puede hablar libremente, lo que sale de ahí no son bendiciones sino maldiciones, maldichos. De ahí que Lacan diga que la ética del psicoanálisis consiste en el "bien - decir" (...) En el análisis no se dan bendiciones. Lo que se da es a aprender que lo que se habla se diga bien. En el psicoanálisis se puede aprender un bien-decir.

Como hay un vínculo entre estos tres niveles, llamaremos al vínculo entre (1) y (2), "subjetivación", y entre (2) y (3), "rectificación" (Miller, J.A., 2006, p.20-21; 49-60).

Tomaremos para el desarrollo de esta tesina, los conocimientos de Doménico Cosenza y sus planteos en donde considera la clínica con sujetos obesos una clínica del rechazo y la angustia. Claudio Godoy, al realizar una reseña del libro "La comida y el inconsciente" de Cosenza refiere:

El autor cuestiona la universalidad homogeneizante de los "trastornos alimenticios" mostrando cómo, desde la perspectiva psicoanalítica, pueden situarse diversas funciones de los mismos, o pueden articularse – muchas veces opacándola- ya sea a la estructura neurótica o psicótica, o a las formas de rechazo del cuerpo sexuado (...) El concepto de "rechazo" presenta así múltiples aristas (...) ya sea el del Otro parental a la singularidad del sujeto, que no logra hacerse un lugar en un discurso "lleno" (2013, p.1).

Nieves Soria, psicoanalista y miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana y de la Asociación Mundial del Psicoanálisis, aborda psicoanalíticamente a pacientes obesos y tanto sus conocimientos como la clínica que la autora ha presentado en distintos escritos han sido esenciales para el desarrollo de esta tesina.

El abordaje psicoanalítico de pacientes obesos es una experiencia en la que se pone en juego lo más singular del paciente. Por esta razón, en cada caso "la obesidad" no será la misma cosa, ni tampoco tendrá el mismo destino (...) la posición del sujeto obeso es infantil (...) El rebajamiento del deseo a la demanda es la operación a la que se entrega en forma permanente el sujeto obeso. Logra así taponar la hiancia, la falta en la que consiste el objeto del deseo, con un objeto "pleno", objeto de la necesidad: el alimento. Lo imposible de la tarea se verifica en el carácter de lo compulsivo e inagotable de la misma: encontramos en ese rasgo un vacío imposible de ser llenado, vertiente melancólica de toda obesidad. (Soria, 2016, p.3).

La articulación de nuestro marco teórico a partir de las definiciones dadas será la siguiente, previo a adentrarnos en dicha articulación queremos enunciar que en este trabajo de investigación, dado que el tratamiento del sujeto obeso es interdisciplinario, partiremos desde la ciencia médica definiendo la obesidad cómo actualmente se hace con frecuencia con el índice de masa corporal y la diferencia entre obesidad y sobrepeso.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²). Utilizando dicho indicador, un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso y un IMC igual o superior a 30 determina obesidad (OMS, 2018).

Dicho esto pasaremos a la mencionada articulación de los conceptos teóricos que vamos a utilizar en el desarrollo de esta investigación.

Hemos tomado lo que ha presentado Lacan en el Seminario 17, con respecto al deseo de la madre, ya que al profundizar en una clínica psicoanalítica de la obesidad podemos notar la relación que ciertos autores encuentran entre la obesidad y este Otro parental, el sujeto queda en el lugar de Objeto del deseo de la madre y no en el de sujeto deseante. Lacan al hacer referencia a la "boca del cocodrilo" menciona que: " Hay un palo, de piedra por supuesto, que está ahí, en potencia, en la boca, y eso la contiene, la traba" (Lacan, J., 2008, p.118).

En la obesidad podemos inferir que tal palo, no estuvo presente consistentemente o de haberlo estado fue en una dimensión imaginaria y a su vez también podemos inferir que no ha sido de "piedra", dada la metáfora que encontró Lacan para describirlo como inquebrantable, sino que ha sido más vulnerable y no ha sido consistente en la dimensión simbólica en la separación madre/hijo quedando ese hijo en el lugar de objeto.

Es por ello que hemos desarrollado como parte de nuestros axiomas principales los conceptos de Complejo de Edipo, donde Lacan Introduce la definición de Metáfora Paterna. Es una metáfora ya que se da la sustitución del significante Deseo de la Madre por el del Nombre del Padre. Si nos remitimos a lo desarrollado por quienes hoy clínicamente abordan a pacientes obesos y refieren esta relación dual entre madre/hijo, se podría revisar que es lo que pasó en etapas tempranas donde el padre debió tener una función clave de transformar esta dualidad en una estructura triádica, mediante la castración.

Con respecto al método psicoanalítico hemos considerado los lineamientos de Miller ya que al hablar de un tratamiento posible para la obesidad nos interesó mencionar los tres niveles que él define en la dirección a la cura. En un primer nivel el psicoanalista avala el decir del paciente, hay un aval en cuanto al síntoma, que el paciente dice padecer. A lo largo del análisis se trabaja conjuntamente y se llega a que el paciente logre ver el origen o causa de su sufrimiento desde un punto de vista diferente con el que llegó al espacio analítico.

Nos parece interesante en el segundo paso lógico, el de la localización subjetiva, retomar lo que refiere Miller (2006) al expresar: " separarnos de la dimensión del hecho para entrar en la dimensión del dicho, que no está muy lejos de la dimensión del derecho" (Miller, J.A., 2006, p.38).

Cuando Miller (2006) hace referencia a la asociación entre el dicho y el derecho, consideramos que relaciona ambos conceptos desde el punto de vista de algo que es consensuado, donde hay reglas, leyes, esos dichos consideramos que están dentro de lo "esperable", las características anteriormente mencionadas son del terreno de la conciencia y

no del Inconciente, que es la dimensión que en un tercer paso lógico, el sujeto en análisis comenzará a transitar.

Con respecto a la introducción al Inconciente, tercer y último paso lógico que plantea Miller, retomamos la idea de que en este nivel es cuando el paciente adquiere realmente la convicción de la existencia del inconciente y se convierte en un sujeto en análisis. Estaremos en presencia de un acto analítico en donde no siempre se dicen "bendiciones" en el sentido de lo consensuado, lo permitido, lo esperable, es decir, lo que en un terreno consciente sería juzgable como un "mal dicho", en un espacio analítico puede ser un "bien- decir". Este bien – decir no siempre es lo esperable, pero lo es desde un lugar deseante. Es en estos bien dichos, donde habla realmente el sujeto del inconciente y soporta los lapsus, los malos entendidos, las formaciones del lcc.

Brevemente, también nos interesa retomar los dos vínculos que define Miller entre los niveles. El primero es el de la subjetivación, refiere al individuo sufriente que quiere ingresar a un análisis, donde prevalece la queja, que aún está muy impregnado de los mandatos sociales, las leyes, lo "esperable" y luego con la subjetivación empieza a haber cierta implicación subjetiva. El otro vínculo que menciona es el de la rectificación, en donde este sujeto sufriente que hemos descripto en el vínculo anterior debe tomar una decisión que es la clave para continuar o no el análisis. El sujeto debe decidir si rectifica su posición con la que ha llegado y se empieza a implicar en lo que le pasa, asumiendo que mucho de ese sufrimiento con el que ha llegado es provocado por el mismo o de lo contrario ratifica que el Otro es "la causa de sus males" como se suele decir con bastante asiduidad,

Habiendo planteado la generalidad de la introducción al método psicoanalítico por Miller, abarcamos ahora la especificidad del sujeto obeso en el tratamiento, hemos trabajado con los conceptos que nos prestan Doménico Cosenza y Nieves Soria.

Cosenza, por su parte, refiere a un tratamiento del sujeto obeso en donde la finalidad de la cura, tendrá que ver, en esta clínica de la angustia, con localizar la vertiente compulsiva y poder sintomatizarla. En definitiva se trata de sintomatizar el acto compulsivo.

Los autores refieren la importancia de poder sintomatizar, ya que es a través de la existencia del síntoma desde donde el sujeto podrá ingresar a un análisis, interrogarse a través de él y que no sea un mero acto compulsivo, tal como refiere Scotta (2014):

En la obesidad, el psiquismo inconsciente se mezcla con los procesos somáticos y sale a la superficie como comportamiento compulsivo. En la conciencia solo consigue filtrarse la acción de comer en piloto automático (Scotta, 2014, p.2).

Por último, siguiendo a Nieves Soria para detallar el concepto de estrago en la clínica, ella refiere a un "avasallamiento", donde el sujeto queda sometido a la tiranía de la demanda del Otro y a su vez se genera esa ambivalencia afectiva, entre el amor y el odio, tan

característica en los sujetos obesos. En palabras de la autora " un fort-da eterno, jugado en el campo del espejo".

Metodología

El siguiente trabajo ha sido realizado bajo el método de revisión bibliográfica y es un tipo de investigación descriptiva, ya que intentaremos dar cuenta de cómo es y se manifiesta la obesidad desde una mirada psicoanalítica para dar respuesta a las preguntas específicas que hemos planteado en torno al tema. Haremos esta investigación en un contexto teórico – clínico.

Índice Comentado

Capítulo 1: La obesidad desde el modelo médico, clínico - nutricional. En este capítulo tomaremos la definición de obesidad que presta la OMS a su vez describiremos el diagnóstico médico actual de la obesidad tomando el índice de masa corporal. Tendremos en cuenta la relación de la obesidad con otras enfermedades y la comorbilidad con las mismas y lo finalizaremos con el tratamiento actual de la obesidad en Argentina.

Capítulo 2: Abordaje Psicoterapéutico y Psiquiátrico de la obesidad. En este capítulo comenzaremos dando cuenta de la perspectiva psiquiátrica actual de la obesidad donde se definen ciertas alteraciones psicológicas tales como la imagen corporal, atracón alimentario, Ansiedad, depresión, Trastornos en la sexualidad y luego definiremos brevemente el abordaje de la Psicoterapia Cognitivo Conductual de la obesidad en la actualidad con el objetivo de señalar otros marcos teóricos posibles aun cuando no sea la orientación principal de nuestra tesina.

Finalmente consideramos que si bien los aportes psicoterapéuticos son importantes junto al tratamiento psiquiátrico creemos que el marco psicoanalítico puede dar cuenta a la posición subjetiva del paciente obeso siendo este un indicador más para lograr un tratamiento eficaz y a largo plazo.

Capítulo 3: Abordaje Psicoanalítico de la obesidad en el marco del discurso capitalista. Consideramos que el discurso capitalista, con sus características tales como el imperativo a gozar o sus presentaciones sintomáticas empujan a la obesidad.

Capítulo 4: Posibles coordenadas estructurales de la obesidad como fenómeno transestructural. En este capítulo definimos a la patología de acto dentro del campo de la compulsión y al síntoma como formación sustitutiva, logrando el pasaje de uno a otro en el tratamiento psicoanalítico para que el sujeto pueda implicarse subjetivamente en lo que le acontece.

Capítulo 5: Clínica psicoanalítica de la obesidad en la actualidad. En este último capítulo a través del método psicoanalítico presentado por Miller, veremos cómo ciertos psicoanalistas piensan y abordan el tratamiento de sujetos obesos, y terminaremos el mismo, presentando ciertas viñetas clínicas para dar cuenta de la eficacia del psicoanálisis.

Capítulo 1: "La obesidad desde el modelo médico, clínico – nutricional"

Tal como lo mencionamos anteriormente, la obesidad, es considerada hoy en día una enfermedad crónica y dado a que ha crecido exponencialmente el número de casos en la población, distintos organismos de salud la consideran una epidemia, a su vez esta enfermedad trae aparejado otros conflictos de salud en la persona que la padece y es por ello que debe considerarse un tema de importancia en el área de salud pública y que tal como lo mencionan Meza Peña y Moral de la Rubia "La obesidad como problema de salud ocupa a la comunidad científica, y el campo de la psicología no ha quedado ajeno a este interés" (2011, p.2).

Los informes publicados por la Organización Mundial de la Salud indican que la prevalencia de esta enfermedad ha tenido un aumento creciente y progresivo en todo el mundo, llegando a triplicarse entre los años 1980 y 2010 (OMS, 2012)

Según la OMS la obesidad se define como "La acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud" (OMS, 2018). Dicho organismo, utiliza para diagnosticar la obesidad el Índice de masa corporal, entendido este como:

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2) (OMS, 2018)

Utilizando dicho indicador, un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso y un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

Índice de Masa Corporal	Rango
15 o menos	Delgadez muy severa
15 – 15,9	Delgadez severa
16 – 18,4	Delgadez
18,5 – 24,9	Peso saludable
25 -29,9	Sobrepeso
30 – 34,9	Obesidad Severa
40 o más	Obesidad mórbida.

Desde una mirada médica de la enfermedad, al evaluar los factores que intervienen en la etiología de la misma, se toma en cuenta la regulación del peso corporal y esto se hace a través del balance de energía.

“En general, el estado corporal del ‘balance energético’ viene determinado por la cantidad de energía ingerida en los alimentos en relación con la cantidad de energía gastada en el metabolismo y la actividad física” (Lakka & Bouchard, 2007, p.15)

Esta perspectiva considera las mencionadas a continuación como las causas más frecuentes de sobrepeso y obesidad:

- 1- Presencia de variaciones genéticas responsables de la susceptibilidad a padecer obesidad
- 2- Pérdida de balance entre la ingestión de energía y el gasto que se produce con el ejercicio
- 3- Falta de actividades deportivas de mediano y alto gasto energético de manera regular, es decir, tres o más veces por semana.
- 4- Realización de actividades sedentarias por más de tres horas al día (García García et al, 2008, p.4)

Se pone especial énfasis en la regulación del peso corporal y la clave para entender este concepto es el “balance energético”

En general, el estado corporal del ‘balance energético’ viene determinado por la cantidad de energía ingerida en los alimentos en relación con la cantidad de energía gastada en el metabolismo y la actividad física (Lakka & Bouchard, 2007 en Canales Bravo, 2014, p.11) Para mantener un peso corporal estable a lo largo del tiempo, el aporte energético debe igualar exactamente el gasto energético. Un “balance energético negativo” (donde el consumo de energía excede a su aporte) produce una pérdida de peso, y un “balance energético positivo” (donde el aporte excede al gasto) produce una ganancia de peso y, de forma persistente, Obesidad. (Canales Bravo, 2014, p.11)

También esta comunidad científica pone foco en los genes, el Dr. Máximo Ravenna refiere a que los científicos consideran que existe una disposición de genes que afectan al apetito, la capacidad de sentirse saciado, el metabolismo, la capacidad de almacenamiento de grasa y de regulación de peso corporal. Refiere que:

Investigaciones recientes han descubierto una serie de mutaciones genéticas que podrían ser responsables de ciertas formas de obesidad mórbida. De acuerdo con estos estudios, un gen alterado llamado GAD2 impide al cerebro

percibir la sensación de saciedad, a la vez que aumenta el riesgo de obesidad al actuar sobre el hipotálamo, que regula el comportamiento alimentario y la producción de insulina en las personas (Ravenna, 2004, p.67).

El Dr. Máximo Ravenna en su libro "Una delgada línea... entre el exceso y la medida" expone lo que hasta hoy en día se conoce respecto de la incidencia de los genes en la gordura, expresa lo siguiente:

- Las personas con antecedentes biológicos de obesidad pueden estar predispuestas a aumentar de peso
- Debido a la variación genética entre los individuos, algunas personas guardan más energía en forma de grasa en ambientes de abundancia y otras, por el contrario, pierden menos grasa en ambientes de escasez
- En muy contadas ocasiones, las personas sufren mutaciones en genes individuales que resultan en una obesidad severa que se inicia en la infancia
- Las personas obesas tienen similitudes genéticas que pueden brindar claridad sobre las diferencias biológicas que predisponen al aumento de peso
- Las compañías farmacéuticas están utilizando enfoques genéticos (farmacogénicos) para desarrollar nuevas estrategias en el uso de medicamentos para tratar la obesidad
- La tendencia a guardar energía en forma de grasa se considera el resultado de miles de años de evolución. Quienes guardaban energía en tiempos de abundancia, tenían mayores probabilidades de sobrevivir durante los períodos de hambrunas y transmitir esta tendencia a sus descendientes (Ravenna, 2004, p.70)

Desde un abordaje hegemónico consideramos que se toma en cuenta a la enfermedad como individual y orgánica, a la salud como la falta de enfermedad, se mantiene la relación dual médico- paciente y se considera que hay que "defenderse de la enfermedad". Desde este tipo de mirada la propuesta hacia la obesidad como enfermedad es la de basarse en hábitos saludables de alimentación y la realización de actividad física.

La obesidad y la comorbilidad con otras enfermedades

Según indica el Ministerio de Salud Argentina (2020) además del peso importa el lugar donde se acumula la grasa. En el hombre es más frecuente su distribución abdominal y en la mujer a nivel de la cadera. Refiere:

La distribución abdominal de la grasa se asocia al aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes e hipertensión arterial y se evalúa a través del perímetro de cintura. Se considera de riesgo un perímetro de cintura superior 88 cm en la mujer y 102 cm en el varón (2020, sin p.).

Tal como lo hemos mencionado la obesidad conlleva a la posibilidad y a la mayor probabilidad de que se desarrollen enfermedades como la hipertensión arterial, diabetes, osteoartritis y enfermedades coronarias.

Las patologías asociadas a la Obesidad afectan en esencia a todos los sistemas orgánicos (Buchwald, 2009, p.13): cardiovascular (hipertensión, enfermedades aterosclerótica cardíaca y vascular periférica con infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares, insuficiencia venosa periférica), metabólico (diabetes tipo 2, intolerancia a la glucosa, dislipidemia), músculo esquelético (esguince vertebral, enfermedades de los discos, artrosis por sobrecarga en caderas, rodillas, tobillos y pies), digestivo (coletiasis, enfermedad por reflujo gastroesofágico, transformación grasa del hígado [esteatohepatitis], cirrosis hepática, hepatocarcinoma, carcinoma colorectal), urinario (incontinencia urinaria de esfuerzo), endócrino y reproductivo (síndrome de ovario poli quístico, mayor riesgo de patologías durante el embarazo y para el feto, hipogonadismo masculino y cánceres de endometrio, mama, ovario, próstata y páncreas), dermatológico (dermatitis intertriginosa), neurológico (seudotumor cerebral, síndrome del túnel carpiano) y psiquiátricas (depresión).

Al momento de situar en cifras la situación de nuestro país con respecto a esta enfermedad, según datos de la 4ta. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada por la secretaría de Gobierno de Salud y el INDEC, el 61% de los Argentinos tiene exceso de peso, en una proporción de 36,2% de personas con sobrepeso y 25,4% con obesidad. Por su parte, un informe realizado por el Hospital de Clínicas de la Ciudad de Buenos Aires, expresa resultados similares llegando a un total de índice de sobrepeso de 65%. Dicho informe asegura que las cifras han crecido en los últimos 15 años y concluye el mismo expresando que 2 de cada diez chicos está afectado por dicha enfermedad y que de ellos el 80% tendrá obesidad cuando sea adulto.

Es de nuestro interés abordar el tema de la obesidad teniendo en cuenta la subjetividad de la persona que padece esta enfermedad. Hemos notado en términos generales al realizar la revisión bibliográfica para llevar a cabo este capítulo que la mayoría de los autores solo tienen en cuenta la enfermedad aferrándose al modelo médico que circunscriben el tratamiento a dos pilares: especial atención a los planes de alimentación y a la realización de actividad física, articulando una lucha entre las calorías que ingresan al organismo por el consumo de alimentos y las que se gastan realizando la mencionada actividad física.

Si bien consideramos que estos pilares no pueden ni deben dejarse de lado al momento de enfrentar un tratamiento para esta enfermedad, también creemos que deben ir acompañados de herramientas que brindan distintas disciplinas, ya que no son sólo las variantes médicas y genéticas las que están en juego en el desarrollo de esta enfermedad sino también inciden variables psicológicas, sociales, familiares, educacionales y otras que llevan a un individuo a ser obeso. De este modo, es aconsejable el trabajo interdisciplinario y no

reduccionista alimento / actividad física, por ello nos parece importante hacer esta referencia para que el tratamiento en bajar de peso pueda ser sostenido en el tiempo: esta tesina tiene el fundamento de considerar al individuo como un ser bio-psico-social.

Uno de los máximos exponentes en nuestro país en el tratamiento de esta enfermedad, que comienza a ampliar la mirada de esta, es Máximo Ravenna que define la enfermedad como adictiva dependiente de cuatro elementos interrelacionados:

1. **Objeto droga:** si bien la comida no tiene efectos tóxicos inmediatos ingerida en exceso abandona su función nutricional y placentera para transformarse en un elemento tóxico generando dependencia, enfermedad física y psíquica
2. **La persona:** una de las características de la personalidad del obeso es que no tiene límites con su ingesta, ni con su cuerpo ni con su comportamiento, actuando en forma demandante, invasora y a la vez se deja invadir
3. **La familia:** ciertas familias fomentan la adicción desde etapas tempranas, sobre todo aquellas donde está alterada la relación entre unos con otros.
4. **Factores socioculturales:** la mirada y el gusto de los otros intervienen como una presión en el comportamiento social de la persona obesa y en su desempeño. Esa dependencia hace que el obeso adapte su estilo de vida al mantenimiento de la conducta adictiva la cual si se mantiene en el tiempo seguirá con la negación de los efectos agresivos minimizando, justificando y auto engañándose, es en esta etapa cuando se involucra el entorno. (Ravenna, 2011, pp.101-102)

Consideramos que el tratamiento de la obesidad es interdisciplinario ya que el abordaje de la misma incluye todas las variables mencionadas.

Capítulo 2: "Abordaje Psicoterapéutico y Psiquiátrico de la obesidad "

Tal como lo mencionamos al finalizar el capítulo anterior consideramos al individuo como un ser bio-psico-social y creemos en un tratamiento interdisciplinario de la obesidad que pueda abordar la subjetividad del paciente saliendo del dualismo alimentación/ actividad física.

En este segundo capítulo queremos dar luz a dos disciplinas como lo son la psiquiatría y la psicoterapia en su mirada hacia esta enfermedad.

Perspectiva psiquiátrica actual de la obesidad

Consideramos oportuno dar una definición de psiquiatría y lo haremos a partir de las definiciones más utilizadas, para ello tomamos a J. Vallejo (1992) que cita los siguientes autores:

Francisco Alonso–Fernández define que es la:

Rama de la medicina humanística por excelencia, que se ocupa del estudio, prevención y tratamiento de los modos psíquicos de enfermar (...).

Por otro lado Henri Ey afirma que es:

Rama de la medicina que tiene por objeto la patología de la vida de relación a nivel de la integración que asegura la autonomía y la adaptación del hombre a las condiciones de su existencia (...).

Finalmente Carlos Castilla del Pino explicita que la psiquiatría es el:

Ámbito del saber, institucionalmente médico en el actual momento histórico, que se ocupa de las consideradas alteraciones psíquicas (mentales o de la conducta), cualquiera que sea su génesis, en lo que concierne a la dilucidación de su naturaleza, a la interpretación de las mismas y a su posible terapéutica (Vallejo J., en Rojas Malpica C., 2012, pp.21-22-24)

Para pensar la articulación del abordaje psiquiátrico con respecto a la obesidad, tema de nuestro interés, hemos elegido la definición de Baile y González quienes a su vez utilizan los criterios diagnósticos del DSM-5. Los autores dicen: "La relación entre obesidad y el desarrollo de enfermedades psiquiátricas, y especialmente depresión, ha sido objeto frecuente de atención en la literatura médica como consecuencia de la elevada prevalencia de ambas condiciones en la población" (2011, p.253).

Tabla 3. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5

<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <p>(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.</p> <p>(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)</p> <p>(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</p> <p>(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</p> <p>(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>

(Citado en Baile, González, 2011, p.254)

Otros investigadores de distintas corrientes de la psiquiatría han enlazado esta relación causa/efecto entre la obesidad y la depresión.

Aunque las investigaciones ciertos autores plantean un vínculo de causa y efecto de la depresión con respecto a la obesidad, ellos reconocen que ninguno puede afirmar radicalmente que tanto la depresión o la obesidad sea causa eficiente de una o de la otra. Por otro lado N. Canales Bravo sostiene que: "Si bien no se ha demostrado que existe un trastorno mental específico que se asocie a la obesidad, sí es posible encontrar fenómenos psicopatológicos que pueden favorecer de forma variable el desarrollo de esta enfermedad" (2014, p.15).

Por otro lados queremos destacar que el mismo autor refiere en la misma investigación lo siguiente:

Algunos trabajos en psiquiatría han relacionado la aparición de la obesidad con la presencia de diferentes enfermedades mentales. Según una amplia revisión realizada por Berkowitz y Fabriacatore (2005), parece haber una clara asociación entre depresión y desarrollo de obesidad, particularmente en niños, adolescentes y mujeres adultas (Canales Bravo N., 2014, p.18).

Por lo anteriormente dicho concluimos que la psiquiatría aún se cuestiona por la etiología de la enfermedad. Sin embargo, desde hace años estudia la relación entre la obesidad y alteraciones psicológicas así como la comorbilidad psicopatológica en la obesidad.

A su vez los doctorandos de la Universidad de Favaloro E. Silvestre, Lic. en nutrición y A. E. Stabile, médico generalista (2005) investigaron los aspectos psicológicos de la obesidad ampliando según nuestro criterio las investigaciones anteriormente citadas. A continuación

nombraremos las alteraciones frecuentes en obesos halladas por los investigadores con una breve definición al solo efecto de ubicar al lector en el contexto de la investigación citada:

- a) Imagen corporal distorsionada: "La imagen corporal está íntimamente ligada a la autoimagen, a la autoestima y al sentimiento de sí o identidad" (2005, p.9)
- b) Descontrol alimentario (Atracón Alimentario):
El Binge Eating, es un Trastorno Alimentario que se caracteriza por descontroles alimentarios recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia Nerviosa (p.ej. autoinducción del vómito, abuso de laxantes u otros fármacos, ayuno y ejercicio físico excesivo), por lo menos dos veces por semana durante seis meses. (Favaloro, en Silvestri E., Stavile A., 2005, p.10)
- c) Ansiedad:
La ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. (...) La ansiedad no solo aparece por peligros externos y objetivos, sino también por otros de carácter interno y subjetivo, e incluso por miedos inconscientes. (...) Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente alivia comiendo. (2005, pp.12-13)
- d) Manifestaciones depresivas:
El comer en exceso ciertos alimentos puede contribuir a cerrarle paso a la depresión. (...) Dado que las personas obesas no suelen estar satisfechas con su imagen corporal, que frecuentemente se aíslan del contacto social, o no se atreven a iniciar contactos eróticos por temor al rechazo, etc., se puede establecer un círculo vicioso donde el comer se transforma en un acto para reducir la insatisfacción y la amenaza de depresión. (2005, p.14)
- e) Trastornos de la sexualidad: "De muy distintas maneras puede la sexualidad de una persona relacionarse con su obesidad (...) Son muchos los placeres que se pueden exagerar con tal de amortiguar la insatisfacción sexual, uno de ellos es el placer de comer"(2005, p.16).

Silvestri y Stavile, los investigadores nombrados que clasificaron las alteraciones psicológicas de la obesidad mencionadas acuerdan que: "Hasta el momento ningún estudio ha revelado una personalidad del obeso. Existen obesos con y sin psicopatías, diferentes perfiles psicológicos, mayor frecuencia de algunas características psicológicas, pero no hay un trastorno propio del obeso" (2005, p.32).

A su vez Baile y González refieren que: "En la actualidad no está clara la relación entre obesidad y psicopatología, y tampoco se ha aclarado si las posibles alteraciones psicológicas son causa o consecuencia de la obesidad" (2011, p.253)

Revisando la bibliografía utilizada para la elaboración de este apartado llegamos a la conclusión de que la psiquiatría no tiene aún una teoría acabada o una clasificación determinada para la obesidad.

Psicoterapia cognitivo conductual de la obesidad en la actualidad

Según la Asociación Americana de Psicología (APA), la psicoterapia se puede definir como un “tratamiento de colaboración entre un individuo y un psicólogo” donde el psicólogo utiliza “procedimientos científicamente validados para ayudar a las personas a desarrollar hábitos más saludables y más efectivos”, entonces podemos decir que la psicoterapia es un tratamiento psicológico para abordar una variedad de trastornos de salud mental que pueden o no realizarse en combinación con un tratamiento farmacológico.

Con respecto a la obesidad, Larrañaga y García-Mayor refieren:

Los hábitos alimentarios los aprendemos en la infancia, en la primera década de la vida; esas conductas quedarán fuertemente fijadas y tenderemos a ejecutarlas a lo largo de la vida. La modificación de estos hábitos requiere el uso de técnicas psicológicas específicas como las incluidas en la psicoterapia cognitivo-conductual. (Larrañaga, García Mayor, 2007, p.387)

Proponen como técnicas de la psicoterapia cognitivo-conductual aplicadas a los trastornos de la conducta alimentaria, las siguientes:

- 1- Intensificar el conocimiento que el paciente tiene de sus propios patrones de pensamiento.
- 2- Enseñar a reconocer la conexión entre ciertos sentimientos, los pensamientos autodestructivos y la conducta de la ingesta trastornada.
- 3- Examinar la validez de ciertos pensamientos o creencias.
- 4- Sustituir las creencias erróneas por ideas más apropiadas.
- 5- Cambiar gradualmente las suposiciones fundamentales que subyacen en el desarrollo de los trastornos de la ingesta.

Finalmente consideran que:

Hoy día la obesidad del adulto no tiene tratamiento efectivo a largo plazo. Las corrientes actuales proponen enfoques multidisciplinarios que incluyen distintas formas de tratamiento como dietas, modificación de conducta, aumento de la actividad física, fármacos e incluso otros procedimientos invasivos, con resultados desalentadores (Larrañaga, García Mayor, 2007, p.387)

En síntesis, las psicoterapias conciben al síntoma como signos de observación objetivada. La cura es pensada en términos de desaparición de síntomas que son pensados como conductas desadaptadas a la normatividad universal (Reyes MT., 1998, p.2).

La cura es la mejoría terapéutica y "es dada" por el terapeuta. Esta implica una identificación a los ideales normativos inducidos por el terapeuta. Su dirección, según la autora, es bajo la persuasión o sugestión. (Reyes, 1998, p.2)

Para el psicoanálisis, la cura es una determinación particular del sujeto. No hay forma universal de la cura. En tal sentido, la cura es un nombre de la verdad del sujeto. El síntoma no es pensado como una conducta desadaptada en términos de su objetivación, sino en su dimensión subjetiva (privilegiando la escucha sobre la mirada), es decir, el síntoma es aquello que interroga al sujeto y que lo vive como un cuerpo extraño y enigmático. (Reyes, 1998, p.2).

Consideramos que los aportes de la psicoterapia cognitivo conductual y de la psiquiatría son sumamente importantes para el tratamiento de la obesidad. A su vez el marco de la teoría psicoanalítica podrá dar cuenta de la posición subjetiva del paciente obeso siendo este un indicador más para lograr un tratamiento eficaz y a largo plazo.

Capítulo 3: "Abordaje Psicoanalítico de la obesidad en el marco del discurso capitalista"

Retomando lo que mencionamos al finalizar el capítulo 2, en la presente tesina queremos resaltar nuestro interés en desarrollar la importancia de tener en cuenta la subjetividad del paciente para un tratamiento eficaz y duradero en obesidad. En este capítulo realizaremos un recorrido de la visión que se tiene hoy en día desde el psicoanálisis de esta enfermedad y la clínica que se propone para la misma.

Consideramos que no se puede dejar de tener en cuenta lo epocal y tal como refiere Guadalupe Ceña: " (...) nuestra época ha impactado en los casos que nos llegan al consultorio" (2013, p.141). Por su lado Lacan decía: "Mejor pues que renuncie al psicoanálisis – quien no pueda unir a su horizonte, la subjetividad de su época" (en Ceña, 2013, p.141).

Por su lado María Teresa Reyes expresa: "La eficacia de la operación analítica se ordena a partir de una precisión en la lectura de los acontecimientos de la cultura de la época" (2001, p.65).

A continuación desarrollaremos el concepto de discurso capitalista en la actualidad a partir del discurso del amo desde el psicoanálisis y su articulación con la patología desarrollada en este trabajo. Ambos discursos dan cuenta de los lazos sociales en la cultura.

Lacan ubica el discurso del amo como propio del discurso del inconsciente, en donde el significante uno (S1) –el significante del amo- está en el lugar del poder. El significante amo comanda el trabajo del saber. El resto de la operación es el producto del discurso: objeto a, que funciona como plus de goce. Que el sujeto (\$) esté en el lugar de la verdad pone en evidencia la relación del sujeto con aquello que lo determina, el inconsciente en tanto saber no sabido, y en relación con la causa que implica la *imposible adecuación* estructural en tanto el goce está perdido por la incidencia del lenguaje. (Reyes M.T., 2001, p.66)

En la actualidad tiene predominio el discurso capitalista, donde el ideal del saber fue reemplazado por el ideal del mercado, es decir hay predominio de los objetos plus de goce mientras el amo no tiene el mismo lugar.

El discurso capitalista se caracteriza, entonces porque el saber que trabaja en la producción de objetos plus de goce no está comandado por el S1 (significante amo). En este sentido el discurso actual no queda articulado al *ideal normativo*, sino que es el Mercado mismo el que manda, ubicándose un *vacío normativo* que implica una caída del *Otro* como lugar *identificadorio* correlativo de la *declinación del nombre del padre* que promueve el axioma del "Todo vale" y el *rechazo a la castración* (Reyes M.T., 2001, p.66).

Con respecto a los objetos plus de goce mencionados en el discurso capitalista y que llevan a una modalidad de goce solitario, Ceña refiere:

Decimos esto pues en términos generales los sujetos capitalistas dedican su vida al trabajo y trabajan para comprar bienes que son ofrecidos para todos, objetos dirigidos a individuos sin nombre que prometen atesorar nuestra felicidad hasta el momento en que son nuestros. Una vez adquiridos se transforman inmediatamente en objetos obsoletos que no hacen más que resaltar falencias en contraste con los nuevos gadgets del mercado que nos piden a gritos hacerles lugar en nuestros hogares o nuestros cuerpos con promesas de saciedad más realistas que las anteriores, 'lo nuevo es la forma sintomática de nuestro malestar en la cultura' (Ceña 2013, p.142).

Pensamos que cambian los tiempos, cambian las manifestaciones sintomáticas y es así como surgen cuerpos para consumir que finalmente solo se consumen.

Podemos ver la manifestación de lo anteriormente mencionado en las siguientes modalidades, entre otras:

- Anorexia, Bulimia
- Obesidad
- Ansiedad
- Ataques de pánico
- Toxicomanías
- Depresión

Por su lado, especialistas del Instituto Oscar Masotta (IOM) refieren que: "en una sociedad de consumo que ofrece infinidad de objetos tecnológicos como un modo de satisfacer las necesidades, cualquier producto es capaz de convertirse en objeto de consumo, inclusive las mismas personas" (2009, p.10).

Graciela Sobral Silva, detalla con respecto a la época y la obesidad:

Actualmente el interés parece desplazarse de la relación con los otros a la relación con el objeto, el que deviene un compañero fiel, accesible y poco problemático, en la medida en que evita pasar por las dificultades que supone la relación con los demás (Sobral, 2005, P.1).

El ser humano no es un sujeto de la necesidad. Para el niño es más importante el amor que le procura la relación con el Otro primordial (digamos la madre) que la satisfacción de la necesidad. Al niño le interesa la madre y accede a sus demandas por amor. El alimento es un intermediario entre el

Otro y el niño, es el objeto en torno al cual se pone en juego de manera privilegiada la pulsión oral. Sólo desde esta perspectiva se puede entender el valor subjetivo que tiene la relación con la comida, así como los grandes desarreglos que se producen en torno a la alimentación (...). Plantear cierta equivalencia entre el Otro contemporáneo y el Otro primordial nos permitirá quizás esclarecer algunas causas de la epidemia de obesidad (Sobral Silva, 2005, pp.3-5).

Capítulo 4: "Posibles coordenadas estructurales de la obesidad como fenómeno transestructural"

A partir de los autores consultados tomaremos el tema de la obesidad desde una mirada psicoanalítica analizando ciertas coordenadas estructurales.

Karina Pérez, profesional del Instituto Oscar Masotta considera que en el tratamiento de la obesidad tal como dijimos anteriormente, no debe ceñirse a un plan médico – nutricional, ya que en el ser humano la conducta alimentaria no está vinculada estrictamente a la satisfacción de una necesidad sino que conlleva fundamentalmente el placer que el alimento brinda al sujeto (2009, p.10)

Nieves Soria, psicoanalista, miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis, aborda psicoanalíticamente a pacientes obesos y nos propone pensar a la obesidad desde la conceptualización de la tiranía de la demanda y el estrago materno tomando el artículo "Dos notas sobre el niño" (1969) de Jacques Lacan quien refiere que cuando el deseo materno respecto del hijo compete solamente a la subjetividad de la madre, el hijo queda ubicado en la posición de objeto del fantasma materno .

Angela Vitale realizó una entrevista a Nieves Soria publicada en Lectura Lacaniana el 8 de Junio de 2016, quién define al estrago como: " (...) el avasallamiento, devastamiento, también como raptó o arrobamiento, ese no estar allí del sujeto obeso, obesidad manifestada en el cuerpo, deformado por la irrupción de ese goce sin límite" (2016, p.2).

Soria explica que los sujetos obesos tienen una sujeción absoluta a la demanda que es el modo en que estos sujetos "encontraron de relacionarse con el deseo materno, loco, caprichoso, ya que en estos casos el decir materno se presenta como absoluto, idéntico a sí mismo, sin falla, tomando entonces un carácter superyoico" (2016, p.136)

Aquel deseo materno loco de carácter superyoico es el que causa estrago en el niño, este es definido por Lacan en palabras de Nieves Soria de la siguiente manera:

El estrago (...) se produce cuando el padre no interviene eficazmente respecto del decir materno que se transforma entonces en la boca del cocodrilo que puede cerrarse en cualquier momento, engullendo al sujeto. Lo que hace que el decir materno se presente como absoluto es la ausencia de interdicción en el decir paterno. Interdicción en su doble acepción: por un lado, en tanto la palabra del padre no prohíbe a la madre gozar del cuerpo de su hijo, saturando de ese modo la falta fálica, por otro, en tanto su decir no sólo no refuta el decir materno, sino que lo vuelve más consistente (Soria, 2016, p.141).

Con la metáfora de la boca de cocodrilo, Lacan en el Seminario 17 "El reverso del psicoanálisis" (1969-70) nos explica lo siguiente:

El papel de la madre es el deseo de la madre. Esto es capital. El deseo de la madre no es algo que pueda soportarse tal cual, que pueda resultarles indiferente. Siempre produce estragos. Es estar dentro de la boca de un cocodrilo, eso es la madre. No se sabe qué mosca puede llegar a picarle de repente y va y cierra la boca. Eso es el deseo de la madre.

Entonces, traté de explicar que había algo tranquilizador. Les digo cosas simples, improviso, debo decirlo. Hay un palo, de piedra por supuesto, que está ahí, en potencia, en la boca, y eso la contiene, la traba. Es lo que se llama el falo. Es el palo que te protege si, de repente, eso se cierra.

Estas son cosas que expuse en su momento, cuando por entonces hablaba a gente a la que había que cuidar, a psicoanalistas. Había que decirles cosas tan gordas como ésta para que comprendieran (...). Así que fue en este nivel como hablé de la metáfora paterna. Del complejo de Edipo no hablé nunca más que de esta forma (Lacan, 1992, pp.118-119).

Con respecto a la función del padre, si consideramos algunos fragmentos del Seminario 10 denominado "La angustia" (1962-63) en donde Lacan articula la función del padre con la transmisión de la castración, extraemos la conclusión que la posibilidad del rechazo de la castración por parte del niño es producto de una transformación inoperante en la operatoria del padre. En este seminario Lacan plantea la articulación de la función paterna con la transmisión de la castración en tres conceptos fundamentales: el amor, el deseo y el goce. La mencionada transformación inoperante, ícono de la declinación del nombre del padre puede traer como consecuencia según Guadalupe Ceña que: "en nuestra época se desprende una modificación en los asuntos del amor y del deseo, en la medida en la que predomina un goce autista anónimo y aislado que prescinde del lazo con el otro" (2013, p.142).

Soria para pensar el posicionamiento del sujeto, plantea dos posiciones en las que el mismo puede llegar a la consulta: La posición de sujeto dividido y la de identificación con el objeto de la demanda, con respecto a los sujetos obesos predomina la posición de identificación con el objeto de la demanda, en esta: dice la psicoanalista:

(...) se pone en juego una modalidad particular de relación con el Otro, que en el caso de lo oral hará surgir el fantasma de la omnipotencia del Otro, que todo lo tiene y da o no, introducido por el capricho del Otro. En este punto el sujeto es el objeto (Soria, 2016, p.17).

A su vez la autora sostiene que la posición del sujeto obeso es infantil y que la operación a la que se entrega de forma permanente es a la del rebajamiento del deseo a la demanda.

En este sometimiento a la tiranía de la demanda del Otro, en el que el propio cuerpo pasa a ser la prenda de sacrificio, el sujeto no deja de experimentar esa ambivalencia afectiva respecto del Otro, que vira de un instante a otro del amor al odio, en un *fort-da* eterno, jugado en el campo del espejo (Soria N., 2016, p.139).

Consideramos oportuno, en nuestro afán de hacer un recorrido por las posibles coordenadas estructurales de la obesidad, rescatar otro concepto que nos presta Soria al que ella menciona como "falo inflado" y que lo considera un modo particular de mortificación del falo.

La autora con el concepto mencionado apunta a realizar una articulación entre el estrago y la ausencia de interdicción con una modalidad particular de la metáfora paterna en la obesidad. Soria refiere que uno de los efectos articulares en la significación fálica es:

(...) es su anudamiento con la muerte. Y en la medida en que la imagen del cuerpo está sostenida por la función fálica, la mortificación del falo posibilita dar cuenta de la mortificación del cuerpo en distintos casos. Uno de ellos es la obesidad. En ella el cuerpo es inflado, deformado, alojando un exceso de goce que no da lugar al mantenimiento del velo que vuelve amable la imagen (Soria, 2016, p.143).

La hipótesis que sostiene Soria es:

(...) que en el caso de la obesidad, la disociación entre la negatividad de la castración y la presencia positiva del falo imaginario tiene como consecuencia un efecto melancólico por un lado, y una inflación del falo, jugada en el nivel del cuerpo, por otro. Para el sujeto obeso, tanto hombre como mujer, la relación con el falo es del orden del ser: ser el falo materno. Pero este falo muerto, que no incluye la función de la castración, se presenta entonces duplicado a nivel del cuerpo: la duplicación, manifestada en la inflación del cuerpo-falo es la compensación imaginaria de la castración en el nivel del cuerpo (Soria, 2016, p.146).

Según las posibles coordenadas estructurales desarrolladas en este capítulo, sostenemos la idea de un tratamiento eficaz y a largo plazo de la obesidad, abordando la

subjetividad del sujeto a través de un tratamiento psicoanalítico trabajando interdisciplinariamente, tal como lo hemos visto en capítulos anteriores.

Capítulo 5: "Clínica psicoanalítica de la obesidad en la actualidad"

En este último capítulo y retomando lo mencionado en el capítulo anterior, creemos que un tratamiento eficaz para la obesidad es el que se aborda desde un espacio analítico, intentando pasar del acto compulsivo a un síntoma. Nos serviremos de la experiencia de ciertos psicoanalistas que abordan a la obesidad psicoanalíticamente y han dado cuenta de su práctica analítica.

Sin dejar de lado lo epocal y retomando lo planteado en el capítulo 3, Graciela Sobral se refiere a los síntomas actuales de la siguiente manera:

En relación con los síntomas contemporáneos, podríamos plantear que la *Versagung* es la operación que caracteriza a la relación en el sujeto y el Otro en el mundo moderno, bajo las nuevas coordenadas del pasaje del discurso del amo al discurso capitalista (Sobral, 2011, p.37).

(....)

Una de las características de la época es la caída de los ideales simbólicos y una cierta debilidad de este registro, que conlleva su aplastamiento sobre lo imaginario. Los ideales devienen, entonces, imperativos de goce. En este sentido, el mundo moderno está gobernado por unos ideales más bien imaginarios, que no están al servicio de la orientación del deseo sino del empuje al goce (Sobral, 2011, p.38).

Por su lado, Margarita Scotta, psicoanalista es integrante del equipo multidisciplinario de cirugía y tratamiento de la obesidad del sanatorio Británico, refiere según su experiencia con este tipo de pacientes lo siguiente:

En la obesidad, el psiquismo inconciente se mezcla con los procesos somáticos y sale a la superficie como comportamiento compulsivo. En la conciencia sólo consigue filtrarse la acción de comer en piloto automático, sin ningún comercio asociativo con ideas o representaciones conscientes que le pongan resistencia. El inconciente se reduce a una conciencia escindida (...) un yo que se queda sin objeto afuera por culpa de una pulsión que hace rato dejó de servir a la autoconservación (2014, p.2).

A la hora de pensar en un tratamiento posible para la obesidad, los profesionales que trabajan con este tipo de sujetos coinciden en que la obesidad no es correlativa a una estructura per sé, sino que se la considera transestructural y es de las llamadas patologías de acto por lo compulsivo de la misma. Es por esto que muchos coinciden en que es difícil de distinguir entre neurosis y psicosis, ya que hay un rechazo inicial del sujeto al inconciente. Soria se refiere a lo mencionado, de la siguiente manera: "El abordaje psicoanalítico de

pacientes obesos es una experiencia en la que se pone en juego lo más singular del sujeto. Por esta razón, en cada caso "la obesidad" no será la misma cosa, ni tampoco tendrá el mismo destino" (2016, p.135).

Doménico Cosenza considera la clínica de la obesidad como una clínica del "Rechazo del Otro" y observa que esto es una cuestión crucial en el manejo de la transferencia. A su vez menciona la vertiente de una clínica de la angustia en relación con otra patología de acto, como lo son las toxicomanías. El autor refiere que:

La sustancia (ya sea la comida o la droga) opera como una "solución" que efectiviza un cortocircuito anestésico frente a la angustia, un pasaje al acto que impide atravesarla, "transitarla". La angustia será un elemento clave para incidir en la posición del sujeto (...) restituirle al sujeto su propia angustia. No hay tratamiento que no pase entonces por esta encrucijada que habrá que dosificar pero nunca suprimir o eliminar, en tanto constituye un operador transformador de la posición subjetiva (Cosenza, 2013, p.2).

Para finalizar este capítulo y para ejemplificar lo expuesto hasta el momento recurriremos a ciertos casos clínicos presentados por Nieves Soria en su libro "Psicoanálisis de la anorexia y la bulimia" donde trabaja con pacientes obesos y de esta forma, con estas viñetas daremos cuenta del trayecto de nuestra tesina.

Laura llega al tratamiento conmigo a través de una condición: siendo extranjera, solicita una analista que conozca su idioma de origen, si bien habla correctamente el español (...) Desde los once años, cuando sus padres se separaron, tiene atracones incontenibles con comida (...) Podría decirse que en este primer tiempo la posibilidad de una pregunta es obturada con la comida (...) Los atracones con comida se intensifican, Laura dice: "siento un vacío insoportable que tengo que llenar" (...) Yo le planteo en este momento que me llame por teléfono cuando sienta que va a tener un atracón, así sea desde la calle. Cuando me llama ella permanece generalmente en silencio, mientras yo le digo algo sin decirle nada, lo que detiene las impulsiones. Un día me pide una entrevista extra, en la que me trae algo que escribió en español. En relación con este escrito refiere, entre una serie de maldiciones maternas, una que la madre le dirige reiteradamente en la pubertad: "Sos igual a tu padre: nunca vas a estar bien en ningún lugar del mundo". Yo le señalo que ella está realizando este mandato materno, lo cual la sorprende (Soria, 2016, p. 13-14).

Soria a partir de esta viñeta clínica nos invita a visualizar de qué manera, en el análisis de Laura hay que poder llegar a modificar ciertos puntos gozosos, que se pueden ver en el acto

compulsivo, hasta llegar a reemplazarlos con palabras y que pueda, de esta manera, aparecer la pregunta.

Cuando la analista nos plantea este cambio en Laura, el de empezar a poner en palabras a través de la escritura, la autora nos indica que es donde ella considera que hay algo que va tomando forma de un síntoma analítico producido en transferencia. Soria quiere resaltar en esta viñeta el movimiento del pasaje al acto al síntoma histérico, diciendo:

Mi hipótesis es que la condición de posibilidad de ese pasaje estuvo dada por mi propuesta de que Laura me llamara por teléfono, introduciendo el registro de la palabra allí donde había puro acto. Habría que pensar entonces si en los casos en que el paciente llega posicionado de este modo no se hace siempre necesario un acto del analista previo a la rectificación subjetiva (2016, p.15).

(...)

Con la paradoja que señala Lacan en el seminario *La transferencia* respecto de la demanda oral: "la tendencia de esta boca que tiene hambre se expresa a través de esta misma boca, en una cadena significativa". Mi primera operación con este sujeto consistió en colmar de palabras allí donde ella se atiborraba de comida, produciendo de esa manera un vaciamiento de la consistencia imaginaria de este objeto oral imposible de metonimizar en tanto se encontraba adherido a su disfraz de objeto de la necesidad (2016, pp.16-17).

Tal como lo mencionamos anteriormente, Soria es una de las psicoanalistas que sostienen que "en cada caso "la obesidad" no será la misma cosa, ni tampoco tendrá el mismo destino" (2016, p.135) y con ello se verifica la hipótesis de la importancia del caso a caso y de no encuadrar al sujeto obeso en una estructura, recordando de esta manera nuestra visión transestructural de la obesidad.

Sin embargo, recordemos ciertas constantes que la autora pudo aislar en el trato con pacientes obesos, que se verifican en todos los casos y que en palabras de la autora: "permitirían comenzar a ubicar en el nivel de la estructura lo que la obesidad presenta de más real – más allá de las significaciones que proliferen a su alrededor, o el silencio a que quede confinada en la singularidad de cada caso" (Soria, 2016, 55). Las constantes mencionadas y sobre las que hemos trabajado anteriormente en esta tesina son:

- 1- La tiranía de la demanda y el estrago materno.
- 2- La ausencia de interdicción.
- 3- El falo inflado: un modo particular de mortificación del falo.

La autora nos permite a partir de cuatro casos paradigmáticos de su práctica ver las constantes anteriormente citadas.

- Gimena vivía perseguida por su madre, que no la dejaba ni a sol ni a sombra. A los dieciocho años se va de la casa ocultando su paradero, buscando escapar de ella (...)
- Amparo relata cómo desde muy pequeña, cada vez que ella debía salir de la casa, la madre le decía "ahora me quedo solita" (...)
- La madre de Evangelina, que vivía con ella, se tiró por el balcón en una época en que Evangelina estaba ocupada con problemas económicos. Dejó cartas en las que acusaba a su hija de obligarla al suicidio con su desamor (...) (2016, p. 136).

El estrago materno produce en el sujeto un rebajamiento del deseo a la demanda que "es la operación a la que se entrega en forma permanente el sujeto obeso. Logra así taponar la hiancia, la falta en la que consiste el objeto del deseo, con un objeto 'pleno', objeto de la necesidad: el alimento".

Con respecto a sus pacientes obesos, Soria relata:

- El día que Gimena debía partir de viaje de egresados, la madre decide que ella no viajará. Ella se desespera, le implora y le pregunta por qué. La madre responde: "porque yo lo digo" (...)
- Amparo recuerda que cuando tenía dos años, la madre la llevaba a la plaza, y que ella la empujaba y le decía "fuera" (...)
- La madre de Jorge, inolvidable, idealizada, perfecta, vivía ocupándose de los pobres y necesitados de todo tipo (...) aún a expensas del bienestar de su familia. Jorge muchas veces se encuentra prestando el único dinero que le queda, trabajando de más, tapando agujeros de otros (...) (2016, p.138)

La autora con estas viñetas clínicas nos invita a poder visualizar el estrago materno que produce en la obesidad un avasallamiento y devastación en el cuerpo que queda según la autora "deformado por la irrupción de ese goce sin límite" (2016, p.131) que es la manera que tiene el sujeto de estar en la escena no estando allí". Tal vez por ello Soria nos cuenta a través de Laura como ella enmarca una escena allí donde la paciente se presenta en silencio mientras la analista oferta palabras.

Refiere Soria que en los casos que toma como referencia, la obesidad se manifiesta dentro de una estructura neurótica. Hay en ellos "admisión simbólica del Nombre del Padre, pero este no opera en la dimensión del 'decir que no', operación que Lacan especifica como propia del padre en el año 1971" (2016, p.141).

Volviendo a las viñetas clínicas la autora dice:

- Al comienzo del tratamiento Evangelina faltaba seguido. Luego decía que no había tenido ganas de venir, que se había quedado durmiendo, etc. (...) le dije que de esa manera no iba a poder seguir tratándola. - Evangelina se angustia, dice que se siente una nena caprichosa, que en su vida nunca hubo un "no" (...)
- Amparo siempre sintió un marcado rechazo por su padre, aun cuando éste no estuviese: "Siempre lo vi como el que estorbaba mi paz. Me encantaba cuando mi papá no venía por trabajo. Entonces dormía con mi mamá" (...)
- El padre de Jorge siempre llevó a la familia a desastres económicos, que incluso lo llevaron a la cárcel, por incumplimientos laborales, no cumplía su palabra (...)
- (2016, p.142).

Conclusiones

A modo de concluir con la tesina planteada, haremos un recorrido por los diferentes capítulos de la misma.

Hemos comenzado este escrito académico haciendo referencia a la importancia que tiene que la comunidad científica investigue acerca de la obesidad ya que esta en los últimos años ha incrementado el número de casos y es mundialmente considerada una pandemia. Hemos tratado que para el modelo médico la obesidad es una enfermedad crónica. Esta rama de la ciencia pone especial atención en la comorbilidad que la obesidad tiene con otras enfermedades y en el daño que ello causa a la calidad de vida del paciente obeso. Los médicos calculan la obesidad a través de las cifras que brinda el índice de masa corporal, que se obtiene a través de un cálculo matemático utilizando las variables de peso y altura.

La medicina y un modelo clínico nutricional comulgan en la idea de poner especial atención a lo que llaman el balance energético determinado por la cantidad de la energía ingerida en los alimentos y relacionándola con la cantidad de energía gastada en el metabolismo y actividad física. Intentan a su vez buscar el origen de esta enfermedad en lo genético y la disposición que pueden llegar a tener los sujetos a padecer esta enfermedad, según su ADN.

Estamos de acuerdo en la visión de la importancia de hacer foco en esta enfermedad, ya que afecta a la calidad de la vida de los seres humanos, pero creemos que si solo nos centramos en lo genético, en cálculos matemáticos y en "balances" entre calorías ingresadas y las gastadas, estaríamos dejando de lado una parte muy importante del sujeto, que es su subjetividad. Es desde allí según nuestra convicción que se realizarán los verdaderos cambios de posiciones subjetivas con respecto a la obesidad.

Al investigar sobre la visión que tienen distintos abordajes psicoterapéuticos, centrándonos en la psicología cognitiva conductual, y la psiquiatría hemos notado que esta última intenta encontrar una relación entre la obesidad y los diferentes trastornos mentales, reconociendo que aún no puede diferenciar fehacientemente la causa del efecto.

Una vez que empezamos a centrarnos en una mirada psicoanalítica de la obesidad, marco teórico eficaz, a nuestro entender, para llevar adelante un tratamiento posible para los sujetos obesos, nos pareció muy importante resaltar el hecho de la circunstancia epocal inmersa en el discurso capitalista. Este discurso lleva a los sujetos a consumir objetos, "gadgets" para satisfacer necesidades tapón del deseo que los deja en la estocada de un goce solitario. Tal como lo mencionamos en el capítulo tres aparecen ciertas modalidades que cambian las manifestaciones sintomáticas a actos compulsivos, entre los cuales está la obesidad.

Intentamos definir ciertas coordenadas estructurales de la obesidad para dar cuenta de cómo estas interfieren en la subjetividad de un sujeto y en las futuras modalidades de goce y síntomas que este desarrollará. Dentro de estas coordenadas definimos conceptos tales como: estrago materno, ausencia de interdicción, acto compulsivo, etc..

A través de la clínica y viñetas quisimos destacar la visión transestructural de la obesidad, es decir esta puede instalarse en cualquier estructura clínica. También hemos subrayado la importancia del "caso por caso" haciendo foco en la subjetividad del paciente para crear las condiciones de posibilidad del logro de una rectificación subjetiva que no solo beneficiará su salud física sino también la apertura hacia una posición deseante que deje atrás la inercia del acto compulsivo.

El escenario analítico es un escenario posible para que el sujeto pueda interrogarse dejando de lado los actos compulsivos para poder empezar a poner en palabras su sufrimiento. De ese modo se pueden crear las condiciones para que el sujeto pueda decidir renunciar al engullimiento aplastante soltando la "papilla asfixiante" para iniciar un camino rumbo al deseo abandonando, así, aquella modalidad solitaria de goce.

Referencias Bibliográficas

- Baile, J. I., González, M.J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 34(2), 253-261. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272011000200011
- Blanco, L., Delgado, O., Goldenberg, M. (2001). Lecturas de lo nuevo. Una investigación sobre la época y la pulsión. Buenos Aires: Editorial Tres Haches.
- Bryce-Moncloa, A., Alegría-Valdivia, E., San Martín San Martín, M. (2017, Junio). Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. Simposio Obesidad. Lima. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200016
- Canales Bravo, N. (2014). Factores Psíquicos implicados en la Etiología de la Obesidad: Revisión y Sistematización de los aportes en Psicoanálisis. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos. Universidad de Chile. Santiago de Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/135641/Tesis%20Nicolas%20Canales%20Magister%20Psicologia%20Clinica%20Adultos%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ceña, G. (2013). Si el inconsciente no tiene cuerpo más que de palabras. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX. Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-054/683.pdf>
- Chemama, R. (1998). Diccionario del Psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Chiozza, L. (1997). Del afecto a la afección. Buenos Aires: Ed. Alianza.
- Eidelberg, A, Godoy, C., Schjtman F., Soria, N. (2009). Porciones de nada. La anorexia y la época. Buenos Aires: Del Bucle.
- Evans, D. (2016). Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano. Buenos Aires: Paidós Lexicon.
- Figari Puyo, A. (2015). Cuerpo, imagen y goce: Aproximaciones a la obesidad desde el psicoanálisis. Trabajo Final de Grado. Universidad de la República. Montevideo.
- Freud, S. (2013). Obras completas, Tomo XI. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

- Godoy, C. (2013). Una clínica del rechazo y la angustia. Virtualia no.27. Recuperado en <http://revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/RMO6RutxboDY9AsiOXbYdNEH8CRIn5XwIU7WsgaF.pdf>
- Guerra, J. (2013). Obesidad. Revista Cubana de Salud Pública. Vol.39. no.3, 424-425 (versión electrónica). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n3/spu01313.pdf>
- Lacan, J. (2008). El seminario. Libro 17. El reverso del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Lafuente M. (2011). Tratamiento Cognitivo Conductual de la Obesidad. 14, 1490-1504. Recuperado en http://www.tcasevilla.com/archivos/tratamiento_cognitivo_conductual_de_la_obesidad.pdf
- Larrañaga Vidal, A., García-Mayor R. (2009). Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas. Nutrición Hospitalaria. Vol. 24 no. 6. Madrid. Recuperado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000600005
- Laplanche, J., Pontalis, J-B. (2013). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Meza Peña, C., Moral de la Rubia, J. (2011). Obesidad: una aproximación desde la psicología psicoanalítica. Revista: *Aperturas Psicoanalíticas*. 37. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000686>
- Miller, J. A. (1998). Introducción al método Psicoanalítico. Parte 1. 1ra. Reimpresión. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2012). Obesidad y Sobrepeso. Nota descriptiva N 311, Mayo 2012. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Ravenna, M. (2011). Una delgada línea... entre el exceso y la medida. Buenos Aires: Galerna.
- Reyes, M.T. (1998). Consideraciones acerca de la Cura. Psicoterapia y Psicoanálisis. XXVI Congreso Interno y XXXVI Symposium: "La Cura en Psicoanálisis".
- Rojas Malpica, C. (2012). Definición, contenido y límites de la Psiquiatría contemporánea. Salud mental. Vol.35 no. 3. México. Recuperado en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300001

Scotta, M. (2014). Una pulsión devoradora del yo. Página 12. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/21-46260-2014-10-16.html>

Silvestri, E., Stavile, A. (2005). Aspectos psicológicos de la Obesidad. Posgrado en Obesidad a Distancia. Universidad Favaloro. Córdoba Capital. Recuperado en <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/obesidad.pdf>

Sobral, G. (2011). Madres, anorexia y feminidad. Buenos Aires: Filigrana.

Soria, N. (2016). Psicoanálisis de la anorexia y la bulimia. Buenos Aires: Del Bucle.

Soria, N. (2016). Obesidad. El refugio en el cuerpo. Lectura Lacaniana. Recuperado en <https://lecturalacanianana.com.ar/obesidad-el-refugio-en-el-cuerpo-por-nieves-soria-dafuncho-parte-i/>

Ventriglia, I., Chimirri, E., Fernández D., Lareu T. (2016). Obesidad. Otra mirada. Buenos Aires: Del Hospital Ediciones.

<https://www.argentina.gob.ar/salud>