



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**Más allá del principio de comer: La obesidad como solución
a una dolencia psíquica.**

AUTOR:

Acosta Galeas, César Javier

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTORA:

Álvarez Chaca, Carlota Carolina

Guayaquil, Ecuador

24 de febrero de 2025

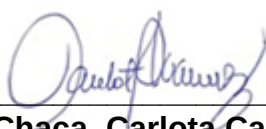


UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Acosta Galeas, César Javier** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**.

TUTORA

f. 
Psic. ci. **Álvarez Chaca, Carlota Carolina, Mgs.**

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Psic. ci. **Estacio Campoverde, Mariana De Lourdes, Mgs**

Guayaquil, a los 24 días del mes de febrero de 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Acosta Galeas, César Javier**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Más allá del principio de comer: La obesidad como solución a una dolencia psíquica** previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 24 días del mes de febrero de 2025

EL AUTOR

f. _____

Acosta Galeas, César Javier



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Acosta Galeas, César Javier**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Más allá del principio de comer: La obesidad como solución a una dolencia psíquica.**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 24 días del mes de febrero de 2025

EL AUTOR:

f. 
Acosta Galeas, César Javier



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO



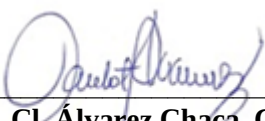
TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:

Más allá del principio de comer: La obesidad como solución a una dolencia psíquica.

AUTOR: Acosta Galeas, César Javier

INFORME ELABORADO POR:

TUTORA:

f. 
Psic. Cl. Álvarez Chaca, Carlota Carolina, Mgs.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer en primer lugar a Dios, que es gracias a Él que he forjado mis valores y decidido estudiar esta carrera para mostrar Su amor a través de mi trabajo.

A mi familia, empezando por mi madre Mariana Galeas, mi papá Chris, mi hermano y Honey, quienes me han acompañado y desvelado conmigo con tal de apoyarme.

A mi tía Andrea y su familia, mis abuelos César y Eleana. mi madrina Anita mi abuelita Geoconda y mi mami Yoco, quienes me aman y estuvieron pendientes cada que iba y venía del norte al sur a hacer mis prácticas, quienes se aseguraron de que no me falte comida ni espacio para trabajar.

A mis amigos dentro y fuera de mi urbe y a mi grupito de la Universidad, por haberme acompañado en los días felices y tristes, escuchándome y haciéndome reír cada que lo necesitaba.

A mi más larga amistad, Noelia Nolivos, quien a lo largo de once años de conocernos y cuatro años y medio de carrera ha sido incondicional junto a su familia, quienes me regalaron un segundo hogar.

Quiero agradecer a mi querida profesora y tutora Carlota Álvarez, quien no solo me guió y alentó durante este proceso, sino que gracias a su pasión al enseñar y su excelente preparación hizo despertar en mí el interés por los movimientos y síntomas sociales.

Finalmente, quiero agradecer a todos los docentes que me acompañaron y formaron a lo largo de la carrera, en especial a David Aguirre y a Mariana Estacio.

César Javier Acosta Galeas

DEDICATORIA

Este periodo de elaborar la tesis fue toda una locura. Fueron muchas noches leyendo, releendo y corrigiendo; sin embargo, si he llegado a este punto ha sido gracias a ti, madre.

Gracias por tu paciencia, tu amor, tus palabras, tu tiempo y tu vida. Gracias por haberme criado con valores cristianos que me han servido para el día a día, por enseñarme que, a pesar de que hay días donde es más difícil vivir, siempre habrá un mañana y que, como dice Filipenses 4:13: todo lo puedo en Cristo que me fortalece.

Si he aprendido a vivir el día a día es gracias a ti.

Yo sé que no soy una persona perfecta, pero si algo me llevo de ti cada que hago algo es el aspirar a mejorar. Todo lo que hago es siempre con amor gracias al ejemplo que desde niño me has dado en la manera que tratas a tus familiares, tus amigos tus conocidos, a los animalitos e incluso a los desconocidos.

Sea quien sea siempre haces todo con una sonrisa.

Muestras el amor de nuestro Dios bello y misericordioso con tu forma de ser, que no nos ha abandonado ni un día, viendo cada día Sus bendiciones: nuevas, agradables y perfectas; sin embargo, lo mejor que me pudo haber dado mi Padre es la bendición de haber sido tu hijo.

Gracias a ti soy el hombre que soy.

Te amo.

César Javier Acosta Galeas

“He aquí mi secreto,
que no puede ser más simple;
solo con el corazón se puede ver bien,
lo esencial es invisible para los ojos.”

(Antoine de Saint-Exupéry)



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

INDICE

RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCIÓN	2
Planteamiento del problema	3
Pregunta General	5
Preguntas específicas	5
Objetivos.....	6
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
Justificación	7
ANTECEDENTES.....	9
CAPÍTULO 1.....	17
Según la medicina: una enfermedad multifactorial y multicausal	17
Según la historia: el imaginario colectivo respecto a la obesidad	21
Según la psicología: una breve mirada psicoanalítica	27
CAPÍTULO 2.....	31
La pulsión y lo oral: una entrada al mundo por la boca	31
De la boca a la imagen: el estadio del espejo	40
La pulsión, la imagen y el Yo	50
CAPÍTULO 3.....	59
La cirugía bariátrica, una solución real desde la medicina.	59
La oferta capitalista para la obesidad: redes y gadgets.....	66
Ni cirugías ni gadgets: mecanismos de acoplamiento	71

CAPÍTULO 4.....	84
Enfoque	84
Paradigma	84
Método.....	85
Técnicas de recolección de información.....	85
Instrumentos.....	87
Población.....	93
CAPÍTULO 5.....	95
Presentación de resultados	95
Análisis de los resultados:	96
Análisis de las entrevistas a los profesionales	96
Categoría 1: cuerpo obeso.....	96
Análisis de la categoría 1.....	97
Categoría 2: pulsión oral.	100
Análisis de la categoría 2: pulsión oral.	102
Categoría 3: construcción de la nueva imagen.	106
Análisis de la Categoría 3: construcción de la nueva imagen.....	108
Análisis de las entrevistas a pacientes bariátricos	110
Categoría 1: cuerpo obeso.....	110
Análisis de la categoría 1: cuerpo obeso.	112
Categoría 2: pulsión oral.	114
Análisis de la categoría 2: pulsión oral.	115
Categoría 3: construcción de la nueva imagen.	119
Análisis de la Categoría 3: construcción de la nueva imagen.....	119

CONCLUSIONES	124
LISTA DE REFERENCIAS	125
ANEXOS.....	131

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Preguntas para profesionales (versión psicólogo)	87
Tabla 2: Preguntas para profesionales	89
Tabla 3: Preguntas para pacientes	91
Tabla 4: Descripción de las categorías de las preguntas	95

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Venus obesas.....	22
Figura 2: Influencers mostrando cuerpos no convencionales	42
Figura 3: Esquematización de los procesos bariátricos	62

RESUMEN

En el presente trabajo de titulación se estudia al sujeto obeso para analizar la obesidad como una solución del sujeto para lidiar con la pulsión oral a través de lo real del cuerpo por medio de una investigación cualitativa para brindar orientación en el abordaje de pacientes obesos. La obesidad es una enfermedad que nunca pasa de moda. Su naturaleza multifactorial y multicausal representa que hay algo más que un cuerpo graso desde la medicina, sino que el cuerpo llega a nivel simbólico a representar un lugar para el *ser*, donde *ser obeso* no es solo identificación, sino una puesta en juego del goce. Los procedimientos bariátricos terminan volviéndose una elección rápida, ya que el obeso busca una respuesta directa que apunte al cuerpo, por lo que explora si esto resuelve también la pulsión oral es necesario. Entender las causas, factores y el uso de la cirugía ampliará las posibilidades de dar acompañamiento psicológico a esta población. Se realizó una revisión bibliográfica y entrevistas semiestructuradas a tres pacientes bariátricos y tres expertos de diferentes áreas (psicología, nutrición y medicina). Los resultados mostraron que la obesidad es una respuesta a modo de síntoma que retorna la pulsión al propio cuerpo, donde el cuerpo se convierte en escenario para lidiar con el conflicto psíquico, siendo el exceso de grasa una simbolización de una angustia que no encuentra una vía saludable para sublimar lo mortífero del goce al satisfacerse la pulsión oral al comer sin medida, lo cual termina empujando a un displacer.

***Palabras Claves:* OBESIDAD; PULSIÓN ORAL; CUERPO OBESO; IMAGEN CORPORAL; DESEO; ALIMENTACIÓN**

ABSTRACT

In the present degree work, the obese subject is studied to analyze obesity as a solution for the subject to deal with the oral drive through the reality of the body through qualitative research to provide guidance in the approach to obese patients. Obesity is a disease that never gets old. Its multifactorial and multicausal nature represents that there is something more than a fatty body from medicine, in fact, the body reaches a symbolic level to represent a subject's place, where being obese is not only identification, but to put at stake the libidinal satisfaction. Bariatric procedures end up becoming a quick choice, since the obese person seeks a direct response that targets the body, so exploring whether this also resolves the oral drive is necessary. Understanding the causes, factors and use of surgery will expand the possibilities of providing psychological support to this population. A bibliographic review and semi-structured interviews were carried out with three bariatric patients and three experts from different areas (psychology, nutrition and medicine). The results showed that obesity is a response as a symptom that returns the drive to the body itself, where the body becomes a stage to deal with the psychic conflict, with excess fat being a symbolization of an anguish that does not find a healthy way to sublimate the deadly nature of enjoyment by satisfying the oral drive by eating without restraint, which ends up leading to displeasure.

***Key words:* OBESITY; ORAL DRIVE; OBESE BODY; BODY IMAGE; DESIRE; NUTRITION**

INTRODUCCIÓN

Este proyecto de titulación se enfoca en analizar la finalidad que tiene la pulsión de muerte dentro de la obesidad y la función de la pulsión oral dentro de esta condición, relacionando esto a la percepción y construcción de la imagen corporal del sujeto obeso.

Esta investigación guarda correspondencia con el Dominio Institucional (UCSG) Número 5 “Educación, comunicación, arte y subjetividad”, dentro del Grupo de Investigación “Psicología”, correspondiendo a la Línea de Investigación (UCSG) “Problemas del sujeto y su relación en distintos entornos”. El Dominio (UCSG) Número 5 respecto a la Psicología dice:

Sea que el objeto de la Psicología esté ubicado en el malestar de la cultura, en la conducta, el inconsciente, la cognición, las relaciones de comunicación y los contextos y la posición del sujeto; la subjetividad y la producción del sentido, resulta ser una categoría que atraviesa los sistemas conceptuales de los horizontes epistemológicos que sustentan cada uno de ellos. (2024, párr. 5)

Respecto al Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 (Secretaría Nacional de Planificación, 2021), la investigación guarda correspondencia con el Eje Social, específicamente con el Objetivo (Objetivo 6) Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad, citando:

Como nación existe la necesidad de concebir a la salud como un derecho humano y abordarlo de manera integral enfatizando los vínculos entre lo físico y lo psicosocial (...), en definitiva, el derecho a vivir en un ambiente sano que promueva el goce de las todas las capacidades del individuo. (p. 66, párr. 3)

Respecto a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Organización Mundial de la Salud, 2024) la tesis se relaciona con el Objetivo 3 Salud y bienestar. El Objetivo 3 busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, donde el Objetivo 3.4 establece: “De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por

enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar” (Organización Mundial de la Salud, 2024, p. 24).

Planteamiento del problema

El problema a investigar es acerca de la relación entre la pulsión oral y la pulsión de muerte que llevan a un sujeto al punto de la obesidad. Las manifestaciones del problema incluyen afectaciones a la imagen corporal, un desbordamiento de la pulsión oral que termina regresando al propio cuerpo y un goce que apunta a lo mortífero al manifestarse en un sin límite con la comida. Además, se busca entender el uso de las cirugías bariátricas como una solución inmediata que responde a la época actual para lidiar con la obesidad.

¿Alguna vez has sentido que, por más que moldeas tu cuerpo o lo aceptes tal y como está no es suficiente? Pues no estás solo en este sentir; con solo abrir las redes sociales es común ver noticias de personas que sufren por no alcanzar estándares o, por el contrario, que ignoran los estándares y terminan adaptando malos hábitos. Hoy en día es observable en redes sociales a personas excesivamente preocupadas por su imagen, recurriendo a dietas y ejercicio de forma obsesiva, mientras que en el otro hay personas cuya imagen no les preocupa, comiendo sin responsabilidad y descuidando el cuerpo. Siempre aparecen diferentes respuestas al control del cuerpo, como la anorexia, el *cutting* y, más recientemente, la ortorexia; sin embargo, uno que jamás pasa de moda es el de la obesidad.

Martinez (2022), en su estudio exploratorio *No soy musa, soy artista, y de las gordas*, realizado en Gran Canaria, España, explica el estigma de la sociedad sobre la gordura de la siguiente manera:

La consecuencia inmediata de esta definición es la profundización del estigma de la gordura, que se configura, primero, como una amenaza a la salud del individuo y, en segundo lugar, como una desviación social que precisa regulación externa. Este rechazo de la gordura, también llamado “gordofobia”, se define por una preferencia personal o cultural

por la delgadez, la creencia en la posibilidad de controlar el propio peso, la culpabilización de las personas gordas por su cuerpo y una arraigada creencia en la indeseabilidad de la gordura. (p. 329-330)

La gordura se puede interpretar desde la dimensión de la salud y desde la dimensión subjetiva: en el tema de la salud como una enfermedad que mata lenta y silenciosamente y en lo subjetivo como un término que está cargado de estigmas y rechazo por lo que el cuerpo evidencia en lo real, sin saber que está pasando dentro de la mente del obeso o por qué llegó a eso realmente, ¿qué sucede con aquellos que no pueden cambiar su condición física? Más esta investigación se pregunta otra cosa, ¿qué sucede con aquellos que, pudiendo cambiar, optan por no hacerlo?

Matera et.al (2024) en un estudio sobre la apreciación corporal mediante la promoción de la aceptación de la imagen en redes sociales, luego de un estudio hecho a 377 hombres con una media de 22 años y 372 mujeres con una media de 35 años que las personas que demuestran una mayor autocompasión tienden a tratarse a sí mismas con amabilidad y comprensión, lo que lleva a una disminución de la tendencia a centrarse excesivamente en cuestiones de apariencia y a adoptar conductas de afrontamiento desadaptativas (p.14, párr.1) Lo primero que menciona la autora respecto a la autocompasión es que permite valorar el cuerpo y la imagen desde lo imaginario del sujeto a partir de si mismo y no del Otro; sin embargo, la última línea, “adoptar conductas de afrontamiento desadaptativas”, evidencia que a pesar de que existe una aceptación desde lo imaginario todavía hay algo latente internamente, algo que el acto de comer no satisface completamente.

En contraste, Cisneros (2021) en su tesis *Estudio sobre el impacto del ideal de belleza en la imagen corporal* hecha en Quito dice:

Existe una alta relación directa entre la insatisfacción corporal y preocupación por el peso frente al ideal de belleza contemporáneo, la cual podría eventualmente modificar las conductas, pensamientos y criterios en búsqueda de poder encajar en una sociedad idealmente bella. (p.78, párr. 6)

Por lo que, pese a que hay una elección del sujeto por la obesidad y lo oral como medios para la regulación del goce, como sujetos todavía hay un atravesamiento por el discurso social tanto moderno como tradicional. El sujeto no elije encajar en la sociedad idealmente bella más todavía tiene conciencia de aquel discurso, lo cual crea una discordancia entre el ideal social en contra del ideal del sujeto, donde la pulsión de vida se relaciona a la preservación y el cuidado (el cuerpo sano) y la pulsión de muerte con el abandono y el exceso mortífero (el cuerpo abandonado).

Se concluye que la sociedad necesita estar más preocupada no solo por la imagen real del obeso, sino por la construcción de la imagen y del cuerpo del sujeto en torno a una ley que limite la desregulación pulsional. Es el sin límite de la oralidad lo que permite ver el uso de la obesidad más allá de un estado físico o la enfermedad, siendo una elección que toman algunos sujetos a modo de respuesta ante la desregulación del goce. El tema del cuerpo y la apreciación de este es delicado y sumamente importante, ya que valorar los aspectos funcionales del cuerpo se vincula con un sentido de control y autoeficacia para gestionar los desafíos relacionados con el mismo (Matera, 2023, p.12, párr.2). Esta problemática pesa aún más considerando que en Ecuador el 63.3% de adultos (contando a los jóvenes entre 19 a 30 años) ecuatorianos tiene sobrepeso u obesidad (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Pregunta General

¿Por qué la obesidad es tomada por el sujeto como una solución para lidiar con la pulsión oral a través de lo real del cuerpo?

Preguntas específicas

1. ¿Qué es la obesidad? (La obesidad como manifestación de una dolencia psíquica).
 - a. Desde la medicina.
 - b. Desde la sociedad.

- c. Desde el psicoanálisis (Pulsión de muerte).
- 2. ¿Qué es la pulsión?
 - a. Estadío del espejo (Construcción de la imagen).
 - b. Pulsión oral.
 - c. Fijación oral.
- 3. ¿Cómo lidia el sujeto con lo real del cuerpo?
 - a. Desde la sociedad: Redes sociales y capitalismo.
 - b. Desde la medicina: Cirugía bariátrica.
 - c. Desde la psicología: Mecanismos de afrontamiento

Objetivos

Objetivo General

Analizar la obesidad como una solución del sujeto para lidiar con la pulsión oral a través de lo real del cuerpo por medio de una investigación cualitativa para brindar orientación en el abordaje de pacientes obesos.

Objetivos Específicos

- 1. Caracterizar la obesidad por medio de una revisión de fuentes bibliográficas.
- 2. Definir la formación de lo pulsional del obeso a través de fuentes bibliográficas.
- 3. Describir las formas en las que el sujeto obeso logra lidiar con lo real e imaginario de la obesidad a través de entrevistas semidirigidas a expertos y a pacientes.

Justificación

Este tema es relevante y responde al campo de la psicología clínica porque aborda la relación entre la imagen corporal y el bienestar psicológico, ya que en la obesidad se evidencia un quebrante en esta relación debido a la pulsión y el goce que recorre el cuerpo. La investigación es necesaria porque, a pesar de que el obeso no hace daño a la sociedad, esta condición trae una serie de problemas a corto y largo plazo a nivel físico y mental como ansiedad, insatisfacción y estrategias de afrontamiento inadecuadas (como la negación o el conformismo). Respecto a esto último, Matera et.al (2024) dice:

Las estrategias de afrontamiento, especialmente las desadaptativas, están significativamente vinculadas a varios indicadores de salud y bienestar subjetivo. Sin embargo, podemos observar que se ha prestado poca atención al vínculo entre el cuerpo y las estrategias de afrontamiento de la imagen y bienestar psicológico. (p. 2, párr. 6)

La última línea de esta cita es importante destacarla: el hecho que haya poca atención al vínculo del cuerpo y el bienestar psicológico. Esto motiva más a la necesidad de entender el propósito que tiene la obesidad como respuesta del sujeto tomado por la pulsión oral debido a que, pese a ser una enfermedad y un estado donde el cuerpo se considera *no estético*, existe un goce en llevar al cuerpo a ese extremo y disfrutar el sin límite del acto de comer.

La sociedad suele pensar en cuerpo y mente como dimensiones separadas, pero tener una visión más integradora permitirá contribuir al campo para crear programas de concientización sobre la imagen corporal positiva, entregar estrategias de aceptación corporal y afrontamiento adecuadas y desmentir los mensajes de individuos o colectivos que no están calificados para aportar información sobre el cuerpo y la salud mental.

La metodología empleada para llevar a cabo la investigación será de enfoque cualitativo, con un método descriptivo, utilizando entrevistas semiestructuradas para recolectar la información de una muestra representativa de personas que padecen o padecieron esta enfermedad y se

sometieron a una cirugía bariátrica para resolver el malestar. Se posee acceso a personas que han pasado por el antemencionado procedimiento, además de especialistas en el área de salud tanto física como mental como fuentes primarias, por lo que las condiciones para recolectar información hacen de la investigación y desarrollo del tema accesible y viable.

Respecto al interés personal, trabajar en un restaurante en Estados Unidos fue una experiencia cercana a sujetos tomados por la pulsión oral. Los clientes obesos estaban en un rango mórbido donde consumían cantidades grandes de alimentos, sin considerar el hecho de que el consumo desmedido provoca el desborde del cuerpo que poseen y que, en ese punto, las personas consideran hacer dieta o poner un alto al acto de comer. Los excesos están ligados a la pulsión de muerte, donde el placer sin límites lleva al displacer y el goce se manifiesta en la pulsión oral como medio para satisfacer al cuerpo tomado por lo mortífero. Por eso es importante colocar un punto para entender si en el obeso existe una aceptación de la imagen o un abandono del cuerpo.

Se abordará el tema en cinco capítulos. El primero será una caracterización de la obesidad a través de la medicina, la psicología y la sociedad. El segundo una exploración de la formación de la pulsión a través del estadio del espejo, la oralidad y la fijación a modo de goce. El tercero la búsqueda de soluciones del obeso por medio de procedimientos bariátricos, además de las redes sociales y el uso de sus recursos psíquicos. El cuarto es una exposición de la metodología a utilizar. El quinto un análisis de lo investigado correlacionándolo con opiniones de pacientes y expertos que fueron entrevistados para conocer sus perspectivas respecto la obesidad.

ANTECEDENTES

A nivel internacional se han localizado tres artículos científicos que elaboran sobre la construcción de la imagen corporal y las maneras que las personas encuentran para aceptar lo construido y afrontar los sentimientos negativos que la imagen y el cuerpo pueden generar.

Martínez (2023) en su investigación exploratoria titulada *No soy musa, soy artista, y de las gordas: activismo gordo hispánico en Instagram*, la cual fue realizada desde la Universidad de Barcelona, posee el objetivo de ofrecer una descripción y análisis de las manifestaciones concretas del activismo gordo crítico en cuentas de Instagram de España y Latinoamérica. La metodología utilizada fue la cualitativa y el instrumento para llevar a cabo la investigación fue el uso de motores de búsqueda como Google y Bing para localizar blogs de moda que usan términos como *curvy* en su algoritmo para ver qué ilustran estos medios como un cuerpo *grande*, contrastando los resultados con publicaciones de Instagram bajo *hashtags* que muestran como la gente gorda aparece en redes.

Lo importante de esta investigación es que, pese a que el empoderamiento y resignificación del término *gordo*, *obeso* y *talla plus* en redes sociales ha permitido que la gente que se identifica como *gorda* se sienta más a gusto con su imagen, se descubrió que el hecho que las activistas incentiven el amor propio hace que la responsabilidad del cuerpo caiga en el individuo en vez de la sociedad. Es decir, la sociedad puede dictar un estándar de imagen, pero cuando al sujeto se le permite hacer suya la palabra (en este caso *gordo* u *obeso*), esto se vuelve una identificación que no se aliena al Ideal del Yo.

Matera et.al, (2024) en su investigación correlacional *Positive Body Image and Psychological Wellbeing among Women and Men: The Mediating Role of Body Image Coping Strategies* apuntó como objetivo a examinar las estrategias de afrontamiento que el sujeto utiliza para sentirse bien respecto a su imagen corporal. En este estudio realizado en la Universidad de Florencia (Italia), utilizó la metodología cuantitativa, aplicando como instrumentos las

siguientes encuestas: Body Appreciation Scale (BAS-2, versión italiana), Body Compassion Scale (BCS), Functionality Appreciation, Body Image Coping Strategies (BICS versión italiana), Ryff's Psychological Well Being (versión corta y adaptada para italianos).

El resultado brindado fue que mientras más aceptación del cuerpo existe en una persona, mayor tendencia hay a la autocomprensión; sin embargo, las estrategias de afrontamiento se vuelven inadecuadas ya que no buscarán cuidar la imagen (en relación con la salud corporal) al disminuir la preocupación por el mismo y empezarán a evadir situaciones donde deban enfrentar el hecho de que, efectivamente, están descuidando o ignorando la imagen.

Fioranelli et. al (2023) en su investigación *La obesidad psicógena: un cuerpo sin palabras* realizada en la Universidad de Buenos Aires (Argentina) busca reflexionar acerca de las vicisitudes de pacientes que padecen obesidad, en relación con la cirugía bariátrica. La investigación plantea que en la obesidad existe un punto de resistencia elaborado de forma simbólica a través de la pérdida de control del cuerpo, algo que no puede mentalizarse. No pueden transformar lo sensorial (lo real) y lo emotivo (lo imaginario) en palabras (lo simbólico), creando una tendencia de los sujetos obesos a un tipo de pensamiento que no logra relacionar los afectos y las ideas.

Es por eso por lo que se dice que el cuerpo del obeso está tomado por el goce y al borde de lo mortífero, donde se pone en juego este no poder explicar lo que realmente siente, limitándose el obeso a estar consciente de lo mortal de su enfermedad, más se limita a explicar su impulso a comer como por ansiedad o no poder implicarse. Lo simbólico no logra interferir en lo real del cuerpo. El artículo señala el tema de la cirugía bariátrica como solución médica a la obesidad; sin embargo, esto no considera la puesta en escena de lo simbólico respecto al acto de comer ya que la cirugía limita la ingestión, pero la pulsión sigue presente en el sujeto obeso y aún con la cirugía sigue imposibilitado de poner en palabras el malestar que lo orilla a comer.

Los tres artículos tocan el tema de la imagen corporal, la elaboración de la imagen y el uso que le damos a esta para pensar el cuerpo. A pesar de

Matera se enfoca más en las estrategias de afrontamiento para lidiar con la construcción de la imagen y el discurso social respecto a un cuerpo ideal, todos están de acuerdo que hay un factor personal y/o ambiental que el sujeto utiliza para construir y lidiar con el cuerpo. Por otro lado, Fioranelli deja en claro que para enfrentar la obesidad no basta con estar consciente de lo real del cuerpo y los cánones de belleza, ya que más allá de la imagen elaborada hay algo que no aterriza a nivel simbólico, de modo que el malestar no es solo el *estar gordo* y sus consecuencias, sino algo que no se afronta siendo la obesidad una respuesta que no resuelve.

Hablando de la obesidad como respuesta, comparando el artículo de Martínez y Fioranelli, ambos hablan sobre lo que el sujeto toma de la palabra *gordo* u *obeso* para hacerlo suyo, nombrando Martínez el uso de las redes sociales como un medio para visibilizar a la población obesa y hacer propio el cuerpo obeso, mientras que Fioranelli habla de un sujeto que toma esa palabra como “una enfermedad” que se relaciona a “una serie de fracasos” para hacer suyo el cuerpo. Ambos artículos hablan de un accionar del sujeto sobre el cuerpo gordo, donde el artículo Martínez explica el uso de las redes sociales como un medio para enaltecer el cuerpo gordo y el artículo de Fioranelli a la cirugía bariátrica (empleando la bolsa gástrica) como un medio para regular el cuerpo. Se podría decir que Martínez se centra más en lo simbólico, en qué significa para los activistas gordos el *ser gordo*, explicando como retratan la gordura a modo de una *belleza no convencional*, que se desliga de la enfermedad y del canon tradicional, permitiendo al sujeto gordo colocarse en un discurso a parte. Fioranelli en cambio se centra más en lo real del cuerpo y el significante de *enfermedad*, donde algo del medio resonó en el sujeto, más al no poder simbolizar su malestar para desligarse de lo mortífero y la pulsión oral recurre a la cirugía bariátrica para no tener que tramitar el lenguaje.

Los artículos de Martínez y Matera comparten el tema de que, a mayor aceptación del cuerpo, menor preocupación hay sobre el mismo. Martínez lo toma desde la responsabilidad individual, donde el plano social queda excluido de la ecuación del sujeto, de modo que el cambio depende solo de él y cualquier comentario positivo o negativo que se haga sobre los cuerpos

fuera de los cánones de belleza se sientan específicos para él, sean o no cuerpos gordos. Matera lo toma desde el afrontamiento, donde se especifica que, mientras más cómodo esté el sujeto con su cuerpo, menos hará para cambiarlo o tomar acción en caso de que ponga en riesgo su salud.

En el artículo de Fioranelli hay algo único y es que se habla del uso de la cirugía bariátrica como solución médica a la obesidad. Métodos como la bolsa y la manga gástricas se ponen cada vez más de moda, incluso en personas no obesas. Esto último es interesante porque muestra que la pulsión oral que tanto relacionamos con los obesos que han llevado su cuerpo al desborde como pulsión de muerte es un malestar que está presente más allá de un cuerpo no convencional. Tanto Martínez como Matera hablan sobre como cada vez hay más promoción de la aceptación y cuidado de la imagen a través de redes sociales; sin embargo, Fioranelli destaca como no basta estar consciente de lo real del cuerpo si el sujeto no logra simbolizar que está bien o mal con el cuerpo y su mundo interno. Las fijaciones orales y la pulsión de muerte no son exclusivos de sujetos fuera del Ideal del Yo, entonces ¿qué busca el Yo Ideal al tomar como respuesta no solo la obesidad, sino satisfacer la pulsión oral?

A nivel nacional se han elegido dos artículos científicos y una tesis: un artículo con enfoque médico, un artículo con enfoque psicológico y la elección de la tesis al no tener más fuentes de información actualizadas que elaboren desde el punto de vista psicológico el tema de la obesidad y las pulsiones. Los tres estudios elaboran en como el peso incide en la necesidad de hacer (o no) algo al respecto el cuerpo, cada investigación enfocándose en un aspecto diferente.

Cisneros et.al (2021) en su tesis presentó un estudio de corte descriptivo titulado *Estudio sobre el impacto del ideal de belleza en la imagen corporal*, el cual posee el objetivo de conocer cómo podría impactar el ideal de belleza femenina respecto a la imagen idealizada de lo que es bello y lo que no. Este estudio realizado en la Universidad Internacional SEK, con su análisis mixto descriptivo, usó como herramientas el Body Shape Questionary y una entrevista semiestructurada mixta inédita llamada *El ideal de belleza*. El

estudio logró descubrir que las conductas, ideas y pensamientos pueden verse modificados por la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso debido a los cánones de belleza actuales. Esta búsqueda por encajar con los ideales sociales empuja a dietas, ejercicio y operaciones estéticas, siendo el ideal de belleza reproducido e integrado en nosotros a través de las experiencias personales, canales de comunicación que nos rodean, publicidad, cultura, expectativas de la sociedad, entre otros factores determinantes que se observa a través de los medios informativos.

Castelo et.al (2023) en su artículo *Sobrepeso, obesidad y autoestima de adolescentes en una zona rural del Ecuador* presenta un estudio de enfoque cuantitativo y alcance descriptivo utilizando 1050 alumnos de la Unidad Educativa Valle Hermoso, de los cuales 384 participantes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Esta investigación, como objetivo principal, buscó determinar los niveles de sobrepeso, obesidad y autoestima de la población anteriormente mencionada de entre 12 a 19 años. El artículo estudia la relación entre el sobrepeso, obesidad y autoestima en adolescentes de la parroquia rural Valle Hermoso en Ecuador.

Con una muestra de 384 estudiantes, se encontró que el 26% presentaba sobrepeso u obesidad, mientras que los niveles de autoestima variaban con el peso. Los adolescentes con sobrepeso tendían a mostrar menor autoestima; sin embargo, mientras más obeso era el adolescente, incluso a niveles mórbidos, había una mayor aceptación de la imagen corporal. Se mostró que los adolescentes con inicios de sobrepeso o medio obesos tienen autoestima media o baja mientras que los mórbidos poseen autoestima alta. Se tiene la hipótesis que la exposición a mensajes positivos respecto la imagen en redes sociales y la ineficacia de los programas nacionales que promueven una vida y alimentación saludable son factores que mantienen alta la autoestima de adolescentes en estas condiciones.

Velecela et.al (2022) en su publicación científica *Impacto post quirúrgico de la cirugía bariátrica y comorbilidades asociadas* habla desde el punto de vista médico sobre el impacto de la cirugía bariátrica revisando 66

expedientes de pacientes intervenidos entre el 2014 y el 2018. Este artículo analiza el impacto de la cirugía bariátrica en el Hospital José Carrasco Arteaga (Cuenca, Ecuador) en pacientes con obesidad y comorbilidades como hipertensión, diabetes tipo 2 y dislipidemia. Los resultados muestran una reducción significativa del índice de masa corporal (IMC) y mejoras en niveles de presión arterial, glucosa, colesterol y triglicéridos tras 6 y 12 meses post-cirugía. La cirugía bariátrica ayuda efectivamente a reducir peso y comorbilidades, mejorando así la salud general de los pacientes. Más de la mitad de los pacientes ingresados al programa de cirugía bariátrica tenían edades comprendidas entre los 30 a 50 años siendo en su mayoría mujeres. No se considera el perfil psicológico de los intervenidos, solo está el interés de que esta intervención permite reducir entre el 70% u 80% del peso.

Cisneros y Castello hablan del peso y su relación con la autoestima, mientras que Velecela de la banda gástrica como solución al problema de la obesidad. En temas específicos, Cisneros aborda el tema de la insatisfacción, Castello el del autoestima y Velecela un análisis de la efectividad de la banda gástrica. En los trabajos de Cisneros y Castello se aprecia el tema de la aceptación del peso mientras que Velecela trae un método que permite con una intervención *solucionar* la obesidad.

Los artículos de Cisneros y Castelo rescatan el hecho de cómo el tema del peso puede provocar una discordancia entre la percepción y la aceptación de la imagen corporal. Cisneros habla del discurso que parte de los cánones de belleza contemporáneos mientras que Castelo habla del discurso que parte desde como la comparación con los pares crea esta discordancia. Ambos muestran que el discurso puede ser influyente tanto a nivel macro (sociedad) como micro (comunidad), es decir, la persona obesa siempre está en la mira de expectativas sociales respecto su imagen o de la interacción con otros que hace que se vea enfrentado con lo real de su cuerpo comparado con el de otros.

Llama la atención como la publicación de Velecela detecta a las mujeres como el público que más demanda la intervención de la manga gástrica, lo cual puede vincularse al artículo internacional de Martínez sobre

la presión que existe en el sector femenino y las mujeres gordas en cumplir estándares de imagen. Como mencioné previamente, no se habla mucho del tema de la obesidad relacionado a las pulsiones en Ecuador, por lo que es interesante observar como las mujeres, pese a que los hombres son la mayoría de la estadística de obesidad y sobrepeso, son quienes más se inclinan a la manga gástrica y a sentirse comprometidas a nivel de imagen. Como son quienes se han visto históricamente más presionadas por alcanzar expectativas de belleza es razonable que la promoción de la imagen ideal en la sociedad y en las redes sociales les afecte más que a los hombres, quienes suelen ser más *comprensivos* con su condición física.

Pese a que no todos los artículos hablen directamente de la obesidad, todos comparten la mención de la imagen corporal o el control del peso, lo cual se alinea al tema de lo real que se pone en juego en la elección de la obesidad y permite que se puedan contrastar las investigaciones para soportar esta tesis. Los participantes de los diversos estudios muestran reacciones respecto al tema de la imagen y la aceptación corporal, donde los resultados respecto al uso de la obesidad arrojan factores relacionados a la ansiedad, insatisfacción y estrategias de afrontamiento inadecuadas como la negación o el conformismo. Cabe destacar que la investigación de Martínez realizada en España tiene una fuerte perspectiva femenina, por lo que el interés de la autora a explorar el tema podría deberse a esa necesidad de descubrir que es lo que la sociedad simboliza respecto a lo que es no solo *ser gordo*, sino a *ser mujer y gorda*. Además, su estudio no habla solamente de la mujer española, sino también de la mujer latinoamericana.

Fuera de la perspectiva del género, es claro que existe un discurso personal y social que está relacionado a la obesidad y a la elección inconsciente de la pulsión de muerte en el sujeto contemporáneo, donde a pesar de que la obesidad se considera una enfermedad que puede darse por la mala crianza, malos hábitos aprendidos o una imposibilidad de regular el peso, la responsabilidad termina cayendo en el individuo solamente y se lo señala desde lo real del cuerpo. Aunque el artículo de Matera posee un enfoque más conductual esto puede enriquecer la perspectiva al ver como plantea la forma en la percepción se moldea a partir de la aceptación del

cuerpo obeso. Al obeso priorizar su propia opinión antes que la de la sociedad, ya no hay apertura para un Otro que le permita visibilizar cuando el cuerpo se está deteriorando por los malos hábitos. Al encerrarse el sujeto en su propia opinión usa la aceptación como un mecanismo de defensa para ignorar al Otro y lo real del cuerpo bajo el discurso del amor propio y la exaltación de la obesidad de las redes sociales.

CAPÍTULO 1

¿Obeso según quién?

Según la medicina: una enfermedad multifactorial y multicausal

En el contexto de la medicina, hablar de la obesidad es hablar de una enfermedad. Según la Organización Mundial de la Salud (2024) “la obesidad es una afección que se caracteriza por la excesiva acumulación de grasa”. La obesidad no solo trae consigo un aumento de probabilidades de contraer enfermedades, como la diabetes o afecciones cardiovasculares, sino que de plano afecta la calidad de vida, como es la limitación del movimiento, el sueño y la reproducción. La obesidad se considera una pandemia, incluso llegando la previamente mencionada organización a acuñar el término *globesidad* en 2011 para referirse a esta situación.

Para un médico, diagnosticar el sobrepeso y la obesidad va más allá de observar el aspecto físico, sino que lo hace mediante el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC). El servicio informativo en línea Medline Plus (2022), producido por la Biblioteca Nacional de Medicina, detalla en su Enciclopedia Médica la forma en la que los expertos determinan la obesidad:

Los expertos a menudo confían en una fórmula llamada índice de masa corporal (IMC) para determinar si una persona tiene sobrepeso. El IMC se usa para estimar su nivel de grasa corporal con base en su estatura y peso medidos en kilogramos y metros. (Enciclopedia Médica de Medline; sección Sobrepeso, apartado Consideraciones, párr. 1)

Este proceso se realiza dividiendo el peso (kg) entre el cuadrado de la estatura (m^2), sirviendo este índice como un indicador indirecto de la cantidad de grasa corporal. Además del IMC existen otras mediciones, como el perímetro de la cintura, que también pueden ser útiles para diagnosticar la obesidad. Un IMC de 30 o más se considera obesidad, mientras que uno de 25 a 29 se considera sobrepeso.

Hay personas que podrían cuestionar que el IMC no toma en cuenta si el peso de la persona sometida al cálculo es solo grasa; sin embargo, con

pocas excepciones, tiene (el IMC) una buena correlación con la adiposidad de un sujeto; por lo tanto, es un indicador fiable para evaluar el estado nutricional de un individuo (Vinuela, 2023). Es curioso plantear esto, ya que hace caer en cuenta que cada persona, según su estatura, puede soportar cierto límite de peso, por lo que pensar la obesidad en la medicina no es solo pensar en una acumulación de grasa, sino en un exceso. Es como la existencia de personas con un peso normal o alto, pero con desnutrición: paradójico, pero evidencia el hecho que la perspectiva médica no se limita en lo observable para determinar qué es un cuerpo sano o enfermo, como haría el ojo común en la sociedad. Entonces, ¿el diagnóstico de sobrepeso u obesidad es suficiente para decir que un individuo peligra su salud, sea por músculo o grasa?

Medline Plus (2022) hace una consideración para responder esta pregunta:

Algunas personas en este grupo (con sobrepeso), como los atletas, pueden tener mucho peso muscular y por lo tanto no tanta grasa. Estas personas no tendrán un aumento del riesgo de problemas de salud debido a su peso. (...) El riesgo de muchos problemas de salud es mayor para los adultos que tienen grasa corporal en exceso y que encajan dentro de los grupos con sobrepeso. (Enciclopedia Médica de Medline Plus, sección Sobrepeso, apartado Consideraciones, punto 2).

Entonces, es así como la caracterización de la OMS sobre la obesidad como una afección tiene sentido si se especifica el factor de la excesiva acumulación de grasa, donde los términos *hipertrofia* e *hiperplasia* son los que se usan para describir cómo las células o los tejidos en nuestro cuerpo cambian o crecen. *Hipertrofia* es cuando las células se hacen más grandes, como cuando los músculos crecen después de hacer ejercicio. Por otro lado, *hiperplasia* es cuando las células se multiplican, como cuando un tejido crece porque hay más células. Entonces, en el contexto de la obesidad, estos dos procesos pueden ocurrir en el tejido graso. Si las células de grasa aumentan de tamaño (hipertrofia) o de número (hiperplasia), esto afecta no solo a cómo se moldea el cuerpo, sino a su funcionamiento.

Esto conlleva a tocar el tema de un *perfil secretor diferenciado*, lo cual se refiere a cómo las células o tejidos (como las células de grasa) secretan diferentes sustancias. Las células de grasa pueden liberar hormonas o proteínas que afectan el cuerpo de distintas maneras, dependiendo de su tipo. Esto significa que las células de grasa en diferentes partes del cuerpo pueden liberar sustancias diferentes, lo que tiene efectos distintos en el organismo. Por ende, según el perfil selector diferenciado de las células de grasa, estas tendrán una relevancia local o sistémica. Si es local, los efectos de estas sustancias secretadas afectan solo a la zona donde están las células; si es sistémica, se difunden por todo el cuerpo. Si un individuo posee más grasa en una zona específica, como en el abdomen, las sustancias secretadas por esa grasa pueden afectar localmente a los órganos cercanos; sin embargo, aunque sea en una zona, tener mucha acumulación de grasa puede llegar a afectar a todo el cuerpo, lo cual sería el efecto sistémico.

Es por esta razón que hablar de sobrepeso y obesidad como una enfermedad desde el punto de vista de la medicina va ligado a la acumulación de grasa sin importar donde se encuentre. Carmona (2017) menciona que la grasa acumulada en la zona central (como el abdomen, por ejemplo) es uno de los mejores predictores visibles de futuras enfermedades cardio-metabólicas asociadas con la obesidad (p. 228, párr.6). Es decir, tener más grasa implica un mayor riesgo de enfermedades como (teniendo en cuenta el ejemplo del abdomen) diabetes, hipertensión y problemas del corazón. Es así como queda claro que, para la medicina, el exceso de grasa no solo es solo algo que ocupa espacio en el cuerpo, un porcentaje de peso en el IMC o una cuestión estética, sino que implica una producción de sustancias que pueden alterar el funcionamiento del cuerpo, causando problemas de salud generales y específicos.

Se ha descrito mucho de la obesidad desde la biología, más es necesario remarcar que la enfermedad no se da solamente por la acumulación de grasa, sino que es una enfermedad multifactorial y multicausal, ¿qué quiere decir esto? Ser obeso no se limita a una cuestión genética, sino que se aborda considerando el consumo alimentario, los procesos mentales, el comportamiento y la cantidad de actividad física de la persona como factores

complementarios. Un obeso no es solamente ser alguien que no puede quemar grasa con facilidad, alguien que está de esa forma porque desde niño fue *gordito* o *nació con huesos grandes*. Los hábitos y circunstancias propician llegar a un exceso de grasa debido a que hay un vínculo entre lo biológico de una persona y lo ambiental para dar paso a padecer esta enfermedad:

El aumento de peso involuntario puede ser causado por muchos factores diferentes. El metabolismo se reduce a medida que usted envejece. Esto puede causar aumento de peso si come demasiado, consume los alimentos equivocados o no hace suficiente ejercicio. (...) Los cambios hormonales o problemas de salud también pueden causar aumento involuntario de peso. (Enciclopedia Médica de Medline, 2022; sección Aumento de peso – Involuntario, apartado Causas, párr. 1, 2 y 4)

Hablando del vínculo genético y ambiental, enfermedades como el hipotiroidismo o síndromes como el de Cushing pueden engordar; sin embargo, en situaciones de esta índole hablamos de tendencias al sobrepeso, no a una generación de grasa. Por ejemplo, en el Síndrome de Cushing se presenta una hiperplasia de cortisol gracias a la hipófisis (una glándula que está en el cerebro), lo cual problematiza la regulación de peso. Con esto se podría pensar que una persona puede ser obesa por culpa de una enfermedad; no obstante, ningún cuerpo puede generar grasa sin comer, por lo que, si lo genético dificultara mantener o eliminar grasa, provoca delgadez o adiposidad, los hábitos siguen siendo cruciales para regular el cuerpo. Entonces, si una persona tuviera una enfermedad, medicación o síndrome que facilite o dificulte la pérdida de peso hay que considerar que la regulación del peso y la correcta nutrición del cuerpo todavía son responsabilidad de la persona. “Una dieta saludable y un programa de ejercicios pueden ayudarle a manejar su peso” (Enciclopedia Médica de Medline Plus, 2022; sección Aumento de peso – Involuntario; apartado Cuidados en el hogar, párr. 1).

En conclusión, la obesidad para la medicina es una enfermedad provocada por los problemas que provoca el exceso de grasa corporal, especialmente en la zona central del cuerpo. Es una afección a la salud de

forma localizada y sistémica, una que predice y conlleva el riesgo de enfermedades graves. Evidencia cómo las células de grasa pueden comportarse de diferentes maneras según su ubicación esto no solo afecta a la salud, sino al estilo de vida. La obesidad tiene su rasgo genético, pero no es la única causa, sino que la acumulación va acompañada por los factores psicológicos y ambientales, siendo esto lo multifactorial y multicausal. La acumulación de grasa es un proceso natural, pero esta no llega al cuerpo de la nada. Se puede eliminar o se mantiene según la hipertrofia e hiperplasia del cuerpo, más estos procesos pueden verse estimulados gracias a los hábitos y circunstancias de la persona. No es lo mismo un alto IMC gracias a la hipertrofia muscular por ejercicio intenso a que un alto IMC por el resultado de una hipertrofia de grasa gracias a los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo. Sobre peso por grasa es igual a enfermedad.

Según la historia: el imaginario colectivo respecto a la obesidad

Hablar de la obesidad desde la sociedad es un espectro muy amplio ya que no hablamos de un concepto estático y universal, sino evolutivo y contextual. En sí, la gordura se retrata de manera diferente en cada cultura y época. Por un lado, tener un cuerpo voluminoso puede ser visto como un signo de abundancia, riqueza y bienestar personal; por otro lado, puede ser visto como rasgos de alguien que vive en exceso, es falto de control e incluso llega a simbolizar la muerte.

En el Periodo Paleolítico la obesidad es plasmada en el arte, principalmente a través de las mujeres. Sea Asia, Europa o la Sudamérica precolombina, es común encontrar estatuillas femeninas de cera con cuerpos redondeados y voluptuosos llamadas Venus. Estas esculturas se interpretan a menudo como símbolos de fertilidad y abundancia, “por esto pueden haber sido (los rasgos obesos) motivo de admiración y quizás de culto en busca de ideales del aspecto de las mejores mujeres” (Retana, 2016, p. 175). Lo cierto es que la obesidad no era un rasgo común en las personas del paleolítico, pero sí la redondez en ciertas zonas. Entonces, más que representar las estatuillas un ideal imaginario, plasmaban un ideal simbólico: salud, fertilidad

y supervivencia. Tomando en cuenta esta última palabra, ¿de verdad la obesidad de estas figuras representa solamente abundancia?

Las mujeres con mayor grasa corporal en áreas como las caderas y los muslos presentan no solo ventajas reproductivas, sino de supervivencia en ambientes de escasez alimentaria. La revista National Geographic (2020) informa que, según un estudio de la Universidad de Colorado, las estatuillas paleolíticas de las Venus significan hambruna y no fertilidad. Es interesante este planteamiento, ya que en el párrafo anterior se mencionó la amenaza de la escasez alimentaria y este nuevo estudio trae otro: la glaciación. En este contexto de frío creciente y escasez de recursos, el significado de la obesidad de las Venus no se limitaría al consenso popular de que representan fertilidad, sino supervivencia. La obesidad se plasma no solo como una simbolización de abundancia, sino como un ideal para enfrentar la dura realidad paleolítica; una solución a la falta de recursos.

Figura 1: Venus obesas



Nota: Tomado en 2024 de National Geographic (2020).

<https://www.ngenespanol.com/descubrimientos/las-venus-significan-hambruna-y-no-fertilidad/>

En la antigua Grecia, se valoraba mucho la estética y el cuidado corporal, de modo que la obesidad fue observada y clasificada principalmente desde un enfoque empírico:

En cuanto al origen epistemológico del conocimiento, la diferenciación entre aquel obtenido a partir de la experiencia sensible (empírico) y el que se origina en las ideas o racionalidad del hombre (racional). Estos hechos han definido y caracterizado al dualismo filosófico del mundo

occidental, desde entonces hasta nuestros tiempos. (Aduccio, 2010, p. 82, párr. 2)

Hipócrates desde lo empírico asoció la obesidad con un mayor riesgo de muerte súbita y recomendaba una dieta adaptada según las características del cuerpo, relacionando la obesidad con un desequilibrio en los humores. Dentro del empirismo, más adelante, Galeno distinguió entre obesidad moderada e inmoderada, considerando la primera natural y la última como mórbida, resultado de un estilo de vida inadecuado. Galeno sostenía que la obesidad era responsabilidad del individuo, quien debía seguir normas higiénicas para conservar la salud, asignando así un grado de culpabilidad a quienes no cuidan su estilo de vida (Aduccio, 2010), ¿y qué hay del pensamiento racional?

Fue en la Edad Media donde lo racional tomaría fuerza pero bajo la creencia de Dios. San Agustín, bajo el razonamiento divino con un enfoque idealista y religioso, asociaría la obesidad con la glotonería, considerando este acto con la gula, uno de los siete pecados capitales. Los cuarenta días de ayuno antes del carnaval representaban una lucha entre lo graso y lo magro. Mantener un cuerpo delgado es evitar que sea consumido por un exceso de grasa, que representaría el triunfo del pecado sobre el cuerpo, una pérdida de lo magro. No obstante, todavía considerando la crítica empírica y racional, el imaginario colectivo aún asociaría la obesidad como una señal de abundancia y de riqueza, incluso con la connotación de pecado que traía la obesidad. Incluso figuras de la iglesia como Martín Lutero pasarían de joven esbelto a hombre grueso y abotargado (National Geographic, 2023).

Bajo el contexto de la Antigua Grecia y la Medievalidad, los que tenían fácil acceso a la comida eran los nobles y figuras importantes de la época. Los dioses griegos eran retratados magros como un ideal; por otro lado, Dios es un símbolo de prosperidad y abundancia, lo cual recuerda como los humanos delgados del Paleolítico retrataban la obesidad en sus estatuillas como una manifestación de abundancia por la amenaza del hambre. La sociedad griega veía al hombre como el centro del universo mientras que en la medievalidad es Dios el eje, donde hay una transición entre un ideal magro a base del

control a uno donde este ya no basta para el hombre, representando Dios una solución para lidiar con la gula, lo cual representaría un obstáculo al ideal magro. Y. Quintero et al (2020) en *El estudio de la obesidad desde diversas disciplinas. Múltiples enfoques una misma visión* expresa “Desde la mirada sociológica, se busca entonces reconocer la alimentación como una práctica social que contiene una dimensión simbólica común a diferentes grupos sociales a los que el individuo pertenece” (p. 103, párr. 2). Sin embargo, conforme avanza la historia es más accesible la alimentación, lo cual nos llevaría a un cambio de paradigma.

El Renacimiento, época de transición entre la medievallidad y la modernidad, traería consigo un retorno a lo clásico, donde la visión del hombre como el centro del mundo permitiría replantear qué es lo ideal respecto al cuerpo. En el arte, los cuerpos eran retratados más redondeados, voluminosos y llenos sin llegar al exceso de las Venus del Paleolítico. Las mujeres mostraban rollitos y proporciones más redondeadas, elementos asociados con la salud y un ideal de belleza, donde hay un balance entre la delgadez (lo magro, el control) y la gordura (lo graso, el deseo). Mientras el arte se moldeaba al nuevo imaginario colectivo, la filosofía, ahora sin un eje divino, desde el racionalismo piensa al hombre una vez más. Adaucio (2010, refiriéndose al *Discurso del método* de Descartes, 1637) “A través de su *cogito ergo sum* (pienso, luego soy), Descartes deja claro que su filosofía racionalista está centrada en el sujeto pensante, pero un sujeto que no posee cuerpo o materia” (p. 82, párr. 9). Hay una romantización a partir del arte de la época gracias a este nuevo planteamiento de pensar al hombre más allá del cuerpo, pero también abre la pregunta de qué se juega en el ser para llevar al cuerpo a ciertos estados.

La Modernidad tomaría lo empírico y lo racional fuera de lo divino para pensar en las acciones del ser y las consecuencias que trae a nivel de lo Real. Antes de llegar plenamente a la Edad Moderna, Morales (2010) en *Visión epistemológica de la obesidad a través de la historia* menciona a Thomas Short, quien publicaría en 1727 la primera monografía en inglés sobre la obesidad donde “En este documento, Short hace constar el gran número de casos de obesidad y, asimismo, describe como causa de obesidad el

sedentarismo y la ingesta de algunos alimentos: dulces, grasas o sustancias ricas en aceite” (p. 81, párr. 2). En contexto histórico, nos ubicamos en la Revolución Industrial de Estados Unidos, donde cada vez la comida es más accesible, por lo que este análisis de la obesidad se nota más crítico a ese “abuso de la comida”. Ya no está la idea de la supervivencia ni de un cuerpo preservado para Dios. Gracias a la accesibilidad a la alimentación, lo que antes era un ideal que solo unos pocos alcanzaban es ahora algo que se normaliza en el imaginario colectivo, asociando la obesidad con enfermedad y sedentarismo, mientras que la delgadez es señal de un cuerpo en movimiento y salud.

Por supuesto, este nuevo análisis de la obesidad pasaría a ser parte del imaginario colectivo, por lo que si bien hoy en día todavía se asocia al gordo con abundancia y al delgado con escasez, con los nuevos cánones de belleza, el fácil acceso a la comida y la cultura fitness, cada vez aumenta la crítica al cuerpo obeso. No es de extrañar que por eso hayan surgido movimientos como el *body positive*, el cual nació en los años setenta en Estados Unidos con un enfoque crítico para desafiar la discriminación y estigmatización del capitalismo que normalizaba los cuerpos delgados y hegemónicos. Tomando algo del pensamiento de Martínez (2020) para hacer un contraste entre el *body positive* y el *activismo gordo*; mientras el *body positive* habla de la diversidad corporal, el *activismo gordo* se enfoca solamente en la gordura, luchando en contra de la invisibilización y patologización de los cuerpos gordos en redes sociales, especialmente en Instagram (p. 343, párr. 2).

Hoy en día tenemos términos como *gordofobia*, el cual describe un estigma social que considera a la gordura como una amenaza a la salud y una desviación social, manifestándose como un sistema de opresión en tres áreas: cultural (representaciones negativas de la gordura en los medios), institucional (discriminación en el ámbito laboral y sanitario), y social (exclusión en relaciones afectivas y acoso). Incluso cuando el feminismo ha abordado temas de presión estética sobre las mujeres este no siempre ha incluido la discriminación hacia cuerpos gordos. Por eso no es de extrañar que aparezcan neologismos que simbolizan un descontento de un sector que no

se siente representado, pero si oprimido por una sociedad que cada vez promueve más lo *fitness* y lo saludable, viendo a la obesidad como lo opuesto de estos ideales, un insulto.

Aun con esta colocación de la obesidad en un extremo insalubre, las activistas gordas y personas obesas buscan apropiarse de la palabra *gordo* u *obeso* para remover la etiqueta de enfermedad que esta palabra carga y resignificar según lo que ellos ubiquen en lo particular de su ser. Se puede ver que hay un intento por tomar lo real de la ciencia y lo imaginario del colectivo para, a nivel simbólico, hacer su identidad en base de esas palabras, a modo de nombrarse y empoderarse, en una tradición similar a lo que hacen las feministas con *ser mujer* y los del *body positive* con *cuerpos ideales*. Muchas activistas y personas obesas comparten sus experiencias de discriminación como forma de denuncia y visibilización del problema. Esto genera conciencia sobre la gordofobia, aunque también atrae a detractores.

Es imposible hablar de la visión social de la gordura sin tocar las redes sociales. Las plataformas se convierten en un espacio de resistencia para las personas, sean defensores o detractores de la obesidad. A través de cuentas y publicaciones, se busca romper con la invisibilidad de los cuerpos no normativos y construir una comunidad de apoyo frente a la discriminación estructural. Al mismo tiempo, están los que buscan mostrar su descontento con todos estos individuos y movimientos sociales, ya que simbolizan una amenaza a la normalidad de las personas que se alienan a un discurso y se ven conmovidos por circunstancias que evidencian un cambio a lo que ellos consideran *lo sano* y *lo esperado*.

Lo cierto es que la imagen influye mucho en la validación social y la aceptación de sus cuerpos. Retomando la cita de Y. Quintero et al (2020), la alimentación se asocia a un grupo social, por lo que el cuerpo representa un vínculo con la comida. Hoy en día no sólo es accesible la comida, sino las dietas y lo *fitness*, por lo que la normalización de la cultura del gimnasio y la alimentación balanceada crea dos extremos: Uno donde la gente opta lo magro y otro donde la gente opta lo graso ¿Acaso se repite la historia?

Según la psicología: una breve mirada psicoanalítica

Si en la medicina ubicamos una enfermedad por exceso de grasa y en lo social un término asociado a una necesidad del ser humano por sobrevivir a la escasez la cual evolucionaría a una forma de crear una identidad a nivel real, sea para mostrar abundancia, poder o simplemente una forma de nombrar al Yo, ¿qué nos esperaría encontrar bajo los conceptos de la psicología y el psicoanálisis? Bajo la psicología, la relación entre las variables psicológicas y la obesidad no permite establecer una clara causa-efecto:

Se ha visto que pacientes con serias molestias físicas, como aquellos pacientes portadores de obesidad mórbida y aquéllos quienes desarrollan tempranamente su problema, tienen mayor riesgo de desarrollar sintomatología psicológica en el futuro, dado el impacto en el desarrollo del carácter y la notable estigmatización social sufrida. (Y. Quintero et.al., 2020, p.100).

Esto quiere decir que no hay un perfil psicológico previo y claro que pueda determinar si una persona llegará a ser obesa, pero lo que si se ha comprobado es que la obesidad mórbida y el inicio temprano de esta condición aumentan el riesgo de desarrollar problemas psicológicos debido al impacto en el carácter y la estigmatización social. De lo que se ha podido determinar, las teorías psicológicas distinguen una obesidad de tipo exógena, es decir, sin causas biológicas, con la finalidad de entender factores cognitivo-conductuales como los hábitos obesogénicos. Los obesos no presentan un trastorno psicológico único, pero sí mayores tasas de problemas emocionales, como depresión y sentimientos de inferioridad. La obesidad interactúa con factores genéticos y ambientales, lo que resalta la necesidad de evaluaciones personalizadas que incluyan aspectos emocionales, cognitivos y ambientales. No hay un “trastorno del obeso”, pero lo cierto es que se cruzan los elementos psicológicos dentro de la persona junto los factores sociales y ambientales, lo cual da génesis a los hábitos obesogénicos que llevarían a la obesidad.

Dentro del obeso hay patrones conductuales que dan pie a mantener su condición. Resumiendo lo investigado por Tamayo et al (2014) en *Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos* se pueden ubicar tres aspectos

principales en la conducta del obeso: La personalidad, el estrés y la ingesta emocional (p. 95-96). Desde la personalidad, las personas con alto neuroticismo y baja conciencia emocional son más probables en pasar por ciclos de pérdida y ganancia de peso de por vida. Dentro de estas características es la impulsividad el factor más importante para la tendencia al sobrepeso. Mantener un peso saludable es cuestión de dieta y ejercicio balanceado, lo cual implica compromiso y moderación; por ende, un individuo altamente impulsivo tendrá muchas dificultades para apegarse a esas metas, siendo más fácil para él ceder al impulso que controlarlo. Segundo, el estrés. A pesar de que este aspecto inhibe el apetito, cuando hay un exceso de estrés este generará cortisol en exceso, una hormona que incrementa el apetito hacia alimentos altos en grasa y azúcar. No solo la producción de cortisol aumenta la ingesta de esta clase de alimentos, sino que el estrés desregula el sueño, arruina los beneficios del ejercicio (o de plano quita las ganas de hacerlo) y, por último, incrementa la ingesta de alcohol.

Por último, la ingesta emocional, es el acto de comer para mitigar o controlar las emociones negativas como la tristeza, el miedo, el aburrimiento o la soledad; la ingesta por estrés es un acto impulsivo por el exceso de cortisol mientras que la ingesta emocional es un mecanismo de afrontamiento inadecuado. Tamayo (2014, mencionando a May, 2011) dice que “tanto los eventos importantes de la vida como problemas cotidianos pueden desencadenar emociones negativas que conducen a la ingesta emocional” (p. 96). Aún con la distinción entre la ingesta por estrés y la emocional, las investigaciones sugieren que la ansiedad es la emoción que se relaciona principalmente con la ingesta alimentaria en personas con obesidad, sea cual sea la razón. Por otro lado, se descubrió que la ira no guarda esta relación, ni en personas obesas ni en aquellas con un peso saludable. Tanto los grandes eventos de la vida como los problemas cotidianos pueden generar emociones negativas que derivan en este comportamiento. Desde la psicología cognitiva, el análisis de este fenómeno como desencadenante de episodios de atracones requiere un diseño experimental complejo que considere factores como la etnia, el sexo, la edad, el índice de masa corporal, el entorno social y otras variables que puedan influir en la respuesta emocional.

Si esto es lo que habla la psicología sobre la obesidad desde la mirada cognitiva-conductual, ¿qué es lo que visualiza la mirada del psicoanálisis? En pocas palabras, la obesidad se interpreta como una compensación simbólica de carencias afectivas. La ingesta excesiva refleja un deseo insatisfecho que no se reprime y se vincula con conflictos emocionales y relacionales en la historia personal del individuo. Este enfoque considera tanto los significados asociados al cuerpo como el vínculo con la alimentación dentro del entorno familiar y social, donde se construye una imagen con la finalidad de enfrentar un conflicto respecto a la falta del Otro que no logra ser simbolizado.

En el psicoanálisis, el concepto de imagen corporal hace referencia a la representación mental consciente e inconsciente del propio cuerpo, junto con las actitudes, los sentimientos, fantasías y conflictos asociados a ella. De esta forma, la obesidad puede ser un signo de un deseo no satisfecho nunca. El castigo por desear es esa constante insatisfacción que luego trata de llenar. (Y Quintero et.al., 2020, p.102)

Es por eso que el obeso come sin satisfacerse porque no tiene hambre fisiológica, sino un vacío que parte del deseo insatisfecho, corporizándolo. La experiencia clínica ha demostrado que los conflictos que surgen dentro de la relación entre el individuo, los alimentos y su entorno tienden a transformarse en vínculos poco saludables con la comida, manifestándose en comportamientos como la anorexia, la bulimia, el sobrepeso y la obesidad. El psicoanálisis interpreta al cuerpo como un espacio donde se produce una desconexión entre el goce y el Otro.

Quedó claro que el cuerpo obeso en la medicina es analizado a través del IMC, la cantidad de grasa corporal, hipertrofia, hipófisis y desórdenes hormonales, buscando solucionar la obesidad con dietas o cirugías bariátricas, más en el psicoanálisis, lo que se analiza es un goce que se expresa mediante una ingesta excesiva, constante e indiscriminada. Se habla de un sujeto tomado por un goce que se exterioriza en lo real. La obesidad es un extremo del sin límite del cuerpo en lo real, donde si en la anorexia es el cuerpo sin grasa y en la ortorexia el cuerpo magro en la obesidad es el cuerpo graso.

El cuerpo no se configura únicamente por lo biológico y lo hormonal, sino por lo que se logra o no inscribir en el orden simbólico. El obeso no busca solo llevar el cuerpo, sino hacer el cuerpo y su imagen un orden simbólico que pueda llenar la falta; las activistas que buscan empoderarse con la palabra “gorda” y eliminarle todo lo negativo del orden médico y social evidencian ese rechazo a ser nombrado por el Otro o dejarse nombrar por el mismo. Se despojan de la negatividad de la palabra *gordo*, creando su propio *ser gordo*.

CAPÍTULO 2

Obesidad y psicoanálisis

La pulsión y lo oral: una entrada al mundo por la boca

La obesidad no es solo un fenómeno médico o biológico, sino que tiene raíces psicológicas y emocionales. Desde el psicoanálisis, se considera que los comportamientos relacionados con la alimentación pueden ser expresiones de conflictos internos, angustia o falta de satisfacción. Las dinámicas familiares, como el exceso de control o abandono emocional, pueden contribuir al desarrollo de hábitos alimenticios disfuncionales. Es así como el cuerpo se convierte en un escenario donde se expresan los conflictos psíquicos, siendo una forma de defensa ante aquellas experiencias emocionales intensas, cediendo al deseo. La clínica psicoanalítica busca comprender el significado subjetivo de la obesidad para cada sujeto, pero ¿De dónde nace el deseo? De la pulsión.

Freud (1915) en *Pulsiones y destinos de la pulsión* establecería que “La pulsión es un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma” (p. 117, párr. 1). Es importante aclarar que la palabra *estímulo*, desde la fisiología, es hablar de lo que desde afuera se recepta a través de lo sensible y se descarga dentro del cuerpo, como la información que el cerebro crea a partir de eso experimentado. Si eso es un estímulo externo, entonces, ¿qué sería un estímulo psíquico? Aquello que se crea desde adentro, no desde la biología, sino desde la psique. *Estímulo psíquico* y *pulsión*, entonces, pueden sonar como sinónimos, más hay una diferenciación importante.

El estímulo psíquico todavía contiene algo de la experiencia física en su surgimiento, por ejemplo, ver al sol y que duelan los ojos es algo fisiológico, pero verlo y sentir necesidad de ocultarse bajo la sombra es algo psíquico. Lo pulsional, en cambio, es una fuerza interna constante que genera una necesidad y requiere acciones específicas para alcanzar la satisfacción y

resolver el estado de tensión que provoca en el cuerpo y la mente. El estímulo fisiológico y el psíquico operan como choques momentáneos, es decir, empujan de golpe, pero desaparecen si se huye de la situación estimulante (si te da el sol entonces buscas sombra). Si los estímulos son momentáneos entonces la pulsión opera como un choque constante: no se alivia huyendo porque no paran de empujar. La pulsión es un empuje constante a una necesidad que no aparece por el estímulo del cuerpo, sino que viene desde lo más íntimo del sujeto.

Desde la perspectiva pulsional, el cuerpo obeso se convierte en un espacio donde se juega la búsqueda de satisfacción. A diferencia de un estímulo fisiológico; en este caso, el hambre que se alivia de manera inmediata comiendo, la pulsión actúa como un empuje constante que no encuentra solución definitiva por más que se ingiera comida. El acto de comer no se detiene cuando se ha satisfecho el hambre física ya que el deseo que alimenta la pulsión sigue presente a modo de una necesidad de ingerir. Hablamos no solo de un empuje desde el deseo que nace del Ello, sino de un empuje en lo Real que lleva al cuerpo a un sin límite a través de lo graso. Hay algo de placer dentro de este empuje, algo que logra ser aliviado, pero no satisfecho, lo que llevaría a hablar del *principio de placer*. El *principio de placer* es la tendencia natural de la psique a reducir experiencias displacenteras por medio de la búsqueda de la gratificación al deseo, más esta búsqueda no es así de sencilla, ya que se ve influida por múltiples factores, como la demanda que provocan los estímulos previamente mencionados y lo subjetivo del aparato psíquico. “Este principio se regula gracias a la lógica del *placer-displacer*, donde el *displacer* es un incremento del estímulo y el *placer* una disminución” (p.116, párr. 2).

Suena ilógico que más estímulo provoque *displacer*, ¿no se supone que poseer más debería recompensar más? El problema radica en que los estímulos provocan tensión en el ser. El *principio de placer* necesita evolucionar hacia el *principio de realidad* para poder manejar la tensión de forma apropiada. El principio de realidad dictamina que no siempre se puede satisfacer los deseos de manera inmediata, de modo que la demanda será

satisfecha cuando el contexto lo permita y el ser realmente lo necesite. Freud (1915), respecto a la lógica del *placer-displacer* manifiesta:

Si ahora, desde el aspecto biológico, pasamos a la consideración de la vida anímica, la “pulsión” nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante (*Reprasentant*) psíquico, de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal. (p.117, párr. 1)

La pulsión representa un empuje hacia el placer que va más allá de lo que el cuerpo puede hacer y experimentar. Es la evidencia de la existencia de un ser más allá de lo biológico, uno que con tal de satisfacerse puede incluso imponerse al orden anímico y somático. Según Freud (1915) en *Pulsiones y destinos de la pulsión*, este empuje tiene elementos que, analizándolos por separado, permiten comprender bajo qué coordenadas opera la pulsión:

1. **Esfuerzo (Drang):** “Se entiende su factor motor, la suma de fuerza o la medida de la exigencia de trabajo que ella representa” (p. 117).
2. **Meta:** “es en todos los casos la satisfacción que sólo puede alcanzarse cancelando el estado de estimulación en la fuente de la pulsión” (p. 118, párr. 1).
3. **Objeto:** “es aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta. Es lo más variable en la pulsión; no está enlazado originariamente con ella, sino que se le coordina sólo a consecuencia de su aptitud para posibilitar la satisfacción” (pág. 118, párr. 2).
4. **Fuente:** “se entiende aquel proceso somático, interior a un órgano o a una parte del cuerpo, cuyo estímulo es representado (*reprasentiert*) en la vida anímica por la pulsión” (pág. 118, párr. 3).

Con esto desmenuzado, ¿cómo operaría la obesidad desde el *placer-displacer*? Bajo esta lógica del principio de placer y su relación con la pulsión podría interpretarse un intento de satisfacer los deseos del ser mas allá de las necesidades biológicas. Comer en exceso ya no es una necesidad de nutrición bajo estímulos fisiológicos y psíquicos, sino una forma de buscar

placer o de reducir el displacer que provoca la tensión interna. ¿Hay una verdadera satisfacción? Comer es una necesidad, pero cuando el sujeto está regido bajo el *principio de placer* termina cayendo en un ciclo complejo que involucra tanto el cuerpo como la psique.

El alimento es el objeto de satisfacción mediante la oralidad, siendo el acto de comer la respuesta inmediata ante la tensión interna que causa displacer. La comida pierde su función nutritiva y el *principio de realidad* queda de lado por un sujeto que no busca implicarse con este ya que prevalece la satisfacción antes que la salud, el cuerpo y las necesidades reales a nivel anímico y somático. Hay una dificultad para alinearse a estos principios, por lo que la invitación a la satisfacción inmediata es la solución disfuncional del sujeto. Freud (1915) clasifica las pulsiones en dos grandes grupos:

1. **Pulsiones de autoconservación (yoicas):** Relacionadas con la supervivencia.
2. **Pulsiones sexuales:** Buscan placer y reproducción, separándose progresivamente de las de autoconservación

¿La obesidad y el acto de comer puede tener algo que ver con lo sexual del sujeto? Considerando que el obeso no está regido bajo el *principio de realidad* para asegurar un cuerpo óptimo para su conservación y supervivencia entonces se pone en juego algo respecto al placer. Por otro lado, en lo más temprano de la infancia, la oralidad tiene la finalidad de conservación para un infante; comer es un acto de supervivencia y el placer está en la acción de mamar, más luego esto se reconfigura bajo la lógica del *principio de realidad*, donde comer para el adulto es un acto placentero, pero también uno que requiere aprender a limitarse una vez mitigado el hambre. ¿Cuál sería el destino de la pulsión del obeso? “Los destinos de pulsión incluyen el trastorno hacia lo contrario, la vuelta hacia la persona propia, la represión y la sublimación” (p. 122, párr. 2).

Freud describe de la siguiente manera los cuatro posibles destinos de la pulsión:

1. **Trastorno hacia lo contrario:** La pulsión es actividad, mueve, por lo que debe llegar a una pasividad, es decir, reprimirse usando un opuesto. Por ejemplo, de sadismo (acción activa, mirar) a masoquismo (acción pasiva, ser mirado). La meta pasa de un lado a otro ya que depende de la actividad; en un momento se puede tener como meta desear, en otro ser deseado y viceversa.
2. **Vuelta hacia la persona propia:** “Lo esencial en este proceso es entonces el cambio de vía del objeto, manteniéndose inalterada la meta” (p. 122). Aquí la meta no cambia, por lo que retorna; el sadismo originario representaría un masoquismo hacia el propio sujeto.
3. **Represión:** Protege de manera inconsciente al sujeto de vérselas con sus deseos y malestares al mantener alejadas estas ideas del plano consciente. Al solo alejar y no eliminar, estas ideas inconscientes aparecen mediante nuestro comportamiento, lenguaje, sentido del humor o sueños, generando conflictos internos.
4. **Sublimación:** Redirige las pulsiones a fines positivos que permite al sujeto invertir esa energía en actividades que lo estimulen y sean socialmente aceptables, dando un espacio para que el sujeto pueda dejar salir sus malestares de forma productiva para crecer.

En el trastorno hacia lo contrario, el acto de comer de manera excesiva puede ser visto como un acto activo (sádico), solo que la pulsión no se trastorna, sino que sigue en actividad, colocando al cuerpo en una posición de abandono y exceso, lo cual es un acto que refleja masoquismo a nivel Real debido a que lo oral no lleva a la pasividad, es decir, se pierde la meta, lo cual lleva al siguiente punto. Respecto a la vuelta hacia la persona propia, la pulsión que antes estaba dirigida hacia un objeto externo se reorienta hacia el propio cuerpo. La comida es el objeto de satisfacción, pero el cuerpo es el objeto que toma la pulsión ya que, si la comida simbólicamente llena es el cuerpo quien evidencia el intento por llenar el vacío. La represión aparta la conciencia del vacío: lo emocional, los deseos sexuales y las metas quedan de lado para mandar toda la energía al acto de comer compulsivamente. Es así como la sublimación, en vez de usar actividades o lo social para aliviar la tensión, usa lo oral para bajar la tensión.

La comida sería el objeto que satisface la pulsión del obeso; sin embargo, ¿cómo este acto de comer y la comida como objeto se relacionaría con la pulsión? Esto llevaría a tocar el tema de la *pulsión oral*, más antes de llegar a eso hay que entender qué es la *libido* y el *desarrollo psicosexual*. La *libido* es energía relacionada a la pulsión sexual que, por medio de algunas acciones vitales como comer, retener heces o expulsarlas, lleva al ser humano al placer. El *desarrollo psicosexual* son fases que el ser humano atraviesa donde la libido se concentra en diferentes partes del cuerpo llamadas *zonas erógenas*. La forma en la que el sujeto atraviesa estas fases determinará elementos de la personalidad, la gestión emocional y la búsqueda de placer a futuro.

La libido que mueve pulsión sexual está presente desde la más temprana infancia; sin embargo, no tiene la finalidad de la adolescencia y la adultez: la búsqueda de relaciones sexuales, ¿entonces qué busca la sexualidad infantil? El placer puro. La relación sexual involucra al Otro por medio de lo genital; el placer puro al propio cuerpo por medio de sus múltiples orificios. El niño se ubica en una *vertiente tierna* donde la sexualidad es el método para explorar el cuerpo averiguando cómo sentir placer y disfrutando por medio de sí mismo mientras que el adulto se ubica en una *vertiente erótica*, donde la sexualidad pierde la *ternura* al ya no ser suficiente uno mismo, optando por la elección del Otro para llegar al placer. Un niño se toca por curiosidad y placer, pero un adulto por pensar en el Otro.

Las fases que atraviesa el infante en su desarrollo psicosexual mediante la exploración de su propio cuerpo y múltiples objetos determinarán cómo creará ese vínculo con el Otro como único objeto, ¿cuáles son esas fases? Villalobos (1999) en *Desarrollo psicosexual* organiza este postulado freudiano de cuatro fases de la siguiente manera:

- 1. Fase oral (0-2 años):** ¡El niño ha llegado al mundo! Su boca es la primera zona erógena, siendo el medio para nutrirse a la vez que uno donde experimentará sus primeras instancias de placer, dividiéndose esta fase en dos partes. En la primera parte, el bebé pasa la mayor parte de su tiempo durmiendo, más al despertar busca la teta para

alimentarse y sobrevivir más cuando esta finalidad no se satisface, llora. Este es su primer acercamiento al placer mediante la relación simbiótica con la madre, quien provee alimento y le hace sentir el gusto de la succión. En sí, ambos gozan de la unión y sufren al no tenerse cerca. No solo es la experiencia de la boca, sino todo lo que involucra el lazo con ella: el calor del pecho, el afecto y la satisfacción de una necesidad vital. Así mismo, el niño experimentará sus primeras experiencias de angustia cuando la necesidad no es satisfecha al no estar la madre cerca.

En esta primera etapa, la pulsión sexual se satisface por medio de la nutrición; sin embargo, una vez el infante se vuelve más autónomo empezará a chupetear su cuerpo y el medio, volviéndose autoerótico, pero ¿cuándo llega la segunda parte? Al momento donde aparecen los dientes. Con los dientes aparecen nuevas posibilidades: poder ingerir objetos que requieren ser masticados, sentir como no cede lo duro y como se tritura lo suave y la capacidad de destruir objetos con su boca. “Para Freud en esta primera fase la libido está vinculada con la necesidad de mantenerse vivo mediante la succión de líquidos y la masticación de sólidos” (Villalobos, 1999; sección Fase oral, párr. 10). Lo oral representa la posibilidad de nutrirse, desarrollarse e incluirse en lo social: la boca siente al Otro, pero también lo llama, incluso puede repelerlo.

- 2. Fase anal (2-4 años):** En el niño ya más grande su esfínter estará más desarrollado, por lo que se sumará la exigencia parental y social de usarlo para controlar la expulsión de heces y retenerla de ser necesario. La función de defecación (expulsar-retener) es un acto placentero para el niño debido a que simbólicamente da un sentido de control sobre el cuerpo. No solo el hecho de controlar su defecación es placentero, sino la aprobación que recibe de sus padres y el medio al saber controlarlo; sin embargo, el no lograrlo provoca angustia, vergüenza y una sensación de falta de control sobre el medio.

- 3. Fase fálica (4-6 años):** El niño descubre que tiene pene y la niña que le falta uno. No saben para qué sirve el pene o la vagina, solo es un *hace-pipí*. En esta fase ocurre el famoso *Complejo de Edipo* entre los 3 a 5 años, siendo este el conflicto de esta fase donde el niño se enamora de la figura materna y quiere extinguir la figura paterna. El niño se enamora de la madre y quiere la muerte del padre al sentir la amenaza de castración (ser separado de mamá, el peligro de destete) mientras que la niña desea lejos a la madre para poseer al padre, sintiéndose castigada por no tener pene. Así se instauran las posiciones masculinas (ser el falo) y femeninas (poseer el falo), las cuales harán entender el modo de goce.

El uso de la palabra *figura* es crucial, ya que no hablamos de una madre y un padre reales, sino metafóricos. La madre representa *el deseo*, es decir, una figura que da amor y satisfacción, instaurando en el sujeto un modo de goce, lo que se podría conectar a *el principio de placer*. Lo paterno representa *la ley*, es decir, una figura que corta el vínculo con esta figura materna, enseñando que no siempre se puede estar gozando de esta madre metafórica, instaurando en el sujeto la noción del límite del goce; se podría conectar esto a *el principio de realidad*.

- a. **Periodo de latencia (6-12 años):** Ubicada entre la fase fálica y genital, la sexualidad se reprime momentáneamente en este periodo. La libido se dirige hacia actividades no sexuales para sublimarse. Se empiezan a construir los *diques* (mecanismos de defensa para retener la sexualidad, como el pudor, la vergüenza, el asco y la moral) para no sexualizar los deseos porque el niño empieza a mostrar interés en el Otro: busca aferrarse a *lo tierno* del vínculo con el propio cuerpo de las fases previas, siendo lo latente *lo erótico* del vínculo de la adultez con el Otro.
- 4. Fase genital (12 años-Toda la vida):** Si en la infancia la libido tiene múltiples destinos y objetos para llegar a la satisfacción es a partir de la adolescencia donde se buscará satisfacer lo sexual a través del Otro. Lo latente de la fase fálica se pone en manifiesto, iniciando la pubertad.

Todas las formas de satisfacción que se daban anteriormente se concentrarán en el área genital.

Una vez desmenuzado todo esto no solo la pregunta sobre el acto de comer y su vínculo con la pulsión cobran sentido, sino que retorna a la pregunta sobre el placer sexual, complementándose con los destinos pulsionales. La sexualidad existe de forma *tierna*, donde el acto de comer está ligado no solo a la nutrición y la supervivencia, sino a la satisfacción. Lo pulsional aquí se resuelve mediante el mame de la teta y ese placer se vincula al lazo materno. Por otro lado, el ansia de no satisfacer esa necesidad es lo que pone las bases del peligro de destete, el cual emergerá en el Edipo siendo el sujeto efectivamente destetado mediante la castración por parte del *padre*. La alimentación tiene una conexión con el *deseo materno*, donde tanto niño como madre gozan de lo oral: ser falo y poseer el falo; nutrir y ser nutrido.

La boca es el medio de nutrición, por lo que lo oral hace caer en cuenta al sujeto que este es el medio para la conservación. El acto de nutrir preserva no sólo la vida, sino el cuerpo. Nutrirse es un acto de supervivencia, por lo que es parte de las pulsiones de autoconservación; sin embargo, la experiencia de la nutrición involucra las sensaciones orales y el *deseo materno*, por lo que aquí el acto de comer sería una pulsión sexual. La pulsión de conservación motiva a comer para el hambre, mientras que la pulsión sexual motiva a comer para el apetito.

Quispe (2016) en su investigación *Fisiología del apetito y el hambre*. Manifiesta que “La necesidad fisiológica de ingerir alimentos se le denomina hambre mientras que el apetito es el deseo psicológico de comer ya que se encuentra asociado a experiencias sensoriales” (p. 117). El hambre motiva a comer para nutrirse, pero el apetito motiva a comer para llenarse. La sociedad suele ligar el acto de comer de forma moderada a comer para *satisfacerse* mientras que el comer sin medida se lo liga a comer hasta quedar *lleno*; sin embargo, en el acto de comer hasta llenarse se pone en juego otra clase de satisfacción. La moderación con la comida es un acto de conservación, pero comer sin medida es un acto que empuja al cuerpo más allá de la necesidad yóica de preservar.

Por eso el cuerpo del obeso queda a merced del goce del sujeto al ser la pulsión del orden de lo sexual: el apetito no termina al ser la satisfacción imposible de llenar con la comida, la cual no reemplaza al Otro ni solventa la falta que evoca la pérdida de la madre con el atravesamiento del *padre*. Hambre, satisfacción y apetito son instancias que se ponen en juego respecto a la pulsión de conservación y la pulsión sexual en el obeso. Se busca retornar con la comida a lo placentero de lo infantil, quedando el cuerpo como evidencia de que *principio de realidad* y *la ley* no regulan *el deseo* del obeso, uno que lo pone en una falta que el Otro no es el objeto, sino la comida.

De la boca a la imagen: el estadio del espejo

El acto de comer en el obeso es un acto simbólico, donde la comida es el objeto pulsional que busca llenar el vacío que quedó por el destete. La pulsión sexual es una que se aleja progresivamente de la autoconservación, de modo que al no satisfacerse con el otro y recurrir a la comida, el hambre se vuelve un apetito sin límite que no se satisface, evidenciándose por medio de lo real del cuerpo obeso. Si ubicamos de esta manera lo simbólico y lo real, ¿dónde entra lo imaginario? Antes de entrar en materia, hay que pensar en este registro desde el *estadio del espejo*.

Este estadio se da entre los 6 a 18 meses de vida del ser humano, donde el niño, que antes se encontraba como un ser fragmentado y lleno de goce, se da cuenta que su ser en realidad es una estructura unificada, reconociendo su cuerpo como un todo, ¿cómo reconoce este cuerpo? Gracias a la identificación con su propia imagen. Al verse al espejo, reflejado o nombrado por la madre como *este eres tú*, el niño siente un gran júbilo al notar que lo fragmentado no solo tiene un lugar, sino que puede ser nombrado. Este episodio marca un punto clave en la formación del *Yo*, dando paso a una relación con el mundo. No obstante, ese júbilo se convierte en un duelo, ya que el hecho de ser nombrado individuo representa una alienación, ya que lo pone como un ser que existe fuera de la madre. El niño ya no es solo *imago*, sino *imagen*. Lacan (1949) en *El estadio del espejo como formador de la función del Yo* piensa en esta resignificación de la siguiente manera:

Basta para ello comprender el estadio del espejo como una identificación en el sentido pleno que el análisis da a este término: a saber, la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen, cuya predestinación a este efecto de fase está suficientemente indicada por el uso, en la teoría, del término antiguo *imago*. (p. 87)

El *imago* es una representación inconsciente y simbólica, la cual está envestida de valores, conflictos y expectativas, naciendo gracias a las experiencias tempranas de la infancia con sus padres y aquellas del sujeto con el medio social al cual entró. La imagen es la llave al mundo social, aquella que nombra al sujeto a nivel visual y consciente. En esta representación ya no es solo *imago* de la madre, del padre o de su goce, sino que es un solo cuerpo que contiene diferentes *imagos*. La imagen y su nombramiento es lo que aliena al sujeto. Podríamos decir que el *imago* al ser simbólico a partir de lo subjetivado de manera íntima e inconsciente se vincula al *Yo Ideal*, mientras que la imagen, al ser nombrado por Otro tiene que ver con el *Ideal del Yo*. Rabinovich (1995) en su clase *Lo imaginario, lo simbólico y lo real* manifiesta:

El lenguaje codificado de imágenes forma parte de todas las culturas, las que, obviamente son distintas entre sí, pero el hecho central es que son simbólicas y no imaginarias. Porque si no, uno se queda con la idea parcial de que la imagen sólo es imaginaria. No, la imagen tiene además una dimensión simbólica dada por el marco cultural histórico en el que está incluida. (p. 5)

Esto refuerza el planteamiento previo de la *imago* e imagen vinculándose al *Yo Ideal* y al *Ideal del Yo* respectivamente. Dentro de las imágenes en la sociedad hay algo del orden simbólico porque en lo que es representado en una imagen hay algo en juego sobre los valores del Otro y el orden social. La imagen no es solamente un reflejo que nace gracias a un cuerpo, sino que hay algo que el Otro vierte para que la imagen sea creada. Por medio de la cultura y lo histórico se embiste al sujeto de expectativas e ideales. Es algo que resuena a nivel *imago* al ser la imagen lo que el mundo ve e interpreta como lo que el sujeto realmente es. Curioso pensar como lo verdaderamente simbólico del *Yo Ideal* queda enterrado y es la imagen la que

se interpreta a ojos del Otro como el Yo verdadero. El *Ideal del Yo* prima la imagen.

Martínez (2022) en su estudio *No soy musa, soy artista y de las gordas* expresa: “Más allá de las imágenes, lo que verdaderamente denota la violencia estructural ejercida contra los cuerpos gordos son los comentarios” (p. 342). Esto muestra el hecho de cómo el nombramiento del obeso por parte del Otro es interpretado como *violencia*, ¿qué es lo que el obeso siente como *violento* por parte del nombramiento del Otro?

Figura 2: Influencers mostrando cuerpos no convencionales



Nota: Las *influencers* buscan mostrar sus cuerpos a modo de darle visibilidad a la diversidad corporal.

La de la derecha tiene una forma más hegemónica a diferencia de la de la izquierda; ambas son gordas, pero esa diferencia creará una distinción social entre ser gorda y ser *gordibuenas*. Tomada de *No soy musa, soy artista y de las gordas: activismo gordo hispánico en Instagram* (p. 341) por M.M. Martínez, 2023, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Ambas *influencers* se identifican como gordas. La de la derecha, @jimfrontera, replicó la foto de la de la izquierda, @solcardiello, un año después, a modo de promover la aceptación de los cuerpos diversos. Se puede apreciar que la modelo de @jimfrontera posee más *likes*, por lo que algo se puede asumir sobre la forma en la que se aprecia un cuerpo gordo; sin embargo, lo que más llama la atención es la sección de comentarios la cual Martínez (2022) recopiló de la siguiente manera:

Mientras que a @solcardiello le espetan perlas como “jajaja, como si no te fueras a morir de colesterol”, “la obesidad sigue siendo una enfermedad discapacitante, que no se romantice”, o se burlan con comentarios como “Che, ¿qué pedo con el sándwich de milanesa? Una milanga, amiga”, a @jimefrontera le llueven solo elogios: “Sos genial”, “Sos muy genia Jime”, “Sos increíble”, “Sos lo más”, “Te admiro”, “Amo los mensajes que dejas. (p. 342)

La influencer @jimefrontera terminó archivando su publicación probablemente por los polémicos comentarios y comparaciones directas que hicieron los internautas. Desde el Yo Ideal ambas se ubican como portadoras de un mensaje positivo, como mujeres de cuerpo diverso y gordo; no obstante, la sociedad señala a una gorda más aceptable que otra gorda, pese a que ambas se identifican bajo una misma etiqueta y participan por una misma causa, ¿es esto a lo que se refiere la autora como *violencia estructural* hacia los cuerpos gordos? Una gorda fue criticada pero la otra halagada. La pregunta entonces sería, ¿qué es lo que el Otro ubica en ciertos cuerpos gordos para embestir al sujeto de comentarios alienantes mientras a otros los empodera?

En primer lugar, los comentarios alienantes hacia el obeso que previamente se calificaron como *violencia estructural* no aparecen solamente por la hostilidad nata del ser humano, sino por un acuerdo social. “El sentimiento social reposa en la transformación de un sentimiento primitivamente hostil en un enlace positivo de la naturaleza de una identificación” (Freud, 1921). Los valores e ideales existentes nacen gracias a que hay un pacto en la masa sobre qué se acepta y qué se rechaza, por lo que por cada estándar hay algo que se aparta del mismo. En el caso del cuerpo obeso, se aleja de lo que es el *Ideal del Yo* y del *principio de realidad* al ser, a nivel real, un cuerpo que representa enfermedad y simbólicamente evidencia de un exceso de goce.

Esto que evoca la imagen del obeso provoca un sentimiento en el Otro que lo hace caer en cuenta de su propio goce: la existencia de un sin límite en un cuerpo que batalla por limitar. Desde la perspectiva lacaniana, se

entiende al goce como algo dentro del sujeto que, en su búsqueda de placer, termina rebasando las instancias sociales de la imagen y el lenguaje. Por ende, el goce es “placer sin límites” que va en contra de estas instancias debido a que imponen una regulación al instaurar un Ideal del Yo. El obeso ha hallado en la ingesta y lo graso una forma de hacer con la falta, lo cual para el Otro se vuelve un recordatorio de su propia falta desde como lo real de lo graso es una oposición a la expectativa social de la imagen, mientras que la ingesta es un exceso que se vuelve inaceptable a nivel simbólico porque es justo eso lo que es el goce: exceso. “El aparato anímico se afana por mantener lo más baja posible, o al menos constante, la cantidad de excitación presente en él” (Freud, 1920, p.3).

Sigmund Freud, en su libro *Mas allá del principio de placer* (1920), declara lo siguiente:

Bajo el influjo de las pulsiones de autoconservación del yo, es relevado por el principio de realidad, que, sin resignar el propósito de una ganancia final de placer, exige y consigue posponer la satisfacción, renunciar a diversas posibilidades de lograrla y tolerar provisionalmente el displacer en el largo rodeo hacia el placer. (p. 4)

Esto prueba como el goce no es simplemente una búsqueda de placer en exceso o *un desbordamiento*, sino algo que se opone al *principio de realidad*. Este principio organiza las expectativas sociales y dicta qué es aceptable según el Ideal del Yo, reprimiendo el deseo y la pulsión. En contraste, el cuerpo obeso representa una forma de resistencia a ese orden, al no ajustarse a las regulaciones del límite y el control, encarnando el exceso que amenaza con desbordar los ideales sociales. La existencia del goce es, para la sociedad, una amenaza a todo lo que el ordenamiento social busca llegar mediante la represión de los deseos y la libido. La construcción de la imagen y la entrada al *estadio del espejo* esperan que el sujeto caiga en cuenta de la noción del límite, implicando una renuncia al *imago*.

La sociedad posee un ideal imaginario y una demanda simbólica donde la pertenencia a lo social implica la renuncia de ciertos elementos del *Yo Ideal*. En cada ser humano hay algo único e íntimo dentro de él, más no es realmente

apreciado debido al énfasis que la sociedad coloca en lo exterior. Puede sonar muy poética esta última línea, más eventos en la vida psíquica del sujeto cómo no querer soltar el *principio del placer* y/o la mala resolución de alguna fase del desarrollo psicosexual se convierten en obstáculos que no permiten al sujeto comprometerse con el *principio de realidad*. Renunciar al *imago* para ordenarse bajo el *principio de realidad* es, simbólicamente, un sacrificio de aquello íntimo y placentero del sujeto para ser parte del ordenamiento, por más que implique una represión de lo pulsional.

Esa renuncia es parte del *estadio del espejo*, donde el júbilo de pertenecer y existir gracias al nombramiento es también una herida narcisista al ya no ser sujetos vertidos al goce ya que ahora el placer viene por la aprobación y mirada del Otro como respuesta a la falta. El goce de poseer al Otro es ser parte del Ideal del Yo, lo cual a la vez es una herida al Yo Ideal. Si para el sujeto como individuo es doloroso renunciar al goce es entendible por qué el goce del Otro provoca conflicto, rechazo o exclusión ya que ver al otro gozar es un recordatorio real de aquella herida que dejó el nombramiento. Si lo vemos desde la obesidad hacia el Otro, el cuerpo graso es una encarnación real, imaginaria y simbólica del goce:

1. **En lo real:** Físicamente no es solo una acumulación, sino un exceso de grasa. Rollos, sudor, un cuerpo sin forma que recubre al ser humano, sin dejar ver su anatomía. Un cuerpo lento, enfermo, que se cansa rápido, suda mucho y no encaja en el ideal corporal esperado.
2. **En lo imaginario:** En cuanto a la identificación del Otro sobre el cuerpo del obeso hay dos formas de verlo: desde la identificación individual y la grupal.
 - a. En cuanto a lo individual, el Otro no logra verse a sí mismo en un cuerpo deforme, evocando en su cabeza un rechazo al no hallar en el obeso el ideal esperado por el ordenamiento. Por otro lado, lo que el Otro proyecta en la imagen del obeso es *descontrolado, vago y/o descuidado*.
 - b. En cuanto a lo grupal, el imaginario colectivo percibe en el obeso un cuerpo que no es ideal para aportar a la sociedad.

Un cuerpo que proyecta un fallo en el sistema al no haber logrado que un miembro se mantenga ideal al ordenamiento, rompiendo el estándar de belleza e imagen. Proyecta lo que una persona NO debería llegar a ser. Al obeso entonces se le devuelve su imagen como un fallo.

3. **En lo simbólico:** Se halla un sujeto que no renunció correctamente al *principio de placer*, estando tomado por la oralidad y el placer que provoca el acto de comer, donde la nutrición queda en segundo plano para que domine el sin límite del goce que implica comer. Es un sujeto que no se compromete con el discurso social, hasta podría decirse que se opone al mismo mediante el cuerpo como medio de protesta y manifestación de una dolencia psíquica. Representa un sujeto que sigue gozando del sin límite del que el Otro se está privando con tal de ser parte del ordenamiento al cual el obeso parece no estar interesado. Todo esto conlleva a una forma de responder a la demanda del Otro, respuesta que se convertirá en un significante que atravesará al sujeto como *perezoso, lento*, etc.

En el obeso nos encontraremos con un sujeto que sentirá no pertenecer debido a todo lo que el otro social le transmite directa o indirectamente y eso es lo *estructuralmente violento* en el ámbito de la obesidad: el imaginario colectivo instaura la demanda de adaptarse a una imagen externa que provoca que el obeso sea alienado no solo a nivel real sino simbólico, todo ello a partir de la imagen, sin conocer su *imago*, ¿de verdad todo obeso es vago, lento, incapaz o descuidado? Alcanzar una imagen ideal no es lo que libera al sujeto, sino saber hacer con aquello que está en el *imago* para poder cumplir los deseos del inconsciente en un plano consciente. No obstante, en el obeso esto se complica debido a que él representa un fallo al Ideal del Yo por todo el estigma que representa en los tres registros.

Si con esto se entiende cómo el imaginario colectivo aliena al obeso entonces, ¿cómo ese mismo imaginario colectivo embiste como aceptables a otros obesos? Retornar a la idea de que *la imagen pide renunciar al imago*

es clave para entender esto. Hay obesos que logran mostrar implicación social haciendo dietas, yendo al gimnasio o incluso embistiendo a la palabra *gordo* términos como *el chistoso*, *el de huesos grandes* o *el abrazable*. De cierta forma, el obeso que agrada al Otro social no es aquel que lo logra mediante la imagen que el otro proyecta en él, sino con la imagen que él logra proyectar.

Con esto se retorna al Otro que nombra aquel goce que a primera vista puede presentarse como ilimitado, de modo que es importante destacar que los límites simbólicos (el lenguaje y las leyes del Otro) intentan regularlo. Sin embargo, estos límites nunca logran erradicar completamente el goce, ya que este persiste en lo que Lacan denomina "lo real", un ámbito fuera del alcance completo del lenguaje. El uso del lenguaje del obeso puede usar infinidad de términos para encerrar ante el Otro su goce ilimitado al redefinirse bajo significantes que lo proyecten como alguien que tiene algo concreto que lo identifica, aún con lo desbordado de su cuerpo. Básicamente, en la lógica del obeso no importa si goza del comer sin límite ya que él no es solo *el que come sin parar* porque bajo lo graso que contradice la regulación hay un agradable sujeto *de huesos grandes*. Por eso lo real del desborde no hace caer en conciencia de lo que el Otro social ve de forma negativa de su imagen, ya que lo que él ubica en el lenguaje le sirve para nombrarse fuera de lo graso y el ideal.

El acto de comer sin límite se relaciona con el goce, porque implica una insistencia en revivir algo que no es precisamente placentero o deseable a nivel social, pero que está cargado de una intensidad psíquica respecto a lo que el sujeto logra simbolizar a través de la imagen y lo real. Freud (1920) describe la repetición como una forma en que el sujeto persigue algo más allá del placer consciente. En nuestra cultura contemporánea, donde la búsqueda de la satisfacción de la demanda social representa un goce, el ideal de la pertenencia, crea una situación paradójica donde el obeso puede poseer elementos que son atractivos más allá de lo imaginario. Esta demanda y su cumplimiento puede generar angustia, porque implica la imposibilidad de alcanzar un goce pleno y estable bajo un cuerpo que representa inestabilidad y displacer. Los trastornos alimenticios implican una relación ambivalente entre el goce pleno y el displacer.

Lo cierto es que en la percepción social de la imagen de la obesidad hay algo que se juega respecto a la autopercepción e *imago* del sujeto obeso. Freud en su texto *Psicología de las masas y análisis del Yo* (1921) manifiesta:

En algunas formas de la elección amorosa, llega incluso a evidenciarse que el objeto sirve para sustituir un ideal propio y no alcanzado del Yo. Amamos al objeto a causa de las perfecciones a las que hemos aspirado para nuestro propio Yo y que quisiéramos ahora procurarnos por este rodeo, para satisfacción de nuestro narcisismo. (p. 47)

Pese a que el psicoanálisis usa generalmente el término *elección amorosa* para las parejas hay que entender que este no se limita solo al *partenaire*, sino que abarca varios vínculos significativos a nivel afectivo y emocional. En estas elecciones, según lo que la cita establece, el Yo y el Otro eligen al objeto amado a partir de un ideal personal y social y una identificación (por el narcisismo que se pone en juego). Por eso es por lo que al sujeto mirar a la obesidad a través de los registros, tanto desde la percepción individual como el imaginario colectivo, se halla una dificultad de identificarse con el cuerpo obeso. Los estigmas que posee el obeso desde los ideales hacen verlo como *una falla* del sistema a la par que evidencian el sin límite del goce del cual el sujeto alienado a la norma ha renunciado, pero por dentro quisiera revivirlo. Esto no quiere decir que el sujeto quiera ser obeso, sino que inconscientemente desearían tener la aparente despreocupación del obeso respecto a las expectativas sociales que este transmite en los tres registros.

Freud (1923) en *El yo y el ello* dice que “Como ser fronterizo, el yo quiere mediar entre el mundo y el ello, hacer que el ello obedezca al mundo” (p. 56). Ser parte del mundo y su ordenamiento es algo que agota debido a que, aun reprimiendo y aplazando el placer, lo pulsional del ello y la sexualidad sigue ahí, por más que el *principio de realidad* opere. Encontrar un Otro con quien identificarse mediante el Ideal del Yo inspira seguir siendo parte del ordenamiento simbólico; no obstante, un cuerpo que se deja llevar por lo graso evoca inconscientemente en quienes lo rodean un retorno al conflicto del yo que media entre lo libidinal del ello y las expectativas sociales del superyó,

conflicto que comenzó debido a las heridas que la alienación del *estadio del espejo* y la castración del *Complejo de Edipo* provocó al narcicismo primario.

El cuerpo obeso hace consciente lo inconsciente del deseo y el narcicismo, de todo aquello que fue puesto de lado a propósito o reprimido inconscientemente, para ser parte del orden, abriendo una nueva clase de herida narcisista: que a pesar de que el sujeto busca encarnar el *Ideal del Yo*, jamás quedará el Otro satisfecho. El sujeto busca mostrarse apto y deseable ante el otro como limitándose más el obeso es un recordatorio de que hay un sin límite. Es decir, la sociedad termina juzgando al obeso porque en su cuerpo ven un exceso que contradice el *Nombre del Padre* el cual ubica en el sujeto el concepto de límite para evitar sucumbir al deseo, siendo así lo graso una representación encarnada de un goce; un sin límite que empuja más allá del placer. Martínez (2022) en su estudio *No soy musa, soy artista y de las gordas* habla sobre el estigma que carga la imagen del obeso de la siguiente manera:

En un mundo donde prima la dictadura de la imagen, las personas gordas son diana habitual de críticas y ataques de todo tipo. Existe todo un sistema de opresión manifiesto en múltiples niveles que abarcan desde el ámbito cultural hasta el institucional, pasando por el social. Que surgiera un activismo de la diversidad corporal gorda y que Instagram, plataforma multimedia, se convirtiera en uno de sus principales altavoces era necesario e inevitable. (p. 342)

El cuerpo del obeso representa goce en una sociedad donde para convivir hay que reprimir muchos de los deseos del ello. Ver este goce manifiesto es, para algunos, un recordatorio doloroso de su propia renuncia al *principio del placer*. Este conflicto entre los deseos reprimidos y el cumplimiento de las expectativas sociales alineándose a los límites impuestos alimenta el rechazo hacia la obesidad. La obesidad simboliza una resistencia a ser parte de un canon, a ser deseable y a detenerse; resistencia que la sociedad no puede ignorar ni evitar tornar sus cabezas ahí. Hablar del rechazo a la obesidad es un tema que se suele abordar mucho desde la imagen; sin embargo, ¿qué sucede con la *imago*? El obeso tiene un afán de nombrarse

más allá de *lento, perezoso o enfermo* y esa es la cuestión de su imagen: la sociedad nutre al Ideal del Yo, regido por la ley, más el obeso busca nutrir su Yo Ideal, devorado por el goce.

La pulsión, la imagen y el Yo

Por un lado, con la fase oral del desarrollo psicosexual se abarcó el tema del *principio de placer* y las pulsiones del ello; por otro lado, con las demandas sociales y el *principio de realidad* se abarcó lo que se pone en juego a nivel imaginario y las expectativas sociales del superyó. Entonces, si se ubican en las pulsiones el ello y en lo social el superyó, ¿Dónde queda el yo? Antes de llegar a ese tema junto al vínculo que posee con la obesidad hay que definir estas tres instancias del aparato psíquico. Sigmund Freud en *El Yo y el Ello* (1923) trae los siguientes conceptos del ello, el yo y el superyó:

1. El ello:

El ello contiene todo lo que se ha heredado, lo que está presente en el nacimiento, lo que está fijo en la constitución (...) En el Ello reina el principio del placer, que busca la satisfacción inmediata de los deseos instintivos sin considerar las exigencias de la realidad. (p. 17-18)

2. El yo:

El Yo es una parte del Ello modificada por la influencia del mundo exterior (...) y aspira a sustituir el principio del placer por el principio de la realidad (...) El Yo es el mediador entre el Ello, el Superyó y la realidad; representa la razón y el sentido común frente a las pasiones. (p. 19-20)

3. El superyó:

El Superyó es una parte especial del Yo, una diferenciación del mismo, y representa las influencias de los padres y de las normas sociales interiorizadas (...) El Superyó se forma a partir de la represión del complejo de Edipo y actúa como conciencia moral, imponiendo mandatos y prohibiciones al Yo. (p. 22-23)

De las definiciones extraídas, la del Yo llama la atención principalmente al ser planteada en la triada psíquica como la instancia mediadora entre los deseos del ello, la demanda del superyó y la realidad; en otras palabras, una instancia reguladora. Estas tres instancias trabajan en equipo para que el cuerpo no sucumba a lo pulsional del ello ni se vuelva excesivamente moralista por el superyó, tomando el Yo elementos del deseo y la moral para llegar a un equilibrio. Por lo que se aprecia a nivel real, no hay una regulación de la pulsión oral en el cuerpo obeso, por un lado; por el otro lado, el superyó y la conciencia que trae sobre los peligros de la obesidad y los excesos no imperan para el actuar del Yo obeso. Machado (2016) en *Obesidad mórbida en la contemporaneidad: Entre el exceso del cuerpo y el silencio de las palabras* dice que “En ese comer compulsivo, así como ocurre en las toxicomanías, la autodestrucción se hace presente con un aumento considerable de la fuerza del Ello y, al mismo tiempo, ocurre la disminución de la fuerza del yo” (p. 204).

El acto del comer, la pulsión oral y el ignorar lo dictaminado socialmente reflejarían un conflicto interno entre el ello y el superyó, manifestándose esto a nivel real en el cuerpo. Freud en *Mas allá del principio del placer* (1920) manifiesta “el principio de placer sigue siendo todavía por largo tiempo el modo de trabajo de las pulsiones sexuales, difíciles de «educar»” (p. 4). ¿Qué quiere decir Freud con *educar*? En este contexto, se refiere a cómo el *principio de placer* debe llegar a controlarse con el *principio de realidad*. El Ello busca gratificación inmediata para que la pulsión sexual sea satisfecha. A la pulsión no le importa la realidad sino la meta, que es el placer, siendo ahí donde entra el papel del Yo como aquel que gestiona cómo se llegará a la meta mediante el *principio de realidad*. Por ende, el rol del Yo es necesario al ser este el que considera las consecuencias y demandas de la realidad que el Ello no localiza ni le interesa. Él (Yo) gobierna los accesos a la motilidad, vale decir: a la descarga de las excitaciones en el mundo exterior (Freud, 1923).

Pensar la palabra *motilidad* junto lo redactado respecto a la *educación* que el Yo hace sobre el Ello es interesante en el tema de la obesidad. La Real Academia Española (2024) define a la *motilidad* como “Capacidad de móvil”; para Freud, esta “Capacidad de móvil” es algo que está fuertemente ligado

con el control que el Yo tiene sobre el cuerpo para satisfacer los deseos de la psique y demandas del exterior. “La importancia funcional del yo se expresa en el hecho de que normalmente le es asignado el gobierno sobre los accesos a la motilidad” (Freud, 1923, p. 27). No hay movimiento hacia el objeto de satisfacción sin que el Yo decida que quiere acercarse al mismo. Bajo este contexto llevar a cabo el acto de comer, si bien puede ser un conflicto para mediar la pulsión oral y el límite que demanda la sociedad, no es solo un acto impulsivo por el orden de lo inconsciente y la pulsión oral, sino uno que muestra un Yo débil para mediar el conflicto. “La comida se destaca como objeto de la compulsión, impuesto, de modo fascinante y mortífero, por la voracidad” (Machado, 2016) ¿Qué sucedió para que el Yo no sea un mediador eficiente ante la demanda y el deseo?

Winnicott en *El proceso de maduración del niño* (1979) dice “la infancia es el período en que se halla en proceso de formación la capacidad del individuo para captar los factores externos y aplicarlos a su omnipotencia” (p. 42). En el texto, el autor habla de la construcción del ser desde que es un bebé hasta llegar a la adultez, mencionando como la respuesta de la madre ante las necesidades que el pequeño tenga y los recursos que hay en el entorno a la disposición son claves para una buena maduración del infante. Al decir *omnipotencia*, Winnicott se refiere a cómo el niño toma a la madre y al mundo como suyos, sintiendo que todo gira a su alrededor. A primera instancia esto puede sonar *malo*, ¿no se supone que el ser humano no debe sucumbir al *principio de placer*? Lo cierto es que vivir ese *principio* y experimentar su *omnipotencia* en la infancia es clave para un buen desarrollo de la moral y dar paso al *principio de realidad*.

Dentro del presente escrito, respecto al cuerpo del obeso, se ha tocado constantemente el tema de la dificultad para alienarse al *principio de realidad* y al orden social que trae el *superyó* en el sentido de la imagen y la exclusión junto los prejuicios sobre el cuerpo y su uso, lo cual vendría del orden del *padre*. No obstante, el poder de la *pulsión oral* sobre el cuerpo es algo que va del orden de *la madre*, respecto a la búsqueda del placer y la libido insatisfecha. Durante la etapa de la *omnipotencia*, la satisfacción de los deseos era la prioridad. Winnicott (1979, citando a Freud, 1920) dice que “el

principio de placer sólo finalizará cuando el niño haya alcanzado una completa independencia psíquica de sus padres” (p. 44). Es decir, para hablar del *padre* que el obeso contradice con el sin límite del cuerpo y la oralidad se debe partir de una *madre* que permite al infante acceder al placer. El infante no solo goza en su *omnipotencia* del entorno, sino del cuerpo de la madre que lacta, mima y satisface, más en la lógica de la obesidad y la *madre suficientemente buena*, ¿tuvo una madre suficiente o insuficiente?

En primer lugar, es importante entender que la *madre suficientemente buena* se plantea desde la perspectiva del infante, por lo que no se espera una madre perfecta, sino una que logre satisfacer y limitar según lo que el infante necesite. En segundo lugar, el hecho de que sea la perspectiva del infante implicaría que esa *madre* es una experiencia del niño, una percepción que tiene en base a lo que ella puede o no ofrecer. En tercer lugar, *madre suficientemente buena* es un término que Winnicott utiliza para plantear como la figura cuidadora proporciona una respuesta a las necesidades del niño para satisfacerlo. La satisfacción de las necesidades de manera correcta es igual a un desarrollo emocional saludable y apto para equilibrar los deseos y demandas a partir del Yo como mediador.

Como se explicó en el capítulo uno, al hablar sobre el *Complejo de Edipo*, hablar de una madre en psicoanálisis no es hablar de la figura, sino de la representación simbólica del placer. La formación del Yo del obeso no depende de haber tenido una madre que le daba besos y mimos sin detenerse para luego darle comer hasta el hartazgo, o una que lo dejaba desatendido y con su estómago gruñendo: es un sujeto que, desde lo íntimo de su ser, no sintió su necesidad real satisfecha. A lo mejor el niño tenía hambre, pero no era el hambre la única necesidad que poseía. Dos Reis en *La madre suficientemente buena de Winnicott: La pulsera de Luz* (2012) presenta una interesante viñeta sobre una joven llamada Luz, la cual se vuelve dependiente de una pulsera y presenta síntomas somáticos.

La autora expone las consecuencias que puede experimentar un sujeto que tuvo una madre que falló o tuvo dificultades para satisfacer las necesidades del niño por su propia constitución psíquica. No es solo que la

madre atienda, sino que el niño se deje atender para que de paso a las funciones de una *madre suficientemente buena*, ¿Cuáles son? La autora las trae enumeradas de la siguiente manera:

1. **Holding o sostenimiento:** “a las necesidades del bebé, promoviendo la integración” (p. 124, pár. 2). Es el sostén físico y emocional del niño.
2. **Handing o manipulación:** “que permite la personalización, intentando lograr una buena coordinación psicomotora en el infante, disminuyendo con eso el riesgo de enfermedades psicosomáticas” (p. 124, pár. 2). Es la manipulación física del niño para ayudarlo en su desarrollo psicomotor.
3. **La presentación de los objetos:** “que posibilita la capacidad de relacionarse con ellos” (p. 124, pár. 2). Es aquel que toma el niño como una forma de lidiar con la separación de la mamá y sentirse seguro. Le ayudará a transicionar hacia la independencia de la madre.

Entender estas funciones permite entender la alianza que tiene la madre y el niño para que la *madre suficientemente buena* pueda satisfacerlo. La autora en su análisis establece que las dificultades de Luz pueden asociarse a problemas que tuvo su madre Leticia para ser una *madre suficientemente buena* para ella, no en el sentido que fuera una madre ausente, sino que no hubo una apertura interna por parte de Luz para captar a esa *madre*. Su madre intenta darle una pulsera que la acompañará cuando ella no esté a modo de calmarla y que no se sienta abandonada; sin embargo, a futuro ella termina desarrollando una extraña dependencia a esa pulsera, ¿qué sucedió? Luz al parecer no construyó un espacio de *holding* con su madre al subjetivar prioritariamente los momentos de ausencia antes que la presencia.

Así, en Luz podemos suponer que existen dificultades para la simbolización, puesto que, además de hacer uso de esta pulsera, presenta síntomas físicos importantes, como el ya mencionado de la úlcera gástrica (p. 127, pár. 3). Esto último iría del orden del *handing*, donde el no sentir a la madre involucrada en su desarrollo psicomotor presenta la úlcera como

somático. En cuanto a la *presentación de objetos* a Luz se le brinda la pulsera, lo cual termina tomando como un objeto que le permite parchar la separación ineficientemente: no da seguridad ni permite transición, sino que encubre la inseguridad de la ausencia de la madre a modo de aferramiento al deseo.

Por ende, todo esto muestra que no es una total responsabilidad de la figura cuidadora que el niño haya optado por la obesidad, sino que el niño en su subjetividad halla en la comida el *objeto* que se presenta como tramitador de la angustia y presentación ante los demás como *su placer*. La comida permite que el obeso use su cuerpo para *holding* a modo de refugio para lidiar con la separación del cuerpo de la madre y el desbordamiento muestra una evitación del *handing* al no encargarse de la oralidad ni el exceso de grasa. La comida, el refugio graso y el no tomar medidas para controlar el cuerpo son muestras de un sujeto que usa la oralidad y el alimento para enfrentar su dolencia psíquica.

Todos estos serían los ingredientes para la fijación oral en el contexto de la obesidad, donde no es solo lo que la madre dispone sino lo que el niño recoge. “Los fenómenos y objetos transicionales entre la realidad externa e interna surgen por el gesto espontáneo del niño como ese lugar creado y encontrado que es sostenido por la madre” (Dos Reis, 2012, p. 125). La comida al no solucionar no permite una correcta transición donde al no manejar la pulsión oral permite un retorno a aquellos momentos de *omnipotencia* de la infancia, a la seguridad plena de tener cerca a la madre, el pecho y el control del ambiente. El acto de comer no es solo un vínculo con la *madre*, sino un retorno al *principio de placer*, donde el cuerpo y su descuido se vuelven una solución que, como la pulsera, no da seguridad, sino que encubre la inseguridad o, en otras palabras, la dolencia psíquica. La pulsión oral es algo que jamás será satisfecha por más que se coma y se desborde el cuerpo, de modo que en el obeso queda fijada como respuesta ante la angustia. Si todo esto es ubicado desde el orden de la madre y el deseo, ¿qué sucede con *el padre*?

El padre es aquel que ejerce la castración simbólica al separar al niño de *la madre*, instaurando el *principio de realidad* y el orden simbólico. En esa

función de corte con la madre, el padre se coloca como un nuevo *omnipotente*, naciendo así la fantasía parricida donde, incluso si desapareciera el padre Real, lo simbólico del mismo no dejaría de estar presente, al ser la falta de la madre absoluta, sin posibilidad de llenar el vacío de la castración. Sebastián León, en su texto *El lugar del padre en psicoanálisis: Freud, Lacan y Winnicott* (2013) resume como los antemencionados autores retratan la función del padre respecto al *principio de realidad*:

Freud como Lacan conciben (...) el principio de realidad en relación a la prohibición del incesto y a la dimensión funcional del complejo paterno. En el caso de Winnicott, recordemos que el paso al principio de realidad es un logro del desarrollo. (p. 156)

Principio de realidad y de placer son términos que se han tocado a lo largo de la presente tesis; sin embargo, ¿a qué se refiere Winnicott con el hecho de que la función paterna representa en el niño *un logro del desarrollo*? En primer lugar, hay que introducir el término *complejo paterno*. A primera vista podría sonar como *Complejo de Edipo*; no obstante, el Edipo es la rivalidad con la figura paterna por el corte que hace con la materna al desearla y no poder tenerla mientras que el *complejo paterno* es el sentimiento ambivalente respecto al padre. Esa ambivalencia tiene que ver con el hecho que, el mismo padre que corta, es también un padre que cuida y que posibilita. No uno que da placer como la *madre*, pero uno que, en su función de regulación del goce, da seguridad al niño y el poder de controlar el *principio de realidad*. Es ese control para darle paso a la pulsión sin desbordarse lo que significa *un logro para el desarrollo*.

León (2013), al hacer una interpretación del padre Lacaniano, interpreta que él “vincula directamente el complejo paterno con la identificación simbólica, que confronta la identificación imaginaria asociada a la relación dual con la madre” (p. 150). En el lenguaje se introduce un concepto del *superyó*, donde el *yo* del niño ya no es solo para los deseos del *ello*, donde la *madre* es el deseo encarnado y una forma de hacer real el *ello* por medio de la identificación imaginaria con ella, al ver su cuerpo como si fuera suyo por la simbiosis. No es solo el *Complejo de Edipo* el que logra instaurar al niño como

parte del orden cultural y social, sino los sentimientos encontrados en el *complejo paterno* para dar orden al amor-odio del padre. Por más que halla un deseo parricida, el *sujeto* aún reconoce que, en ese padre que quiere eliminar, hay alguien que ejerce una autoridad que, aunque prive, es necesaria para no caer ante el goce. En el previamente mencionado texto de León, el autor explica como Winnicott distingue entre una identificación *personal* e *impersonal* como resultados de la resolución edípica:

Winnicott sugiere una distinción entre una identificación personal, asociada a la apropiación de la imagen paterna por sus cualidades positivas (...), y una identificación impersonal, que tiene como objeto identificatorio a un padre dominante que obstruye el desarrollo emocional al imponer su personalidad. (p. 151)

Esta *identificación personal* es llamada también *padre suficientemente bueno*, donde aún en su función limitante tiene cualidades que el niño desea tener también, habiendo un amor hacia esa figura. La *identificación impersonal* se relaciona en cambio con el *superyó*, donde en este caso inhibe al niño de darle total rienda suelta al deseo de incesto, pero también a la personalidad. Ambas identificaciones se relacionan con la figura del padre imponente, donde uno es una de admiración en función a llegar a ser como ese padre y otra de represión en función a que sublima las pulsiones por otras vías. Es necesario que el *complejo paterno* exista a nivel *personal* e *impersonal* para que el niño, por medio del *Complejo de Edipo*, pueda hacer fluir todo lo sexual de una forma donde *la ley* no sea solo un limitante, sino una necesidad para no sucumbir al *principio de placer*.

Es así como podemos entender al *padre* y *lo simbólico* en la lógica de la obesidad y como dolencia psíquica. Dentro del obeso no hay solo una madre que el obeso subjetiva como *que no cumple*, sino que a partir de la insatisfacción nace un resentimiento con el *padre* debido a que en el *complejo paterno* del obeso no aterriza la *identificación personal*. En la presente tesis se deja claro como el *Complejo de Edipo* representa el paso simbólico al *principio de realidad*; sin embargo, el *complejo paterno*, pese a su rol edípico para enfrentar lo imaginario del *complejo materno*, representa también algo

de *el principio de placer*. El padre no es solo un rival para el niño, es también, hasta cierto punto, una aspiración. El *complejo paterno* brinda al sujeto no solo la rivalidad por haber perdido *el falo* por medio de la madre, sino la aspiración de algún día ser *el falo*. En la obesidad, *tener el falo* está más presente por todo este apego al *principio del placer* desde lo imaginario hacia la madre, de modo que la identificación con el padre se vuelve más *impersonal* que *personal*.

Se podría teorizar que se juega una especie de *abandono subjetivo* en el obeso, en el sentido de esta veneración a la figura de la madre y resentimiento con la figura del padre. Se venera a la madre como un refugio que da seguridad y provisión al cual se retorna por medio de la *fijación oral* mientras que al padre se lo observa desde lo *impersonal*. El apego fálico del obeso obstaculiza el que se plantee la idea de *ser el falo*; el *principio de realidad* instaura no solo la renuncia a la madre sino la lógica de que, si no puedo gozar de la madre, entonces puedo gozar de otras personas, lo cual tiene que ver con una *identificación personal* con el padre. Este rechazo para volverse apto para el Otro y la sociedad no es solo una forma de mantener el cuerpo en la identificación imaginaria con *la madre* y fuera de la regulación simbólica que implica *el padre*, sino que se vuelve una forma de evadir *ser el falo*. A la final, no es culpa de la madre o del padre que el obeso opte por la oralidad. Al tratar manifestaciones de una dolencia psíquica, como la anorexia, la bulimia o el sicariato, es importante entender no solo lo que los padres pudieron brindar, sino qué es lo que el sujeto toma o deja. “De poco le sirve al paciente saber, por boca del psicoanalista, que su madre no fue lo bastante buena; que su padre la sedujo, o que su tía no le hizo el menor caso” (Winnicott, 1979, p. 41).

CAPÍTULO 3

Soluciones a la dolencia psíquica.

La cirugía bariátrica, una solución real desde la medicina.

Con una fijación oral que no se puede apaciguar con el acto de comer es natural que el cuerpo llegue al desbordamiento, haciendo real el sin límite de la pulsión que no se satisface. Sin satisfacción, la sensación de hambre constante es algo que el obeso vive como constante ya que el empuje pulsional no deja de alertar al sujeto de que necesita taponar el vacío de la dolencia psíquica. Pese a la existencia de la compulsión a comer, la medicina no considera la dolencia psíquica como el problema a solucionar, sino la manifestación visible de esta fijación y la sensación que empuja a comer a nivel real: el exceso de grasa y el hambre.

Entonces, si vemos el exceso de grasa como parte del problema de la obesidad podemos recurrir a la liposucción para drenar ese exceso; no obstante, eso omite el otro interés de la medicina a mitigar: el hambre. Si bien es cierto que la liposucción es el método por llamar *clásico* en cuanto a intervenciones que llegan a la mente sobre reducción de peso este no trata *aquel otro interés*. El equipo clínico MayoClinic (2024) a través de su portal web en la sección *Pruebas y procedimientos* en el apartado *Liposucción* emite la siguiente aclaración:

No se considera un método general para bajar de peso ni una alternativa para bajar de peso. Las personas que tienen sobrepeso pueden perder más peso mediante dietas y ejercicio o mediante otros tipos de cirugía que con la liposucción. (sección Descripción general, párr. 2)

Esto se relaciona justamente con el planteamiento anterior, que es un método más que todo ideal para moldear el cuerpo que para reducir el peso. Cabe agregar que esta intervención se hace para reducir la grasa en zonas específicas que una para extraerla a nivel general. La liposucción no busca

ser una solución a la obesidad, sino una para lidiar con aquella grasa acumulada que es difícil de reducir con la dieta y ejercicio. Es más, tampoco se piensa para gente obesa, sino para aquella que, a pesar de tener grasa en exceso, mantiene un peso moderado. Es así que la última línea deja claro que hay otros tipos de cirugía que son más ideales para personas con sobrepeso, ¿cómo cuáles? Es así como entra el tema de la cirugía bariátrica.

En primer lugar, ¿qué es la cirugía bariátrica? Maluenda (2012) en su artículo *Cirugía bariátrica* para la Revista Médica Clínica las Condes la define de la siguiente manera:

El término cirugía bariátrica deriva de la raíz griega baros, que significa relativo al peso. Define al conjunto de intervenciones quirúrgicas diseñadas para producir pérdidas importantes de peso. La cirugía bariátrica se ha convertido en una actividad creciente y continua, muy frecuente en cualquier centro de salud, determinada básicamente por dos factores: la elevada prevalencia de obesidad, tanto a nivel mundial como nacional; y la falta de respuesta efectiva al tratamiento médico, basado en dieta, actividad física, cambios conductuales y farmacoterapia en distintas combinaciones. (p. 180)

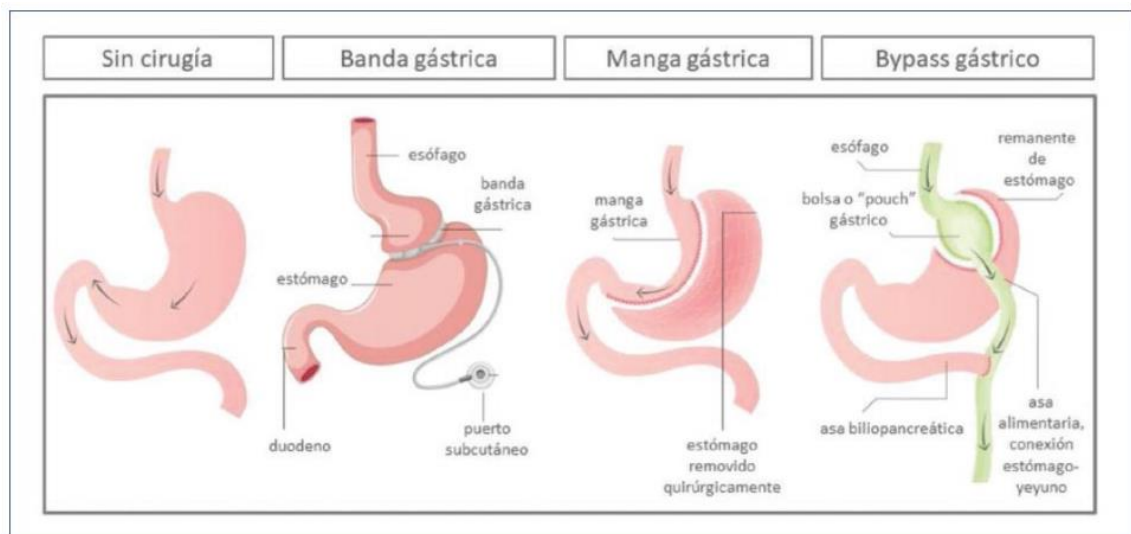
Hablar de cirugía bariátrica no es hablar de una sino de todo un conjunto de procedimientos que pueden llevar a la reducción hasta del 40% del peso corporal. A estas cirugías se las relacionan no solo como soluciones para la obesidad, sino como agentes que también solucionan aquellos padecimientos que surgen a partir de la misma: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la hiperlipidemia y la apnea obstructiva del sueño. Es por eso que en estos tiempos la cirugía bariátrica se ha puesto tan de moda, no solo por lo que representa para la obesidad sino por los múltiples beneficios más allá de la reducción de peso.

La pérdida de peso es el objetivo principal de la cirugía bariátrica, pero es imposible no apreciar los efectos colaterales positivos que trae, pero ¿cómo se logra solucionar a través de la cirugía? Pues son intervenciones que limitan la comida que puede ser ingerida por una persona, sintiendo saciedad antes. Frigolet (2020) en *Obesidad, tejido adiposo y cirugía bariátrica*

manifiesta que “Existen pocos medicamentos aprobados y tienen una eficacia limitada para el tratamiento de la obesidad” (p. 7, sección Cirugía bariátrica, párr. 1). Es por todo esto que la cirugía es, para la población adecuada y aquellos que hayan probado de todo sin éxito, la solución más eficaz. Para ser apto se debe haber concluido el desarrollo físico y sexual, siendo los pacientes adolescentes y adultos con un IMC mayor a 40 y con comorbilidades presentes. Los pacientes adolescentes deben tener entre 16 y 18 años, a modo de que ningún menor de ese rango sea candidato para someterse al procedimiento. Los tres métodos más populares son los siguientes:

1. **La banda gástrica:** “Consiste en colocar una banda inflable en la parte superior del estómago, lo que provoca que disminuya la entrada de la comida” (Frigolet, 2020). Este procedimiento es reversible y la banda ajustable según se requiera, de modo que no se interviene directamente en el estómago ni los intestinos. Esta banda puede ser reajutable y el procedimiento es reversible. No obstante, a comparación con los otros procedimientos este es considerado el menos efectivo porque hay menor pérdida de peso y se requiere que el médico reajuste la banda.
2. **La manga gástrica:** “Consiste en remover el 80% del estómago, dejando intactos el píloro y los intestinos” (Frigolet, 2020). Tener menos estómago significa que menos alimento podrá ser ingerido, más debido a su elasticidad, este puede crecer nuevamente (no a su capacidad anterior, pero puede suceder si el paciente no sigue las indicaciones del médico). A diferencia de la banda gástrica aquí hay una mayor pérdida de peso, más no es reversible y tiene efectos secundarios post-cirugía como el reflujo ácido.
3. **Bypass gástrico:** “También denominado “bapás gástrico en Y de Roux”, es un tipo de cirugía para bajar de peso que consiste en crear una pequeña bolsa desde el estómago y conectar la bolsa recién creada directamente con el intestino delgado” (MayoClinic, 2024). De esta se “reduce” el estómago a solo la capacidad de esa bolsa, para que así se disminuya la cantidad de alimento que puede entrar y restringir la absorción de los mismos.

Figura 3: Esquematación de los procesos bariátricos



Nota: Tomado de *Obesidad, tejido adiposo y cirugía bariátrica* (p. 8) por M.E. Frigolet et al, 2020, Boletín Médico del Hospital Infantil de México

Estas intervenciones no solo significan solucionar, a nivel real, la obesidad, sino en eliminar los efectos colaterales que la enfermedad podría conllevar. Es curioso pensar que, a pesar de los beneficios y ser vendida como *la solución a la obesidad* no es siempre el obeso quien se somete a estas intervenciones para curar los reflujo, diabetes y problemas cardíacos que ha provocado el exceso de grasa. Este método que *soluciona* aquel real desbordado y sus efectos es también uno que lleva a la pérdida de peso. Considerando esto último, no es de sorprender que la popularidad de este tratamiento haya aumentado, en especial gracias a los famosos del sector de la farándula que acreditan su pérdida de peso gracias a la operación.

¿Por qué una persona sin obesidad se sometería a un tratamiento que, en teoría, busca ser una solución para pacientes con obesidad? El grupo hospitalario español QuirónSalud (2021) en su portal web explica que

El desarrollo de las técnicas de cirugía encaminadas a la pérdida de obesidad (cirugía bariátrica) ha situado estas intervenciones en una tasa de éxito muy alta en la que el paciente puede conseguir una reducción de su peso corporal de entre el 20% y 40%. (párr. 1)

En el obeso y el no obeso que deciden someterse hay algo en lo que pueden estar de acuerdo: concluyen que no son capaces de regular su pulsión

oral. La pulsión es algo que está presente en todas las personas y las fijaciones no son exclusivas para un tipo de sujeto. Satisfacer la oralidad no es solo el comer sin descanso, puede verse en un cigarrillo, en la verborrea o el chupeteo. Es más, los efectos de la oralidad no serán los mismos para todos; tal como hay quien fuma y no se enferma hay quien come y no engorda. Lo cierto es que, para llegar a los extremos de colocarse la bolsa gástrica, hay algo que el sujeto admite que no logra resolver en su oralidad, por lo que decide solucionar a partir de lo real del cuerpo para controlar la imagen.

Un obeso ya es un ser desbordado mientras alguien que se *mantiene en la línea* es un ser que tiene alguna conciencia del desborde, ¿miedo a desbordarse? Es una hipótesis, más el foco sigue en el obeso y la oralidad, pulsión que no conoce cuerpos. La pulsión tiene que ver con una necesidad de la psique de descargar tensión con la finalidad de cumplir un deseo, deseo que va más allá del cuerpo, relacionándose con la intimidad psíquica del paciente dentro de sus necesidades subjetivas. Por eso, por más que la cirugía bariátrica represente una cura a nivel biológico de la obesidad, no es sorpresivo que existan reincidencias en pacientes que lograron perder peso para luego descuidarse una vez más. La cirugía bariátrica efectivamente soluciona lo real de la obesidad y sus riesgos; sin embargo, hay algo que sigue sin solucionarse en el sujeto respecto a la oralidad, sin importar su IMC.

Pesantes (2019) en el diario ecuatoriano *Primicias* redactó un artículo publicado online llamado *La cirugía bariátrica no garantiza un peso saludable* donde trae el caso de un paciente de 38 años llamado Ricardo Carvajal, el cual sobrepasaba las 350 libras con un IMC de 40 puntos junto comorbilidad de hipertensión y prediabetes:

Él es uno de los 1.000 pacientes que, desde 2011, sometieron a cirugías bariátricas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC), del Seguro Social de Guayaquil. Cinco meses después la operación y con una dieta vigilada, Carvajal perdió 160 libras, pero un año y medio después recuperó el 40% de su peso y hoy supera las 280 libras. (párr. 2)

El doctor Daccach, cirujano que operó a Carvajal, dejó claro que el problema en estos pacientes que bajan de golpe gracias a la intervención y vuelven a subir (llamado *efecto rebote*) es debido a no seguir las indicaciones del médico ni seguir una dieta balanceada. “La mayoría de los obesos tiene adicción a la comida que no la reconocen” (párr. 4), comenta el experto según el diario *Primicias*. Palacios (2022), cirujano general y laparoscópico del Hospital Metropolitano en Quito, Ecuador, junto 3 cirujanos más rescató para la revista MetroCiencia los resultados del programa de cirugía bariátrica introducido en Puyo, Ecuador. Se siguieron 80 pacientes que fueron aprobados para el programa, con una media de edad de 29 años. El objetivo era que los pacientes lograran perder un 50% de su peso.

Los resultados obtenidos en este programa realizado en la Amazonía ecuatoriana son alentadores, donde ya para el primer año lograron perder 52% del peso corporal. Desde el 2006 la OMS reconoce y avala la cirugía bariátrica como el tratamiento más efectivo para tratar obesos con índice de masa corporal (IMC) superior a 40 kg/m², o superior a 35 kg/m² (Palacios, 2022). Aún con ese señalamiento, el mismo autor deja espacio para aclarar un punto importante respecto a la efectividad:

La OMS recomienda, en un primer término, una terapia conservadora, fundamentada en una dieta balanceada, ejercicio y cambios en el estilo de vida, estrategias útiles en el manejo de cualquier grado de sobrepeso y obesidad. Sin embargo, en pacientes con obesidad mórbida tratados de manera conservadora, se presenta un importante porcentaje de re-ganancia de peso y bajo control de enfermedades asociadas. (p. 75)

Según un estudio hecho por M.A. Ruiz et al en 2002 hecho en Málaga llamado *Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida* se toman 26 casos de pacientes que fueron intervenidos. Todos presentan una pérdida de peso y una mejor calidad de vida gracias a la eliminación de las comorbilidades que el exceso de grasa provocaba además de una sensación de satisfacción gracias a su nuevo estado. No obstante, se deja claro que estos beneficios psicosociales no son gracias a la

operación y la pérdida de peso, sino al propio comportamiento del paciente y sus condiciones psicológicas particulares. “La cirugía bariátrica que se viene desarrollando hasta el momento para tratar la obesidad no ataca, sin embargo, ni los mecanismos conductuales ni los mecanismos fisiológicos que podrían controlar el hambre y/o saciedad del individuo” (M.A. Ruiz et al, 2002, p. 581).

Esto quiere decir que, pese a los resultados positivos a nivel fisiológico, la cirugía no resuelve el comportamiento del paciente ante la comida. La cantidad de comida ingerida y la capacidad de poner un límite ante la misma es total responsabilidad del paciente. La cirugía se considera exitosa si el paciente logra bajar de peso; sin embargo, siempre aclara que también requiere que el paciente se comprometa a una dieta balanceada. Muchos pacientes pueden estar aptos para ser candidatos a nivel fisiológico, más no se considera la motivación de este para mantener el nuevo peso y comprometerse con los cambios al estilo de vida y nuevos hábitos alimenticios.

Hablando del nuevo estilo de vida, este conllevará una nueva forma de socializar, identificarse y cuidarse. Rescatando algo del pensamiento de M.A. Ruiz et al (2002)

al contrario de lo que en un principio cabría esperar, los cambios emocionales que experimentan los individuos tras la intervención no se relacionan con las pérdidas de peso obtenidas. Las mejoras emocionales parecen asociarse con una mayor satisfacción con las relaciones sociales y de pareja y con una mayor satisfacción con la imagen corporal tras el tratamiento, todos ellos parámetros psicológicos. (p. 581)

¿Qué quiere decir esto? Que la operación no es que cambie la conducta del paciente ante la comida, sino que da apertura a una nueva forma en la que el paciente puede relacionarse con el mundo si empieza a subjetivar la nueva imagen, resignificando su vínculo con el cuerpo y entorno. En pacientes más jóvenes hay mayor insatisfacción debido a su exposición más directa a los cánones de belleza y, en general, la pérdida de peso no es

suficiente para que un paciente se sienta satisfecho. En aquellos pacientes que poseen rasgos más cercanos a los cánones de belleza o sienten comodidad con su imagen corporal se muestran más satisfechos una vez que pierden peso. Por otro lado, aquellos con rasgos que distan de los cánones de belleza o llanamente poseían conflictos con su imagen corporal tienden a sentirse insatisfechos con los resultados de la intervención pese al cambio de la imagen. Cabe mencionar que la operación es una que busca la reducción del peso y no una que moldea la figura para hacerla más *agraciada* según los cánones. Esto desde el imaginario del paciente puede representar un cuerpo que no cumple su ideal. No es como si la imagen ideal del obeso se hallara oculta debajo de la grasa o que la reducción del peso signifique para la psique del paciente una reducción del malestar interno.

No basta con que el individuo consiga pérdidas de peso sustanciales y clínicamente significativas desde un punto de vista médico para solucionar algunas de las «complicaciones» psicológicas ampliamente asociadas a la obesidad –la insatisfacción con la imagen y el malestar emocional que ésta conlleva–. (M.A. Ruiz, p. 582)

No solo es perder grasa lo que le importaría al obeso solucionar respecto al cuerpo o lo motivaría a cambiar sus hábitos, sino el dejar la fijación oral y la sensación de hambre que va más allá de lo fisiológico, sino aquella que se relaciona con la pulsión. No solo el cuerpo estimula el apetito, sino que la psique demanda comer para solucionar los conflictos internos respecto a la búsqueda de placer y principio de realidad del paciente. “La solución a la obesidad probablemente nunca venga de la búsqueda de un tratamiento, sino de su prevención” (M.A. Ruiz, p. 582). En efecto, la cirugía bariátrica es una solución a la obesidad desde la medicina, más no una que garantice una solución para el sujeto obeso. Los beneficios psicológicos no son gracias a la reducción de la grasa, sino a como el sujeto obeso subjetiva el nuevo estilo de vida y la relación con su imagen. El sujeto dejará de ser un gordo, pero no siempre logrará abandonar identificarse con *el gordo*.

La oferta capitalista para la obesidad: redes y gadgets

No solo la cirugía bariátrica permite al obeso hallar una solución (a nivel real) a su dilema, sino la oferta capitalista de la sociedad que apertura al hiperconsumo y la interacción con los pares mediante las redes sociales. Es interesante pensar que, la misma sociedad que critica los excesos, es la que oferta medios para llegar al mismo exceso. En el sujeto siempre habrá el vacío de la castración que provoca la separación del mismo con la madre, por lo que de cierta forma, estos *gadgets* y los mensajes que vemos a través de las pantallas por los programas y redes sociales resuenan con la falta. Aunque para la sociedad no hay sujetos, sino individuos, para el mercado no es al individuo a quien le venden, sino al sujeto, ¿por qué? Porque no se apunta a individuos que están *cómodos* en su entorno, sino aquellos que presentan *una necesidad*.

Machado (2016) dice: “El cuerpo tornase un emprendimiento a ser administrado por las normas del consumismo, no permitiendo el cuestionamiento sobre ese “síntoma” – obesidad – que va más allá del exceso de grasa” (p. 4). A lo que apunta el mercado es a lo pulsional del cuerpo y a la imagen del mismo, ofertando productos mágicos, cirugías bariátricas, alimentos deliciosos y programas que desconectan de la realidad. Dentro de las personas siempre habrá necesidades, las cuales demandan ser satisfechas ya que, al estas demandar, producen angustia cuando son ignoradas o permanecen no resueltas. “Tornase necesario ofertar varios objetos que intentan taponar la angustia, pero, paradójicamente, ese aumento de objetos denuncia aún más la condición de falta” (p. 3).

Entonces, si la falta es algo que está en la intimidad de no solo el obeso, sino en el sujeto en general, ¿cómo podemos entender las necesidades a las que apunta el capitalismo? En el artículo *En torno al concepto de necesidad* (2015) realizado por Moreno desde el Departamento de Enfermería de la Universidad de Jaén, España, busca separar la forma en la que la sociedad y el capitalismo conceptualiza y trata las necesidades usando un enfoque humanista y sanitario. La autora manifiesta lo siguiente:

El Diccionario de la Lengua Española ofrece varias acepciones del concepto de *necesidad*, de las que podemos destacar que se trata de

un impulso humano o motivación dirigido a satisfacer una carencia de naturaleza variable como alimento, agua, vivienda, protección, afecto, seguridad, etc. (p. 1)

Desde aquí se puede apreciar la palabra *impulso* y *motivación*, siendo la primera palabra una que habla de un acto hecho por inercia y el otro hecho después de una evaluación. Los impulsos mueven a actuar bajo un estado emocional que demanda imperante a satisfacer un área mientras que las motivaciones surgen luego de considerar los factores y subjetivar ciertos elementos para convencerse de hacer una acción o llegar a una meta. De esta manera, podemos ver que en torno a las necesidades hay factores reales como factores subjetivos.

Si lo comparáramos con el ámbito de la obesidad, una necesidad real tiene que ver con la de comer para nutrirse y sobrevivir; por otro lado, una necesidad subjetiva tendría que ver con, de todas las opciones disponibles, escoger un alimento graso o el exceso de comida antes que lo saludable o el límite. Para la salud, las necesidades son individuales (desde el paciente) y sociales (desde los institutos, el público y lo colectivo). En teoría, la necesidad social desde la salud busca que el enfermo pueda transformarse en alguien saludable para que goce de una buena calidad de vida. Por otro lado, la necesidad individual desde la salud es acercarse en cuanto sienta que hay algo en él que no está bien. La sociedad, por más que considere la necesidad real del cuerpo saludable y en equilibrio, es a la final responsabilidad del individuo exigir la homeostasis y la atención médica. La sociedad puede desear tener individuos sanos, más el deseo debe nacer del individuo de ser parte de ese sistema salubre.

¿Por qué es importante saber todo esto? Porque, aún en el campo de la medicina que es uno que a diferencia del mercado capitalista busca priorizar el bienestar, no se puede garantizar la salud si la subjetividad del paciente no se alinea con aquel ideal social. Ante la enfermedad se ubica una necesidad real de hacer algo con la obesidad, pero el obeso no hará nada si no halla una necesidad subjetiva. El concepto necesidad hace referencia a una evaluación

que pone de manifiesto un desfase en una situación analizada y otra considerada ideal o de referencia (Moreno, 2015).

Si la sociedad no puede garantizar una solución ante el sujeto debido a que no busca solucionar, ¿cuál es la vía que termina tomando? La exclusión. Machado, citando a Fischler (1995) manifiesta:

Los obesos son el incomodo social, siendo atacados por un juicio moral perverso de los “lipofóbicos” (FISCHLER, 1995), aquellos que tienen obsesión por la delgadez y horror a la obesidad y que usan el escudo de defensores de la salud y de la calidad de vida. Una vez que la sociedad no consigue la remoción de la impureza, entonces la exclusión tornase la solución. (p. 4)

Todas las personas tenemos prejuicios respecto al cuerpo, las costumbres y el peso, más los cánones de belleza y los estigmas sobre la obesidad como una enfermedad provocan que el sujeto en sociedad se vea constantemente desafiado en cuanto a la imagen que proyecta. Muchos pueden optar por alienarse al canon y preservar el cuerpo, lo cual puede ser una demanda superyoica de pertenecer o la motivación yoica de discernir entre el *principio de placer* y el *principio de realidad* para, aún con pereza, cuidar la imagen, ¿y si no se opta por un punto que preserve un cuerpo? Entonces todos estos mensajes resuenan no como un ideal, sino como algo inalcanzable, que en vez de inspirar un cambio es una forma de identificarse y sostenerse del cuerpo graso. Ese mismo programa de televisión sobre personas obesas mórbidas puede para uno ser una inspiración para no seguir así, para otros un gusto morboso al ver estos sujetos empujando el límite, ¿pero para el obeso? Es una forma de retratarlo.

No es raro ver en las clásicas comedias al *gordito gracioso*, a aquel que *no es atractivo porque es gordo*. Cuando aparece el héroe delgado y convencionalmente atractivo a veces aparece un enemigo grande, a veces musculoso, a veces obeso, pero en ambos casos, se retratan como excesos grotescos. Los documentales donde se muestra el estilo de vida de los obesos suelen contener este factor de morbo, con sonidos estridentes, tomas a las grandes cantidades de comida y primeros planos a sus cuerpos. A veces

son mostrados como una *ventana* a este *mundo graso*, por llamarlo de una forma; otras veces, son propuestas hechas para concientizar e incluso algunos ofrecen permitirles bajar de peso. La pérdida de peso y el apuntar a un cuerpo delgado representa un logro, el deshacerse de todo ese exceso que es negativo para llegar a un cuerpo idealmente delgado, lo cual es lo positivo.

Es así como muchos acuden a los *gadgets* como píldoras reductivas, bolsas de té milagroso o revistas con 50 secretos que la medicina no quiere que sepas. Aquellos con mayor poder adquisitivo pueden recurrir a la cirugía bariátrica, a nutricionistas con dietas balanceadas o retiros donde la restricción alimenticia es la ley. No solo es lo que se adquiere, sino lo que se consume en información, como lo son los mensajes *body positive* en las redes sociales o el activismo gordo que busca denunciar la gordofobia del sistema capitalista y los cuerpos hegemónicos. Vale mencionar que *ser gordo* no significa hacer *activismo gordo*, hay influencers obesos que no denuncian estos temas, pero su imagen logra romper estigmas indirectamente, mostrando que pueden llevar una vida exitosa y *normal*.

La oferta y la necesidad están ahí, de modo que la necesidad del sujeto no recae precisamente en cumplir lo que dictamina la sociedad ideal, sino en que las ofertas conecten con nuestras necesidades particulares. “Nos parece que los objetados ofertados encuentran resonancia subjetiva a la medida que tocan las ilusiones de completitud y pueden presentarse como objetos para pulsión” (Machado, 2016). Con esto una vez más se evidencia como la falta del sujeto no tiene que ver con lo que el capitalismo ofrece para taponar el vacío, sino la manera en la que estas ofertas son compatibles con la particularidad psíquica de cada uno.

Es interesante pensar como tanto los mensajes que alientan a la sociedad a tener un cuerpo saludable o aceptar la imagen corporal pueden resultar tan dañinos como el discurso social que condena y critica el cuerpo graso y los excesos. Por un lado, existen movimientos como el *body positive*, el cual nació en Estados Unidos en los años 70 como una protesta contra los mensajes que incitaban a una delgadez excesiva y que actualmente ha tomado relevancia gracias al activismo gordo. Por el otro lado está el

fitspiration, el cual se popularizó gracias a redes como Instagram a modo de promover la cultura del gimnasio y la vida saludable. Ambos pueden resonar a diversos públicos de forma positiva como negativa. En la esfera del *body positive*, podemos hallar representación intencionada de *influencers* que, mediante la exhibición de sus cuerpos y relato de los desafíos que han vivido por la *gordofobia* buscan romper estigmas. Martinez (2020) describe esta exposición voluntaria como una forma de romper la invisibilidad a los que los obesos han sido colocados por la sociedad que exilia:

La exhibición fotográfica del propio cuerpo o de otros cuerpos gordos en Instagram es una forma de entrar en el universo de representación y de ofrecer modelos de corporeidades alternativas, con lo que podría en cierto modo paliarse el sufrimiento de un colectivo que, de otro modo, carecería totalmente de referentes. (p. 336)

Hay un intento de dar una identidad a este sector históricamente estigmatizado y retratado de varias formas negativas, a modo de una contrareforma del *gordito gracioso*: no son *gorditos graciosos*, son *gordos*. Apropiarse de la palabra es una forma de darle su propio significado simbólico más allá del nombramiento del Otro. Martinez (2020) analizó a activistas gordos, explicando: “Las palabras “gorda”, “gorde” y “gordx”, en efecto, son hashtags omnipresentes en sus publicaciones, por encima de eufemismos tales como “curvy”, “plus-size”, o “mujeres con curvas”. (p. 337).” No buscan sinónimos ni etiquetas que definan que es ser *gordo*, sino que sea la propia palabra la que se alinee a lo que ellos consideran que son. No son el *gordito gracioso*, son *gordos* y podrían ser aparte *graciosos*, pero más allá: son *artistas*, *estigmatizados*, *sensibles*, *empoderados*, *discriminados* y representantes de un problema social que excluye a la gente por la apariencia que transmiten.

Ni cirugías ni gadgets: mecanismos de acoplamiento

Después de todo lo relatado respecto a la obesidad, desde el uso de la cirugía bariátrica como una solución mediante lo real para el sujeto obeso y el uso de los gadgets y las redes sociales como mecanismos que permiten ignorar el problema o resignificar el significado de *gordo* y/u *obeso*, es

pertinente entender las maneras en las que el obeso puede adaptar su mentalidad para aceptar o rechazar los obstáculos y las soluciones. Que el mercado apunte a un público obeso, que existan *soluciones mágicas* al problema y programas e *influencers* que critiquen o exalten la gordura refleja que ya no se los trata como individuos con un problema global que requiere tratamientos subjetivos, sino como una comunidad donde su estado no es solo una etiqueta, sino algo que los identifica, ¿qué significa en este contexto *identificación*? Que hay algo que los une a los obesos más allá de la imagen y el significado concreto de la palabra, sino que son un grupo que comparten experiencias, malestares y desafíos.

Es curioso que podamos identificar ciertos *patrones* en el comportamiento de los obesos y en los estigmas sociales en los cuales son encasillados, pero no siempre se toma a la obesidad con las mismas pinzas con las que se toman la anorexia, la bulimia o la ortorexia. Todas estas manifestaciones son formas de empujar al cuerpo a los límites y representan métodos de lidiar con una dolencia psíquica. La anorexia, por ejemplo, es una forma de alejar el cuerpo del *deseo de la madre* por medio de lo real del mismo evadiendo la comida. Estos tres términos mencionados previamente se los ha retratado muchas veces como *modas* cuando en sí son síntomas que surgen como resultado de diferentes cambios sociales y la influencia de las redes. Esto es curioso, ya que si se hablara de estos síntomas contemporáneos como *modas*, donde la anorexia y la bulimia fueron una *tendencia* en los 2000 y la *ortorexia* el *último grito de la moda* gracias a la cultura *fitness*, la obesidad es la más atemporal y la que es más visible alrededor de nosotros.

Lozano, en su estudio *Influencia de las redes sociales sobre la anorexia y la bulimia en las adolescentes: una revisión sistemática* (2022) plantea algo muy interesante respecto al uso del cuerpo y los síntomas como una forma de lidiar con su mundo interno:

En las sociedades contemporáneas de consumo, el cuerpo representa al individuo, por lo que la imagen ha de reflejar los signos de belleza, disfrute y éxito social. La socialización de género es especialmente preocupante en el caso de las adolescentes, porque los cambios físicos

asociados a la pubertad afectan en gran medida a su autoestima, al sentir más presión sobre la imagen corporal, las relaciones sociales y en el colegio. (p. 2)

La imagen corporal es algo vital para la construcción de la autoestima. El poder expresar nuestro mundo interno de una u otra forma es un asunto del lenguaje el cual no se limita solo a las palabras, sino que va más allá de lo pronunciado. El uso del cuerpo es también darle uso al lenguaje porque el cuerpo representa un medio que refleja algo del mundo interno, de nuestras creencias y la relación que el sujeto posee con la intimidad de su ser. ya que este también algo comunica. No es solo la oferta capitalista, las soluciones milagrosas o desde la misma ciencia las que permiten al obeso lidiar con sus emociones, sino lo que posee subjetivado como *soluciones* y los estigmas que posee lo que puede moldear su forma de abordar el malestar. “El papel causal del estigma o cómo el exceso de ingesta alivia estados emocionales son hipótesis sugerentes dentro de la asociación entre constructos psicológicos y obesidad” (Lozano, 2022).

¿Esto quiere decir que podemos predecir exactamente cuando una persona tenderá a la obesidad como solución a una dolencia psíquica? No. El último párrafo no significa que si un sujeto no sintió *una madre suficientemente buena* y que no se identifica con el *padre personal* será si o sí obeso, sino que podría tener una predisposición a llegar a empujar el cuerpo a extremos. Como puede suceder con el drogadicto no es que hay un *gen de la marihuana* (por poner un ejemplo), sino que hay una relación con el placer y la realidad que no se logra mediar. En cada persona con una adicción, sea a las drogas o a la comida, se busca tramitar algo, recurriendo a un objeto que le permita llegar al displacentero sin límite en su búsqueda de placer. Es así como, al hablar de sujetos y las adicciones, la baja autoestima, la mala toma de decisiones y las relaciones sociales no es solo una cuestión de “de tal palo, tal astilla”, sino de entender que *astilla* posee el sujeto en relación con su medio.

Al hablar de factores genéticos no se refiere de la existencia de un elemento hace que una persona nazca con deseos de consumir sino de

elementos que, en conjunto con lo ambiental, podrían hacer más susceptible a alguien a llegar a padecer una adicción. Hay drogas que son más adictivas que otras, pero consumirlas no significará que una persona se enganchará irremediabilmente, sino que a esto hay que sumarle la predisposición genética y la personalidad, siendo lo genético cómo recepta el cerebro la droga y la personalidad lo que empujará al deseo del consumo, subjetivando el objeto adictivo como una solución. A.E. Ruiz en su estudio *El cerebro, la droga y los genes* (2010) concluye: “(...) es importante reconocer que a nivel preventivo sería de gran beneficio detectar rasgos conductuales que predigan la vulnerabilidad que un sujeto puede tener a las drogas” (p. 541).

Hablar de adicciones es clave en el tema de la obesidad porque entender el apego que posee el sujeto con su objeto nos permite llegar a la personalidad. Tal como los componentes de la marihuana actúan sobre el sistema de recompensa del cerebro estimulando dopamina, lo azucarado de una bebida lo puede hacer igual o más que lo que llamamos *droga*. Rada en *Adicción al azúcar: ¿mito o realidad?* (2005) toca el controvertido tema de la azúcar y la alimentación como una droga:

No es de extrañar que las conductas naturales (comer) y las drogas de adicción probablemente comparten los mismos sistemas neurales. La búsqueda de alimentos nutritivos en tiempos de escasez como los de la prehistoria, debieron establecer mecanismos de adicción pues al hallarlos el consumo era máximo, lo que permitió la sobrevivencia en períodos prolongados de inanición (sección Conclusión, párr. 1).

Esta última línea se siente de cierta forma poética por lo que planteó la presente tesis al inicio: el acto de alimentarse y representar a las mujeres como obesas en la prehistoria no era una representación de abundancia, sino de necesidad. El consumo de comida no solo nutre, sino que satisface y ahora que la comida es más accesible se prevalece la ingesta de lo que a alguien le gusta antes de lo que mejor le nutre. Existe una estrecha relación entre la conducta alimentaria y la drogadicción. Rada (2005) en *“Adicción” al azúcar: ¿mito ó realidad?* expresa que “La mayoría de las drogas de adicción actúan como anoréxicos y una disminución de la ingesta alimentaria mejora el placer

producido por las drogas” (apartado Asociación entre la conducta alimentaria y las drogas, párr. 1). Bersh en *La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales* (2006) toca el tema de la genética de la siguiente manera:

estudios de genética de la conducta indican que factores conductuales tales como la preferencia por las grasas, la elección del intervalo entre comidas, el grado de compensación calórica en respuesta a la restricción de alimentos y aun la inclinación por la actividad física tienen componentes genéticos (p. 538).

En pacientes adictos es frecuente el consumo de productos azucarados a modo de lidiar con la abstinencia. Si al anoréxico el despojarse del cuerpo es una forma de alejarlo del deseo y poner límites fuertes se podría hacer la hipótesis de que al obeso desbordarse logra acercarlo al deseo y romper el límite. En el texto se menciona una que otra vez a la obesidad, pero el énfasis está en la relación del sujeto con la ingesta y esta tendencia a buscar satisfacerse mediante el uso del azúcar, lo graso y el alimento a modo de lidiar con las predisposiciones genéticas y el malestar interno que no se logra tramitar eficazmente. Entender de donde parte la ingesta como una adicción es una forma de entender mejor la pulsión oral desde un enfoque más médico, de qué sucede en el cerebro; sin embargo, si la pulsión oral puede estimular el cerebro con la ingesta sin límite, ¿qué sucede en los pensamientos del sujeto tomado por la pulsión oral?

Volviendo a Bersh (2006), la autora desde la psicología explica: “Algunas personas no logran introyectar en su desarrollo el control sobre la alimentación que inicialmente ejercen los padres, en especial cuando el sobrepeso aparece en la niñez o cuando hay sobreprotección” (p. 539). La comida es subjetivada como un objeto transicional, lo cual se puede correlacionar a lo que Winnicott menciona respecto a cómo el sujeto construye a una *madre suficientemente buena* no desde lo que ella puede ofrecer, sino a lo que acoge el niño en la intimidad de su ser. A pesar de lo vital que es la genética y la relación con los padres en el abordaje del sujeto con la relación con la comida no hay que dejar de lado el factor conductual y personalidad que a la final son los que terminan de instaurar la fijación oral. “Una

característica de muchos obesos es la dificultad para identificar y expresar las propias emociones, lo cual hace que recurran a comer en exceso como una estrategia maladaptativa para “manejarlas” (Bersh, 2006, p. 539).

Matera en su estudio *Positive Body Image and Psychological Wellbeing among Women and Men: The Mediating Role of Body Image Coping Strategies* (2024) explica que la valoración de la funcionalidad del cuerpo, la imagen corporal positiva y la compasión que posee una persona hacia sí misma le permiten que pueda lidiar con su cuerpo y sentimientos hallados respecto a la relación con el mismo para crear mecanismos de afrontamiento adecuados:

1. **Funcionalidad del cuerpo:** “Ayuda a las personas a reorientar su forma de pensar sobre su cuerpo, sin prestar atención a sus imperfecciones, sino a sus funciones y capacidades” (p. 3).
2. **Imagen corporal positiva:** “Se ha definido como un amor, una aceptación y un respeto total por el cuerpo, incluidas sus imperfecciones y características que no se ajustan a los estándares ideales de belleza” (p. 3).
3. **Compasión corporal:** “Comportamientos amables e integrales hacia las desilusiones y dificultades personales con respecto al propio cuerpo” (p. 3).

¿Por qué se trae todo esto? Porque el poder construir buenos mecanismos permite que una persona pueda lidiar con los estigmas, señalamientos y malestares. La valoración de la funcionalidad debe permitir evaluar el cuerpo más allá de la imagen, de tal modo que se pueda detectar lo útil que le resulta a la persona para su día a día. La apreciación de la imagen se relaciona no con que tan convencionalmente atractiva es una persona, sino que tanto se ama a sí mismo pese a sus imperfecciones, amándolas igual y encontrándoles algo bello y particular. Por último, la compasión tiene que ver con que tan severa es la persona consigo misma respecto a las situaciones que podrían comprometer el valor que posee su funcionalidad e imagen.

De manera clásica, la funcionalidad del cuerpo es el punto que está mas ligado con el tema de la obesidad, en el sentido que es al que mayor

hincapié se le hace personal y socialmente: un cuerpo limitado por el desbordamiento. La imagen corporal positiva es un tema más novedoso pero que últimamente, gracias a las redes sociales, se está ligando más a la diversidad corporal por la forma en la que se busca revalorar el canon de belleza. La compasión es un tema que va más del lado del *mindfulness*, pero que se rescata debido a que permite mediar los sentimientos hallados respecto a la funcionalidad e imagen. Todo esto se relaciona con mecanismos de acoplamiento, es decir, formas en las que el sujeto puede afrontar a nivel mental los desafíos que se le presentan respecto a su identidad.

Bersh (2006) había relacionado el exceso de grasa como una *estrategia maladaptativa*, ¿por qué diría eso? Considerando los planteamientos de Matera (2024) hay veces donde la forma en la que algunos sujetos obesos logran acoplarse mentalmente a su cuerpo no respeta los lineamientos que permiten la creación de estrategias adecuadas. El obeso puede tergiversar ciertas ideas, por lo que no encuentra una necesidad de recurrir a una cirugía, a una solución mágica o una decisión para dar pie a un cambio drástico, como dietas, ejercicios o cambios de hábitos. J. Quintero (2016) en *Psicopatología en el paciente con obesidad* establece que “No existe una psicopatología específica del paciente con obesidad, pero ciertos factores psicológicos [...] podrían ser patogénicos ya antes de aparecer la adiposidad” (p. 124, párr. 4).

Es así como la imagen corporal positiva puede convertirse en conformismo con la misma o una situación de ignorancia con su cuerpo. La valoración de la funcionalidad del cuerpo puede verse entorpecida por la relación de despojo que tiene el obeso con el mismo gracias al desbordamiento, ya que prevalece el placer antes que la preservación. La compasión puede tender a no considerar aspectos de la salud, molestándose o acomplejándose por las críticas respecto a la imagen ya que pesa más la opinión personal antes que la social. Retomando el estudio de Castelo, *Sobrepeso, obesidad y autoestima de adolescentes en una zona rural del Ecuador* (2023), hecho a 384 estudiantes ecuatorianos se rescata el siguiente hallazgo:

En cuando a los resultados de la autoestima, se demuestra que se presenta mayoritariamente en los adolescentes que presentan sobrepeso y obesidad leve (una baja autoestima), lo que sin duda conlleva a la presencia de discordancia en la percepción y aceptación que tienen hacia ellos mismos, impidiéndoles considerarse como personas valiosas y merecedoras de respeto por los demás. (p. 26)

Bersh (2006) toca también el tema de la autoestima en su escrito, más es interesante ver su planteamiento desde como la sexualidad puede verse afectada por aquel padecimiento, explicando que “la obesidad contribuye a la evitación de la sexualidad y de la separación de los padres, en quienes esto les resulta amenazante” (p.539). En palabras de Rodin (1989; citado por Bersh, 2006): “La obesidad protege a las personas de un mundo que parece amenazante por la baja autoestima y expectativa de fracaso; protege de los riesgos de afrontar una vida laboral, social y afectiva, pero a un alto costo emocional” (p. 539).

Todo esto demuestra cómo, en efecto, el tema de la imagen corporal puede provocar dificultades en lo que es la apreciación hacia uno mismo no solo en contextos individuales y sociales, sino incluso en lo sexual, lo cual es todavía más prominente en lo que es el tema de la adolescencia al ser esta la etapa donde, como síntoma de la pubertad, empuja al cuerpo a buscar el encuentro con el Otro sexo, siendo clave para el correcto desarrollo psicosexual. No obstante, pese a estos planteamientos, se destaca un hallazgo llamativo respecto al autoestima del obeso hecho en el estudio de Castello:

En los adolescentes con obesidad media y mórbida se evidencia que los niveles de autoestima dejan de verse afectados y se presentan de manera estable. Lo que representa que el aprecio y consideración que se tienen a sí mismos incrementa, y que le restan importancia a las valoraciones negativas que hagan otras personas (p. 26).

¿Es esto contradictorio? Absolutamente no. Dentro de lo establecido respecto a lo médico, las redes sociales y la valoración histórica, la obesidad es una enfermedad que trae limitaciones y complicaciones, pero *ser obeso* es

un campo a parte, es decir, la experiencia de vivir con obesidad. Las palabras y su significado se pueden moldear según como busque identificarse una persona y el término *obeso* no es la excepción. Los *influencers* son ejemplo de ello, que la sociedad los puede etiquetar bajo los tradicionales calificativos negativos, más en su extremo pueden nombrarse no solo como *gordos* sino como *empoderados* y *únicos*.

Es interesante ver cómo la funcionalidad pasa a segundo plano con el fin de gozar de *ser gordo*, ya que serlo representa algo para el sujeto más allá de su cuerpo. En estos sujetos que apenas están engordando o están en un *punto medio* hay incomodidad con lo real y la imagen, más en aquellos que llegaron al extremo mórbido hay algo que estos registros sostienen a modo simbólico: tienen autoestima y la valoración del Otro no es importante. Esa ignorancia a la opinión del otro es parecida a cuando un anoréxico llega al extremo, solo que mientras en el anoréxico, por ser una forma de abandonar el cuerpo y el deseo, el extremo representa una baja autoestima, en el obeso mórbido halla en ese apego al deseo un confort que le permite mantener el amor propio, estratégicamente inadecuado, pero ahí está.

Dell'Aquila toca el tema de la obesidad y las irrupciones que esta trae en el sujeto en su compilatorio *Escuchando al cuerpo en la actual clínica psicoanalítica de adolescentes: reflexiones a partir de algunas viñetas clínicas* (2015), donde se presenta el caso de Alicia. La joven se presenta como *enviada por su mamá* y solo llega diciendo lo siguiente:

Hace 8 meses nació mi hermanita menor, tengo miedo que mi mamá se muera. Nunca dijeron lo que le pasaba. Por más de una semana no supimos de ella... No teníamos a quien llamar. Todos nos escondieron lo que pasaba, después supimos, mi mamá estuvo en coma. (p. 105)

La psicóloga deja claro que ella no nombra nada de lo suyo más que *tener rollos grandes*, pero el resto sale sin filtros, sin pensar en sí misma ni evaluar su propio malestar. Conforme avanzan las sesiones, Alicia usa dibujos para poder expresarse, mostrando habitaciones grandes pero vacías, ubicando ella que las palabras no son suficientes para expresar su malestar. En su entorno familiar, Alicia está ante dos cuerpos despojados: "Alicia se

enfrenta a unos cuerpos desvitalizados que sólo son nombrados para que canalicen la queja, la queja de la gordura (madre). El otro camino ofrecido por el padre es la locura”, dice Dell'Aquila. Alicia tiene una madre que estuvo en coma y, una vez nacida la otra niña, hace que ella se sienta desplazada. Por otro lado, el cuerpo del padre está, pero es un padre emocionalmente ausente, donde su única contribución es dejar claro que teme que su Alicia sea esquizofrénica como su mamá.

La terapeuta busca ofrecerle a Alicia un espacio por medio de la escucha y la mirada donde ella pueda nombrarse más allá de su cuerpo, encontrando la paciente un refugio en ese *ser mirada*. No es nombrada por la psicóloga, solo vista, de modo que todavía hay espacio para que ella pueda subjetivar un objeto transicional que le permita tramitar el malestar más allá de la manifestación de su dolencia por medio del desborde de su cuerpo. Ella tenía un problema en sus ojos, de modo que la psicóloga aclara que se le hacía difícil seguirle la mirada, pero ella logra subjetivar la intervención como una intención de ser sostenida, respondiendo positivamente. “Su cuerpo le ayuda a empezar a desplegar un discurso y escribir las primeras líneas de una historia no escrita, o tal vez deberíamos decir una historia que se había quedado escrita en su cuerpo” (Dell'Aquila, 2015, p. 107).

Luego de dos meses de trabajo dice que se ausentará por una semana probablemente porque *mamá le regaló plata para operarse las pechugas*. Ella no es ajena a las intervenciones quirúrgicas debido a la condición de sus ojos; no obstante, llama la atención como ella habla del asunto con desinterés, hipotetizando la psicóloga que ella significa este regalo por parte de la madre como algo ajeno. De cierta forma, la operación es como un asunto externo a ella, algo que no subjetiva debido a que el malestar es principalmente interno, lo cual teoriza la terapeuta como algo que podría dificultar la posibilidad de que Alicia logre acoger un objeto de forma apropiada al no tener los recursos adecuados para lidiar con su vacío. Ya en su adolescencia el aclaramiento de su deseo se ve confrontado con lo latente de la sexualidad, donde la confusión por sus nuevas emociones empieza a resonar al vacío que posee. “Comienza una escalada de exploración del sexo, pero todo realizado de forma mecánica, automáticamente, sin emociones ni afectos” (Dell'Aquila, 2015, p. 108).

El Edipo comienza a reactualizarse y sus padres ya no son solo esos cuerpos despojados de afecto para Alicia, sino que ella empieza a nombrar rabia contra el padre y la madre es una que no logra alcanzar, alguien que nombra como *siempre enferma*. La paciente acostumbra a llamar bastante entre sesiones a su psicóloga para calmarse, pero en una de esas le toca encerrarse en un clóset debido a las peleas de los padres. La psicóloga le pide a la chica que grite y pida ayuda, acudiendo la madre. La psicóloga le indica que se *haga cargo* y esa tarde Alicia es internada a una clínica.

En ese lugar, Alicia empieza a lograr hacer de esa *nada* un *algo*. Empieza a cuestionarse sus actitudes, el por qué sigue durmiendo cerca de sus padres pero también busca ser independiente, el hecho de no sentirse bonita no a modo de historización sino de análisis personal, tratando de entender las situaciones que la acomplexan y asustan. Ella confiesa que a veces se escapaba para comprar algo para comer pero que no importa porque sus padres no se dan cuenta. Un día llega con cortes en el estómago y brazos pero no fueron a modo de *acting out* sino de *teatro*, ya que eso a la final no la termina nombrando más muestra que está buscando marcar una historia más allá de su vacío y el conflicto con su cuerpo.

Empieza a dormirse en sesiones, confesando "Siempre quiero que mi mamá me haga dormir pero cuando se lo pido ella se queda dormida antes y termino yo cuidándola". Al despertar se sobresalta, mira a la psicóloga y le sonríe. Esto crea una teoría de que con el dormir busca no sentir, apegarse al deseo materno, pero ya no se enuncia desde *la nada*, sino que poco a poco logra darle más sentido a su cuerpo y a la sexualidad. Tiene miedo de no sentir nada al momento de tener sexo, pero que lo manifieste es positivo, ya que evidencia que algo ya está poniéndose en palabras, aunque aún falta resolver ese conflicto con el placer, por supuesto. Dell'Aquila (2015) plantea:

Su relación con la sexualidad sigue siendo desde un cuerpo sin interiores. Pienso que mirarse más entera, sentirse más viva la hace vivir desde el lugar del trasplantado. Como si el cuerpo que estuviera en esos momentos del encuentro sexual no fuera el propio y entonces ella se detiene, el orgasmo nunca llega. (p. 110)

Aún debe lograr una separación del otro, pero el hecho que para esas alturas ya esté con una mirada que busca más al otro y que logre poner en palabras diferentes emociones es evidencia de que, de a poco, se acerca a una *completud*. El caso de Alicia es un gran ejemplo de cómo las experiencias familiares, su contexto social y conflictos personales pueden configurar un uso particular del cuerpo como un espacio para tramitar el conflicto psíquico. Es así como este no es solo un espacio de inscripción de la dolencia, sino el escenario clave para poder poner en juego las dinámicas de funcionalidad del cuerpo (como con el goce sexual), la aceptación de la imagen corporal positiva (como sucede con el despojo por parte de los padres que lo introyecta en su inseguridad) y la compasión consigo misma (donde ella se excluye a modo de evitar el encuentro con el Otro y consigo misma).

Ella termina acoplando mecanismos maladaptativos donde el vacío emocional y la no subjetivación ni referencia de *padres suficientemente buenos* agrava el vacío de la castración, dejando el sujeto en el despojo y el cuerpo como solución no eficaz. Por eso el rol de la psicóloga fue el de apertura de un espacio que le permita subjetivar aquellas cosas que quedaron sueltas para que el malestar no se simbolice a través de lo real y la imagen, sino en palabras como solución eficiente.

La autoestima o la resiliencia no son siempre sinónimo de una resolución, sino que puede significar una forma de resistencia al conflicto, por lo que es imprescindible que el abordaje de la obesidad no sea solo desde la medicina o la psicología, sino de manera integral. La operación de Alicia, pese a bien intencionada, no fue lo que ella necesitaba en palabras de la psicóloga, siendo un obstáculo para el tratamiento. La obesidad es un problema psicosocial y cultural que se traslada a lo más íntimo del sujeto, volviéndose un malestar subjetivo que a la final es etiquetado como un problema personal, colocando al despojado en una posición de despojo, un doble abandono.

La obesidad, en este contexto, no puede ser reducida a un simple desbalance energético o genético. Este vínculo es comparable al de otras adicciones, donde el objeto de consumo ya sea comida, sustancias o incluso actividades se convierte en un paliativo temporal para un malestar más

profundo. La relación del sujeto con el alimento, como se ha argumentado, va más allá de la mera nutrición: se convierte en un medio de expresión, una forma de lidiar con la angustia y, en muchos casos, un objeto transicional que intenta llenar vacíos emocionales o resolver conflictos psíquicos no elaborados.

CAPÍTULO 4

Metodología

Enfoque

Hernández et al. (2014) en su libro *Metodología de la Investigación* definió al enfoque cualitativo de la siguiente manera: “se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, sobre todo de los humanos y sus instituciones, busca interpretar lo que va captando activamente” (p. 8).

Se ha elegido el previamente mencionado enfoque porque es aquel que permite analizar los datos en base a lo que trajo cada participante desde sus experiencias particulares. Así mismo, al ser un enfoque que busca el entendimiento de las acciones y sus significados, permitió entender de mejor manera lo multifactorial y multicausal de la obesidad.

Paradigma

Ricoy (2006) en su publicación *Contribución sobre los paradigmas de investigación* retrató al paradigma interpretativo de la siguiente manera: “El carácter cualitativo que caracteriza al paradigma interpretativo busca profundizar en la investigación, planteando diseños abiertos y emergentes desde la globalidad y contextualización” (p. 17).

Por ende, este paradigma se complementa perfectamente debido al enfoque cualitativo de la investigación. De esta manera, se permitió la comprensión de la obesidad y el uso de la cirugía bariátrica al facilitar la visión de los factores socioculturales y subjetivos tanto con la experiencia vivida por los pacientes bariátricos. Por otro lado, la información aportada por los profesionales de la salud dio apertura a la profundización de las ideas manifiestas de los pacientes. Además, el uso de este paradigma dio apertura a que los participantes manifiesten sus ideas de forma abierta en el sentido subjetivo.

Método

Para llevar a cabo la investigación se ha optado por el método descriptivo el cual:

Busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren. (Hernández et al, 2014, p. 92)

Es así como este método resultó útil para la implementación de entrevistas semidirigidas al dar apertura a recolectar información independientemente y analizarla desde las características particulares de cada participante dentro del mismo tema.

Técnicas de recolección de información

Para el presente trabajo se utilizaron dos técnicas: la revisión bibliográfica y las entrevistas semiestructuradas.

- **Revisión bibliográfica:**

Gómez-Luna (2014) en su publicación *Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización* define a la revisión bibliográfica de la siguiente manera: “constituye una etapa fundamental de todo proyecto de investigación y debe garantizar la obtención de la información más relevante en el campo de estudio, de un universo de documentos que puede ser muy extenso” (p. 158).

Debido a la naturaleza de la presente tesis, esta técnica fue la más viable ya que se tomaron fuentes ya existentes las cuales fueron evaluadas y escogidas en base al tema de la obesidad y las cirugías bariátricas. El uso de fuentes existentes permitió enriquecer no solo las bases teóricas sino elaborar

con mayor precisión la entrevista semidirigida. La orientación con la que se desarrolló el marco teórico es la psicoanalítica y la perspectiva médica.

- **Entrevista semiestructurada:**

Hernández et al. (2014) en su libro *Metodología de la Investigación* definió a la entrevista semiestructurada de la siguiente manera: “Las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (p. 403).

Debido a la naturaleza cualitativa de la investigación, el uso de la entrevista semiestructurada es la que resultó útil para que a los entrevistados se les puedan introducir preguntas más allá de las planificadas para así enriquecer la opinión de los expertos y entender mejor las experiencias de los pacientes. Por ende, al elaborar la entrevista semiestructurada, se consideró el factor que se apuntaba a estas clases de muestras para hacer una entrevista cualitativa semiestructurada para una muestra de expertos y una para una muestra homogénea; es decir, para los pacientes que comparten ciertas características.

En ciertos estudios es necesaria la opinión de expertos en un tema. Estas muestras son frecuentes en estudios cualitativos y exploratorios para generar hipótesis más precisas o la materia prima del diseño de cuestionarios” (Hernández et al., 2014, p. 387). Por eso, hacer dos entrevistas para expertos (una pensada en psicólogos y otra pensada en médicos) fue requerido, para no desaprovechar la formación académica de los entrevistados y profundizar en lo indagado a nivel teórico.

Por otro lado, hacer una entrevista pensando en los pacientes (una muestra homogénea) fue una forma de conocer sus experiencias personales e historias y así contrastar con las teorías que nacen de la investigación. Son las llamadas “muestras típicas o intensivas”, en que se eligen casos de un perfil similar, pero que se consideran representativos de un segmento de la población, una comunidad o una cultura (Hernández et al., 2014, p. 388).

Instrumentos

Se hizo primero una recopilación de información a través del marco teórico para, a partir de ahí, elaborar una entrevista semiestructurada. Las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información. (Hernandez et al., 2014, p. 403), La entrevista fue aplicada a 3 profesionales de la salud y a 3 personas que pasaron por algún procedimiento bariátrico.

Se realizaron las siguientes preguntas para el psicólogo para entender a la obesidad, la oralidad y el uso de la cirugía bariátrica desde el psicoanálisis:

Tabla 1: Preguntas para profesionales (versión psicólogo)

Preguntas para profesionales (versión psicólogo)			
Objetivos	Descripción	Categoría	Pregunta
Objetivo específico 1	Caracterizar la obesidad.	Cuerpo obeso.	1. Desde el psicoanálisis ¿Cuál es la lectura que se le da a la obesidad? 2. ¿Por qué la comida se hace síntoma respecto al enfrentamiento de problemas emocionales? 3. ¿Cómo afectan los estigmas sociales y culturales a las personas con obesidad? 4. ¿Cómo se puede identificar si alguien

			utiliza la comida como una estrategia de afrontamiento emocional?
Objetivo específico 2	Definir la formación de lo pulsional en el obeso.	Pulsión oral.	5. ¿Cómo se relacionan la obesidad, la pulsión y el principio de placer en la búsqueda de satisfacción del sujeto? 6. ¿Cuál es el rol de la familia y la sociedad en el manejo de la obesidad? 7. ¿Cómo se puede trabajar en la construcción de una relación saludable con la comida desde la infancia?
Objetivo específico 3	Describir las formas en que el obeso logra lidiar con lo pulsional y la nueva imagen del cuerpo.	Construcción de la nueva imagen	8. Respecto a la cirugía bariátrica como solución a la obesidad, ¿esta puede solucionar la pulsión oral? ¿cómo? 9. ¿Cómo se logra el armado del nuevo cuerpo, de la nueva

			imagen para evitar regresar al peso anterior?
--	--	--	---

Se realizaron las siguientes preguntas para el médico y el nutricionista para entender a la obesidad, la oralidad y el uso de la cirugía bariátrica desde el campo de la medicina:

Tabla 2: Preguntas para profesionales

Preguntas para profesionales (versión para médicos)			
Objetivos	Descripción	Categoría	Pregunta
Objetivo específico 1	Caracterizar la obesidad.	Cuerpo obeso.	1. ¿Qué parámetros son los que se presentan para considerar que un paciente se encuentra en obesidad? 2. Además de los parámetros físicos, ¿hay algún parámetro emocional o psicológico que como médico/nutricionista valore? 3. ¿Por qué la ingesta de comida es usada como una estrategia de afrontamiento de lo emocional? 4. ¿Cómo afectan los estigmas sociales y culturales a las

			personas con obesidad?
Objetivo específico 2	Definir la formación de lo pulsional en el obeso.	Pulsión oral.	5. ¿Qué es lo que mueve a un obeso a comer solo por impulso y no por necesidad (sea para nutrirse o satisfacerse)? 6. ¿Qué papel juegan las experiencias infantiles en la alimentación excesiva? 7. ¿Cuál es el rol de la familia y la sociedad en el manejo de los límites en la alimentación? 8. ¿Cómo se puede trabajar en la construcción de una relación saludable con la comida desde la infancia?
Objetivo específico 3	Describir las formas en que el obeso logra lidiar con lo pulsional y la nueva imagen del cuerpo.	Construcción de la nueva imagen	9. Respecto a la cirugía bariátrica como solución a la obesidad, ¿esta puede eliminar las ganas de comer? ¿cómo? 10. ¿Cómo se logra el armado del nuevo cuerpo y de la nueva imagen para evitar

			regresar al peso anterior?
--	--	--	----------------------------

Se realizaron las siguientes preguntas para las pacientes para entender a la obesidad, la oralidad y el uso de la cirugía bariátrica desde las experiencias particulares de cada una, empleando términos más cotidianos para facilitar la comprensión de las preguntas:

Tabla 3: Preguntas para pacientes

Preguntas para pacientes			
Objetivos	Descripción	Categoría	Pregunta
Objetivo específico 1	Caracterizar la obesidad.	Cuerpo obeso.	1. ¿En qué momento sintió que su sobrepeso era un problema? 2. ¿Considera que la ingesta de comida excesiva es una forma de aliviarse o de enfrentar alguna situación emocional? ¿Por qué? 3. ¿Cómo afectan los estigmas sociales y culturales a las personas con obesidad?
Objetivo específico 2	Definir la formación de lo pulsional en el obeso.	Pulsión oral.	4. ¿Qué siente usted que por dentro lo impulsa a comer a

			pesar de no tener hambre? 5. ¿Cree usted que las malas experiencias o momentos fuertes de la vida tienen que ver con el impulso a comer? ¿Por qué? 6. ¿Qué rol tiene familia y la sociedad en el manejo del límite en la alimentación? 7. ¿Cómo se puede trabajar en la construcción de una relación saludable con la comida desde la infancia?
Objetivo específico 3	Describir las formas en que el obeso logra lidiar con lo pulsional y la nueva imagen del cuerpo.	Construcción de la nueva imagen	8. Respecto a la cirugía bariátrica, ¿esta logró eliminar las ganas de comer? ¿cómo? 9. ¿Qué tal se siente con su nueva imagen? Cuénteme su experiencia. 10. ¿Cómo ha logrado evitar el impulso de comer?

Población

Hernández et al (2014) establece que: “Las poblaciones deben situarse claramente por sus características de contenido, lugar y tiempo” (p. 174). La población consiste en tres pacientes de entre 30 a 40 años y tres profesionales de la salud con conocimientos sobre la obesidad, cirugía bariátrica y trastornos alimenticios: una doctora, un nutricionista y una psicóloga.

Las pacientes, por motivos de confidencialidad, fueron llamadas “P 1”, “P 2” y “P 3”. Estas fueron consideradas tomando en cuenta las siguientes características:

- Haberse sometido a un procedimiento bariátrico.
- Haber tenido que lidiar con obesidad o sobrepeso.
- Que la cirugía haya sido una opción tomada para regular la ingesta de comida y/o el peso provocado por malos hábitos (sedentarismo, conformismo, mecanismos de acoplamiento inadecuados, etc.).

Por otro lado, los 3 profesionales elegidos pertenecen a diferentes áreas de la salud (psicología, medicina y nutrición) con la finalidad de enriquecer la perspectiva al hablar desde sus campos sobre la obesidad y las cirugías/procedimientos bariátricos. El perfil de los profesionales elegidos es el siguiente:

- **Psicóloga Clínica Génesis Estefanía Chacón Cedeño:** Licenciada en Psicología Clínica de la UCSG con una maestría en Neuropsicología del Aprendizaje. Trabaja como coordinadora del Departamento de Consejería Estudiantil hace 4 años en una Unidad Educativa de Guayaquil. Desde 2022 brinda atención psicológica en consulta privada a niños, adolescentes, adultos y parejas. Su enfoque abarca una variedad de temáticas, como ansiedad, depresión, duelos, trastornos alimentarios y orientación vocacional, ofreciendo un acompañamiento integral y adaptativo.
- **Doctora Wendy Johanna Altamirano Guerrero:** Médica graduada de la UCSG en el año 2012, obteniendo la especialidad de endocrinóloga en la Universidad de Buenos Aires, Argentina, en 2020. A su formación se

le suma un Diplomado en Diabetes otorgado por la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) en 2019, un diplomado en Obesidad y Diabetes de la SAD realizado en 2021. Es miembro de la SAD, de la Sociedad Argentina de Endocrinología y de la Sociedad Ecuatoriana de Endocrinología Núcleo del Guayas. Se desempeña como especialista y médica tratante en un hospital del seguro. Posee experiencia con pacientes que han presentado obesidad, que se han hecho la bariátrica y con quienes se han presentado con bypass para atender la parte metabólica.

- **Doctor Jairo San Andrés Mendoza:** Licenciado en Nutrición Clínica y Dietética en la Universidad Técnica de Manabí, con Diplomado en Soporte Nutricional en la Universidad *El Bosque* (Colombia), maestrante de Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria en TECH University (España). Actualmente sus áreas son las de Nutrición Clínica y la de Soporte Nutricional en un hospital del seguro. Posee 10 años de experiencia en el manejo clínico de pacientes en la función pública y privada.

Además, los tres profesionales fueron considerados tomando en cuenta las siguientes características:

- Tener experiencia con pacientes que hayan atravesado problemas para regular su peso y controlar su alimentación (casos de obesidad, anorexia, bulimia, etc.).
- Tener conocimientos sobre la cirugía bariátrica.
- Tener un enfoque psicoanalítico (A excepción del médico y el nutricionista).

CAPÍTULO 5

Presentación y análisis de resultados

Presentación de resultados

En el siguiente capítulo se van a mostrar los resultados que arrojaron las entrevistas semiestructuradas aplicadas a los profesionales y a los pacientes bariátricos. Se crearon tres bancos de preguntas: una para los especialistas de la salud física, otra para el psicólogo clínico y otra para los pacientes. A continuación, se detalla el cuadro de las categorías que se analizarán en las entrevistas.

Tabla 4: Descripción de las categorías de las preguntas

Tabla de categorías			
Objetivos	Descripción	Categoría	Descripción de la categoría
Objetivo específico 1	Caracterizar la obesidad.	Cuerpo obeso.	Visión médica, social y psicológica del obeso desde lo Real.
Objetivo específico 2	Definir la formación de lo pulsional en el obeso.	Pulsión oral.	Formación de la pulsión oral desde la infancia y el entorno familiar. Construcción de buenos y malos hábitos alimenticios.
Objetivo específico 3	Describir las formas en que el obeso logra lidiar con lo pulsional y la nueva imagen del cuerpo.	Construcción de la nueva imagen	Formas en las que el capitalismo y las redes sociales permiten regular la pulsión oral. El uso de la cirugía bariátrica para lidiar con lo Real del obeso y si esto logra o no apaciguar la pulsión oral.

Análisis de los resultados:

Análisis de las entrevistas a los profesionales Se entrevistó a 3 expertos de diferentes áreas, a la Psicóloga Clínica Estefanía Chacón, a la Endocrinóloga Wendy Altamirano y al Nutricionista Jairo San Andrés. Todos poseen masterado en sus áreas y experiencia previa con pacientes con obesidad y/o trastornos alimenticios, además de conocimiento actualizado sobre las cirugías bariátricas.

Categoría 1: cuerpo obeso. Tanto la doctora Altamirano como el nutricionista San Andrés mencionaron el uso del índice de masa corporal (IMC) como la escala por defecto para comenzar el análisis. Aprovechando el planteamiento del IMC se les preguntó acerca de la paradoja del alto IMC a pesar de tener puro músculo. A la doctora se le planteó que pasaría con un paciente con un alto IMC donde *no tiene nada de grasa* mientras que al nutricionista un caso de tener *poca grasa*. La doctora explicó que eso no sería obesidad ya que no tiene el excedente que es parte del diagnóstico, mientras que el nutricionista dice que se considera obesidad *solamente* al excedente de grasa, por lo que el profesional buscaría separar lo que es masa muscular, grasa y ósea para solo tratar el excedente graso. Por otro lado, la psicóloga Chacón, planteó el tema del cuerpo como un escenario de conflicto para llenar un vacío por medio de la ingesta de comida.

Todos están de acuerdo del factor emocional como algo importantísimo dentro del uso de la comida para la caracterización del cuerpo obeso. Tanto la psicóloga como la nutricionista estuvieron de acuerdo en que la alimentación cuando no es para nutrirse tiene un uso que busca solventar un problema interno. La parte donde mostraron sus perspectivas particulares es en el nombramiento del objeto “comida” y su finalidad: la psicóloga lo nombra *sustituto* mientras que la doctora ubica la finalidad como *hambre hedónica*. La doctora también mencionó factores multifactoriales y multicausales de la obesidad, de modo que esta jamás aparece sola, sino que hay patrones genéticos y emocionales que requiere abordaje de múltiples especialistas, ¿y qué hay del nutricionista? Desde su punto de vista, considera que nadie come

por ansiedad, sino que comer es una forma de nombrar algo que no quieren reconocer.

Se aprovechó para preguntarles a los médicos sobre el rasgo genético mencionando el Síndrome de Cushing, donde ambos están de acuerdo que, si bien hay gente propensa a la obesidad sea por genética que los haga engordar más o tender a adiposidad, a la final la responsabilidad de balancear su peso sigue siendo de sus hábitos y disposición. La doctora al Síndrome lo nombra *tendencia a obesidad central* mientras que el nutricionista dice que hay cosas que influyen en la morfología del cuerpo, pero que el obeso llega no porque tiene una patología, sino por los malos hábitos de vida. Se rescata que la psicóloga menciona como hay un efecto del Ideal del Yo sobre el cuerpo más allá de la obesidad y que esto puede moldear la forma en la que enfrenta también, siendo el ideal de imagen clave en el abordaje emocional.

Todos están de acuerdo en que la alimentación es una forma de aliviar, pero más allá lo ubican como un hábito. El nutricionista explica cómo hay familias que el comer mucho ya es una manera que hallan para nombrar diferentes malos hábitos como los atracones o el sedentarismo. La doctora lo aborda como algo que asocian a satisfacción, de modo que la alimentación como afrontamiento se debe abordar a la finalidad, que ya no es la nutrición sino buscar dopamina. La psicóloga habla de patrones compulsivos: atracones, desesperación, tristeza. Para ella el hábito de comer para apaciguar es sintomático, ya no se da un uso moderado ni consciente, sino que es impulso y primera respuesta a situaciones adversas. Usa de ejemplo la película *La ballena*, donde resume su patología de la siguiente manera: “Ocurrió algo que me llevó a lo real y me dejó ahí y no tengo nada, ningún fantasma, ningún velo que me ayude a simbolizar eso que en historia está y que no está haciendo simbolizado, sino que solamente quiere salir como un goce con la comida.”

Análisis de la categoría 1. Es interesante como los médicos se enfocan más que nada en una caracterización del cuerpo obeso desde lo físico; es decir, lo medible y lo cuantificable:

Los expertos a menudo confían en una fórmula llamada índice de masa corporal (IMC) para determinar si una persona tiene sobrepeso. El IMC se usa para estimar su nivel de grasa corporal con base en su estatura y peso medidos en kilogramos y metros. (Enciclopedia Médica de Medline; tema Sobrepeso)

La mirada del cuerpo desde la medicina no solo está muy ligada a cuestiones físicas, sino medibles y cuantificables. No se limita a la observación, sino que puede ir hasta los cálculos incluso; sin embargo, los expertos no tardaron en llegar a cuestiones más psicológicas al momento de entrar al factor emocional. Durante la caracterización física del cuerpo obeso tocaron el tema del IMC y el factor genético. Durante el capítulo 1 se deja claro que es imprescindible diferenciar el peso por grasa para determinar si la persona está en riesgo de salud. La obesidad no es solo un alto IMC (es decir, algo que se limita a lo contable), sino un exceso de grasa que puede llevar a problemas más serios a futuro. La Enciclopedia médica de salud (2024):

Algunas personas en este grupo (con sobrepeso), como los atletas, pueden tener mucho peso muscular y por lo tanto no tanta grasa. Estas personas no tendrán un aumento del riesgo de problemas de salud debido a su peso. (...) El riesgo de muchos problemas de salud es mayor para los adultos que tienen grasa corporal en exceso y que encajan dentro de los grupos con sobrepeso (párr.1).

Por lo mismo el nutricionista dijo que, aunque alguien tenga poca grasa igual se consideraría sobrepeso u obesidad si eso representa un excedente, por lo que se apunta a tratar de quemar eso. Los expertos están de acuerdo en que la comida sumada, a los malos hábitos, es lo que provoca el exceso graso ya que esta no aparece de la nada, incluso si hablamos de cuestiones genéticas.

El factor genético, el cual en la tesis se lo ejemplificó desde síndrome de Cushing e hipotiroidismo (condiciones que favorecen la ganancia de peso), no representa que una persona será si o sí obesa, sino que tendrá una *tendencia* al sobrepeso la Enciclopedia Médica de Medline (2022) en su entrada Aumento de peso – Involuntario, afirma que:

El aumento de peso involuntario puede ser causado por muchos factores diferentes. El metabolismo se reduce a medida que usted envejece. Esto puede causar aumento de peso si come demasiado, consume los alimentos equivocados o no hace suficiente ejercicio. (...) Los cambios hormonales o problemas de salud también pueden causar aumento involuntario de peso. (sección Causas, párr. 1)

No hay un *gen de la obesidad*, pero si condiciones genéticas que harán que ciertos sujetos tiendan a tener cuerpos con mayores o menores dificultades para regular el peso al sumarse los factores ambientales y hábitos alimenticios. Por ende, la caracterización de obesidad no como una enfermedad que dependa netamente de la genética, sino como una multifactorial y multicausal es algo lo cual los expertos están de acuerdo ya que dicen que, si bien la genética es crucial (el ver si hay familiares con antecedentes de obesidad o desórdenes genéticos), la responsabilidad de regular el peso siempre queda en la persona y sus hábitos (sobre todo si sabe que tiene una condición que lo hará más propenso a engordar).

Acerca del retrato social de la obesidad se la mencionó como estos cuerpos representan para el imaginario colectivo una falta de autocontrol y un manejo ineficaz de las emociones, en especial la ansiedad y el estrés. Los tres especialistas mencionan el estrés como factores; sin embargo, el nutricionista no habla del estrés como una causa, sino como *una justificación*. Tanto la psicóloga como la doctora hablan de la ingesta emocional (tema abordado en el primer capítulo), más ellas usan términos concretos para referirse al uso de esta ingesta (*sustituto* en el caso de la psicóloga y *hambre hedónica* en el caso de la doctora).

El uso del término *sustituto* para referirse a la comida dentro de la ingesta emocional coloca a este objeto como uno que el sujeto toma para poder crear un objeto de goce en vez de uno de deseo, es decir, uno que lleva a buscar solucionar por medio de lo real siendo una solución ineficaz. La finalidad del *hambre hedónica*, por otro lado, es el uso de la comida como compensación ante emociones negativas como la ansiedad. “La comida se destaca como

objeto de la compulsión, impuesto, de modo fascinante y mortífero, por la voracidad” (Machado, 2016, p. 8). En ambos escenarios, la comida es un objeto que busca tapar un vacío, más como diría el nutricionista, no es como que la ansiedad lleva a comer, sino que esta emoción es la justificación para que el que tenga la fijación por la comida no reconozca que hay algo más allá que provoca las ansiedades.

En vez de lidiar con el problema de frente, se usa la comida para no vérselas con su falta y satisfacer la pulsión: “el comer compulsivo del obeso muestra su incapacidad de rehusar la demanda del otro, del cuerpo obeso, y tornase fijo en el objeto, en la comida, como forma de compensación” (Machado, 2016, p. 9). Fue bastante interesante la perspectiva del nutricionista ya que algo discrepa de la doctora, pero se alinea a la par: no comer por ansioso, pero Sí porque hay ansiedad con tal de no admitir que algo falla (lo cual incluso se alinea con la psicóloga y la sustitución). Todo esto permite caracterizar como lo Real del cuerpo obeso desde la medicina, sociedad y psicología en efecto es una enfermedad multifactorial y multicausal, resultado de malos hábitos y/o situaciones adversas que empujan al sujeto a taponar la angustia por medio del goce que produce comer.

Categoría 2: pulsión oral. Todos estuvieron de acuerdo que es importantísimo evaluar los estigmas sociales en el abordaje de la obesidad. La psicóloga tomó el tema de la voz y la mirada como refuerzos del síntoma de cada sujeto, donde las etiquetas y mensajes, sean o no hacia el sujeto, encierran algo que termina subjetivando este, retornando todo aquello recibido en este goce que es la obesidad. Incluso sin querer ser etiquetado termina si o sí nombrado ya que no es solo lo que dicen, sino lo que siente el sujeto que le quieren decir, siendo las redes sociales algo que suma a este inconveniente. La doctora habló sobre el uso cotidiano del cuerpo, como algo tan sencillo como sería buscar ropa desde ahí los haría sentir excluidos, incapaces de encajar mientras que el nutricionista va directamente con la presión que inyecta las redes sociales. Todos estuvieron de acuerdo en cómo las redes y la presión social son factores primordiales en la construcción de estigmas sobre los cuerpos obesos.

Respecto a cómo el sujeto obeso logra alinear lo pulsional (lo impulsivo) y el principio de placer (la búsqueda de satisfacer los deseos), el nutricionista abordó el tema explicando como las costumbres del hogar se conectan con los problemas personales del paciente, es decir, “tengo ansiedad, así que comeré para calmarme”. La doctora dijo que va desde la infancia con la mala alimentación de los padres que al niño crecer, al no tener buenas costumbres como el deporte o la actividad física, opta por el sedentarismo, de modo que esto se suma y es ahí donde nace el “no tengo tiempo para nada, estoy deprimido” y la comida se vuelve respuesta al ser lo conocido. La psicóloga explicó que es un goce que va más allá del placer inmediato, porque es esto que tampoco lo da la comida, por lo que cada vez se hace más insatisfecho por lo que el uso se aumenta para poder resolver, incluso se le pregunta sobre la operancia de la ley en el sujeto obeso, explicando que el padre es *solo ley*. Todos estuvieron de acuerdo en que hay una conexión entre la dolencia personal y el patrón familiar para desembocar en el impulso a comer.

En el tema de las experiencias infantiles la psicóloga desarrolló acerca de como desde la escuela se pone en juego la mirada del Otro y también la Imagen, como ver diferentes cuerpos y que el de uno sea visto algo moviliza en el cerebritito en desarrollo. La doctora primero trajo lo genético del cuerpo, en el hecho de cómo los genes pueden crear una tendencia a la obesidad, sin embargo, no tarda en pasar al papel de la familia ya que todo empieza en la infancia desde el hogar y recién de adultos se percatan. El nutricionista habló algo a nivel simbólico, explicando la gestación de la obesidad como una manifestación de diferentes frustraciones que parten desde la infancia. Explicó que los niños sienten presión desde pequeños en el entorno, que hay padres que cuidan en exceso al hijo y terminan adquiriendo malos hábitos ya que asocian el exceso de peso a la solución, por lo que no reconocen y no ven problemas. Todos indicaron que es muy importante dentro y fuera del hogar la educación nutricional.

La doctora habló sobre como la familia enseña lo que es la voluntad, “¿elijo esto o aquello?”. El nutricionista explicó que la familia debe enseñar lo que es alimentación o nutrición, “el Cachito me llena, ¿pero me alimenta?”. La

psicóloga sobre el uso de la comida, que debe cuidarse el uso que le da la familia: ¿es una recompensa? ¿un castigo? Eso influye. Respecto al uso social, la doctora ubicó que hay eventos o momentos que empujan a querer comer, pero también los amigos pueden ser una red de apoyo para una vida saludable y *fitness* y que los profesionales deben fomentar la buena alimentación. El nutricionista consideró que la sociedad debe implementar educación nutricional que muestre una valoración adecuada de los platillos que se consumen. La psicóloga explicó que, más que nada, los padres no deben dejar al niño a merced, que a pesar de que la sociedad pueda educar igual ellos deben tratar de *filtrar* el lenguaje para traducirlo de forma correcta porque hay mensajes que, pese a ser positivos, pueden ser malinterpretados. Ella consideró que el trabajo de la sociedad va más que nada dirigido a los padres para que ellos puedan acompañar correctamente al niño.

Al hablar de cómo crear buenos hábitos desde la infancia, la doctora mencionó el uso del trabajo en equipo del padre y el especialista para asegurar la buena nutrición desde niño. A esto se le suma la paciencia: para cocinar, para atenderlo, ver sus necesidades... Explicó que la experiencia del niño es particular, que no es solo *mañas*, sino que hay que considerar que la comida es algo novedoso: texturas, sabores, colores... Todo es paciencia. El nutricionista fue más técnico, explicando que se puede usar lo novedoso del niño para que coma por colores, sabores, dejar que vaya escogiendo. Mientras tanto, la psicóloga habló de la necesidad de instaurar límites desde pequeño y que la relación con la comida no sea una experiencia impuesta por los padres (es decir, del deseo de ellos), sino que sea algo espontáneo: ver lo agradable y lo desagradable de comer. La psicóloga agregó que se debe enseñar que el placer al comer no lo es todo, que el subir y bajar de peso no es algo para acomplejarse, sino parte de un proceso natural y de cuidado, que los abuelos, tíos y círculo social son valiosos para fomentar buenos valores en el infante.

Análisis de la categoría 2: pulsión oral. Fue interesante ver cómo se plantea la cuestión de la formación de la pulsión oral desde el punto de vista de los expertos ya que abordan el tema de como las relaciones familiares

ponen varias cuestiones del niño en juego. No identifican que sea cuestión de una madre o un padre, sino que se mantienen neutrales ante el abordaje del rol de los mismos, lo cual se alinea a como es necesario hablar de los progenitores de forma metafórica, a modo de *ley* y *deseo*, ¿por qué? Porque la comida no es una experiencia que se deba introducir de forma abrupta, sino que debe ser espontánea (como sugiere la psicóloga) ya que es algo que pone en juego la pulsión oral donde la boca del niño es aquella puerta de entrada al mundo. “La pulsión es un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma” (Freud, 1915; p. 117, párr. 1). La doctora incluso mencionó el uso de la boca como parte de toda una experiencia de texturas y sabores, siendo primordial el acompañamiento de los padres en esta etapa. El descubrimiento por la boca pone en juego el placer, pero incluso puede tener momentos displacenteros (como diría la psicóloga) más con buen acompañamiento e instrumentos la experiencia puede llegar a ser educativa y divertida (como lo plantea el nutricionista).

Todo esto remonta a la fase oral del desarrollo psicosexual: el niño se encuentra ante algo novedoso respecto al uso de su boca. No solo sirve esta vía para nutrirse, sino para llegar al placer. Se ubica en el análisis de la doctora la necesidad de comer en contraposición con el comer de forma hedónica, es decir, solo por placer. “Para Freud en esta primera fase la libido está vinculada con la necesidad de mantenerse vivo mediante la succión de líquidos y la masticación de sólidos” (Villalobos, 1999; sección Fase oral, párr. 10). La fase oral del desarrollo psicosexual tiene dos partes, donde en la primera el placer del niño usa la boca para explorar su propio cuerpo, siendo este un medio para la satisfacción. En la segunda parte de la fase oral el propio cuerpo ya no basta para satisfacerse al aparecer los dientes y darle la posibilidad de masticar sólidos y destruir objetos.

A pesar de que el niño es autoerótico y el cuerpo es un medio para la satisfacción, la pulsión empuja constantemente a la búsqueda de placer; la experiencia de estar cerca del pecho de la madre, sentir su calor y no solo sobrevivir al mamar del seno, sino disfrutar el hacerlo pone en juego algo del

placer en la psique del infante. Es por eso por lo que el destete es una experiencia compleja donde la libido no solo pone en juego la supervivencia, sino el placer materno que rodea aquel acto de supervivencia. Por eso la comida se vuelve toda una puesta en escena al ser un objeto que puede tomar fuera de la madre que desea y hacerlo suyo a modo de goce; la constante búsqueda de satisfacción pone en juego una satisfacción que va más allá del placer. Es un objeto que se presenta estimulante a todos sus sentidos: texturas, colores, sabores y olores. A veces incluso aparece como un premio o un castigo, de modo que no solo algo tomado por el niño para sí, sino que los mismos padres embisten a este elemento en el orden del goce. Ya no aparece como algo que se desea de forma moderada, sino como algo que se adora al representar una aprobación del orden de los padres o que se repudia si llegase a ser del orden del castigo, como un límite rígido.

Retornando al abordaje de *la ley y el deseo*, los especialistas tienen opiniones que se alinean bastante a una correcta instauración del *principio de realidad*, lo cual comparte algo del pensamiento de Winnicott y el *padre suficientemente bueno*.

Winnicott sugiere una distinción entre una identificación personal, asociada a la apropiación de la imagen paterna por sus cualidades positivas (...), y una identificación impersonal, que tiene como objeto identificadorio a un padre dominante que obstruye el desarrollo emocional al imponer su personalidad. (p. 151)

Todos están de acuerdo en lo que la tesis plantea, que es necesario que el *padre* se presente no solo como un límite, sino como una aspiración: la clave no es satanizar la comida chatarra o exigir todo el tiempo lo saludable, sino tener un ordenamiento correcto sobre lo que el niño consume. A la final no es como si el obeso no tuviera conocimiento de la ley, simplemente es una cuestión de que, si bien el *principio de realidad opera*, el padre es solo visto como ley. Por eso es vital que, en el tema de la obesidad, se entienda la transmisión de *la ley* no solo como este evitar que el niño coma o engorde, sino que es una cuestión de armarlo correctamente para que pueda lidiar con lo pulsional de forma saludable.

No es solo la relación del niño con su objeto (la comida), sino también la relación con los pares para la que debe estar preparado psíquicamente no solo por lo que le dicen, sino por lo que pueda sentir a través de la mirada del Otro. El Yo Ideal y el Ideal del Yo están muy latentes respecto al tema de las pulsiones orales ya que a través de estas expectativas del plano Imagen el sujeto debe buscar una forma de resolver esos conflictos, ¿por qué se optaría por la oralidad? Pues todos están de acuerdo en que la formación pulsional desde el hogar y las experiencias infantiles tienen algo que ver ante esta respuesta ineficaz. En palabras de Rodin (1989; citado por Bersh, 2006): “La obesidad protege a las personas de un mundo que parece amenazante por la baja autoestima y expectativa de fracaso; protege de los riesgos de afrontar una vida laboral, social y afectiva, pero a un alto costo emocional” (p. 539). Ante situaciones estresantes y complicadas, el sujeto puede recurrir a la comida como retorno al *deseo materno*, donde el acto de comer apacigua la angustia y evita tener que vérselas con el Otro. La imagen obesa repele, manda un mensaje de descuido, pero lo cierto es que también puede ser un patrón del hogar que nace por malos hábitos.

No solo es un descuido del sujeto, sino un fallo de las funciones materna y paterna; no en el sentido que no cumplan, sino en el que el niño no logra subjetivar los roles de sus progenitores. Por ende, un sujeto adentrado en el placer no quiere decir un sujeto engreído, sino que de las opciones que tenía a disposición escogió la vía del goce a través de la comida, ¿y por qué? El nutricionista deja claro que los niños sienten la presión del ambiente constantemente, por lo que el acompañamiento de los padres debe estar siempre ahí. Bersh (2006) explica que “Algunas personas no logran introyectar en su desarrollo el control sobre la alimentación que inicialmente ejercen los padres, en especial cuando el sobrepeso aparece en la niñez o cuando hay sobreprotección” (p. 539).

Las funciones materna y paterna se resignifican al actualizarse el fantasma en la pubertad, donde mientras el niño crece va dejando de lado a los padres y se va adentrando más al discurso social. El problema recae que muchas veces se atiende al obeso cuando ya llegó a la obesidad y no cuando vemos los

indicios pulsionales que manifiesta desde pequeño: La pulsión no tiene un destino apropiado, por lo que ver que el niño no tiene la capacidad de sublimar en el deporte, el arte o el ejercicio, que empieza a adquirir conductas propias de una represión neurótica como la mala conducta, el desinterés o la agresividad o que todo eso sádico no logra apaciguarlo (el comer sin parar) debería alertar a los padres.

Es así como la pulsión ya no tiene una meta activa ni se descarga a través de actividades que empujen a la pulsión de vida, sino que termina tomando de destino el propio cuerpo. Este retorno no es solo señal de una pulsión que no se resuelve, sino de una que no se significa, por lo que el acto pulsional no llega a una pasividad, sino que lo empuja a lo mortífero y se refleja en el cuerpo desbordado como un acto masoquista que regresará sádicamente a modo de los atracones. La *ley* no debe ser solo restricción y permiso, sino uno que permita disfrutar del límite, como dirían los expertos. El aprender que hay un placer en la dieta balanceada, un cuerpo cuidado y funcional y saber que el acto de comer no es una exigencia o una solución, sino una responsabilidad son formas en la que la pulsión puede tender a la vida; sin embargo, cuando las presiones son mayores, la *madre suficientemente buena* no se subjetiva, buscando incansable el retorno al placer y el *padre* es solo visto como *impersonal* es cuando la comida se vuelve una experiencia mortífera.

Categoría 3: construcción de la nueva imagen. Ya entrando al tema de la construcción de la imagen, respecto a cómo el capitalismo, las redes sociales y sus *trends* y las ofertas del mercado pueden afectar la mente de quien busque regular la pulsión oral, la psicóloga contestó que los adolescentes son los más vulnerables al atravesar una crisis. Cada vez se despegan más de los padres y el fantasma se resignifica en la pubertad, por lo que es peligroso construir solo desde lo que lo rodea. Agregó que restringirles la tecnología es algo muy utópico, por lo que la función de acompañamiento es imprescindible. Los mensajes de aceptación y de cambio no deben tomarse como totalitarios, sino ser un “me acepto como soy, pero reconozco que esto está mal”. A los profesionales se les preguntó también

sobre su opinión del capitalismo, los *trends* (como el *fitspiration* y el *body positive*) y los mensajes de aceptación y de cambio.

Ambos están de acuerdo que los mensajes positivos pueden ser inspiradores y una ayuda, pero que el problema es que cualquiera es vocero en redes sociales, por lo que muchas veces pueden ver mensajes negativos como positivos y positivos pueden volverse negativos. El nutricionista abordó el tema del capitalismo y redes como modas que la gente hace más por identificarse con el autor que a su necesidad particular: es genial ver al *influencer* hacer *crossfit*, pero ¿es el *crossfit* para ti? La doctora en cambio opinó que es genial lo de fomentar el amor propio, pero cuando el amor se vuelve conformismo entonces hay un problema. Por ende, la doctora y el nutricionista están de acuerdo que el asesoramiento personal es vital más los tres consideran que los mensajes se pueden distorsionar si no hay una mentalidad adecuada ni conciencia del problema particular.

Sobre la cirugía y los procedimientos bariátricos como solución a la pulsión oral los tres estuvieron de acuerdo en que la respuesta es un rotundo *No*. La psicóloga explicó que sin trabajo la pulsión sigue ahí y que esto terminará repercutiendo en como subjetivará su nueva imagen. Llegó a decir que, incluso con un nuevo peso, esto puede ser un rebote más fuerte por los cambios que implica a la relación que tiene el sujeto con su entorno: ropa floja, piel excesiva o hacer cosas que antes no podía. La doctora y el nutricionista explicaron que si bien se limita la alimentación esta no logrará calmar las ganas de comer que van desde el cerebro, que incluso puede suceder que bajan y en 2 o 3 meses otra vez vuelven a subir. En algunos pacientes no hay un compromiso verdadero, por lo que el trabajo multidisciplinario es crucial para poder solucionar eso ya que el hambre del estómago y la idea de tener hambre son cosas diferentes.

Todos hicieron énfasis en el trabajo multidisciplinario para la construcción de la nueva imagen postcirugía. La doctora y el nutricionista estuvieron de acuerdo que, en efecto, perder peso hará que se sientan más a gusto consigo mismos, que verán los beneficios a la salud y la vida cotidiana; sin embargo, no es suficiente ya que es necesario sostener todo eso para que se motiven y

no vayan a desistir a la dieta y logren implementar nuevos y buenos hábitos. Por otro lado, la psicóloga habló de todo esto desde un punto de vista psicoanalítico, donde explicó que el armado de la nueva imagen debe irse subjetivando, ver dónde esto puede perturbar y donde esto puede sostener ya que el cambio radical algo moviliza en la intimidad del sujeto. Hablando del tema, al nutricionista y la doctora se les mencionó sobre como hay irrupción de la imagen al ser la cirugía bariátrica un proceso reductivo, no estético, por lo que les pregunté que qué sucede en esos escenarios. Mencionaron que a los pacientes se les explica todo eso de antemano pero que, en efecto, quien no tiene acceso económico para lo estético se puede ver perturbado, por lo que es un factor crucial que tratar para mantener la motivación. Hay pacientes que no solo pueden desmotivarse, sino tener miedo a regresar al quirófano.

Análisis de la Categoría 3: construcción de la nueva imagen. El capitalismo y las redes operan como un *Gran Otro* que impone distintos significantes sobre el sujeto, creando necesidades que a lo mejor no tenía, pero al estar vacío terminan resonando con él. La psicóloga explica como la adolescencia es una etapa crucial donde las figuras parentales se van desplazando, la doctora menciona como es bueno que existan mensajes de amor pero que igual debe haber un límite y el nutricionista explica que, más que una identificación con la actividad, la hay con el portavoz.

Por eso es que el tema de las cirugías bariátricas se volvió tan sonado: es una salida rápida ante el vacío que todos estos mensajes y ofertas evocan en el sujeto, pero ¿Qué sucede con aquellos que no tienen dinero? Pues pueden contar con mecanismos de defensa para lidiar con lo que no pueden trabajar a modo de conformismo o distorsionar los mensajes de aceptación en conformismo o, de entrar a lo *fitness*, tomar actividades no porque le gusten subjetivamente, sino porque ven que alguien encarna un ideal de imagen y cree que esa es la vía definitiva para alcanzarlo. “Nos parece que los objetados ofertados encuentran resonancia subjetiva a la medida que tocan las ilusiones de completitud y pueden presentarse como objetos para pulsión” (Machado, 2016, p. 4). Por eso el cambio de hábitos o adquirir soluciones no

resuelve ya que, sean buenos o malos, no son los hábitos que se alinean a su estructura y como soluciones solo taponan el vacío, no lo tratan.

Por eso es por lo que todos los expertos estuvieron de acuerdo en que la cirugía bariátrica NO soluciona la pulsión oral, debido a que por más que pierda peso o siga una tendencia lo psíquico seguirá intacto. No hay algo que conecte con su verdadero malestar ya que la nueva imagen no es necesariamente aquello que hará click con el goce del cuerpo, En efecto, los cambios podrán resonar, pero si la cirugía no es aquella pieza que necesita el sujeto para responder a su falta, entonces solo será un alivio que hace olvidar por un momento del vacío de la castración. “La obesidad contribuye a la evitación de la sexualidad y de la separación de los padres, en quienes esto les resulta amenazante” (Bersh, 2006, p.539). Es como el ejemplo del nutricionista sobre el *influencer* que hace *crossfit* y motivó a alguien a cambiar, pero a la final el *crossfit* no hizo click, por lo que no hay un cambio real: a lo mejor ya no haya un cuerpo obeso, pero todavía estará el *sujeto obeso*, es decir, con la pulsión oral desmedida.

El goce de la obesidad no se solucionará a través de lo que la voz del capitalismo ofrece pretendiendo ser un *Gran Otro*; uno que solo empuja a gozar, ¿entonces cuándo se solucionará? Lo hará cuando el sujeto caiga en cuenta de la meta de la pulsión respecto al taponamiento de la falta. La cirugía bariátrica efectivamente puede curar la obesidad a nivel físico y biológico, pero cuando el sujeto busca usarla como defensa para solucionar las ganas de comer entonces empieza un conflicto intrapsíquico. La cirugía puede resolver a nivel cuerpo su realidad, ¿y lo imaginario? En efecto, al verse al espejo el intervenido podrá decir “Ya no soy el de antes”; sin embargo, *el de antes* no se va con solo la intervención. Proyectar algo nuevo no significa que el sujeto sepa que *algo nuevo* se está proyectando. Esta nueva imagen es una prótesis que puede llevar a una nueva vida y hábitos, pero esta prótesis solo toca el cuerpo y la imagen, no la mente. Puede el obeso resolver lo visible del peso y lograr una imagen más alineada al Ideal del Yo, pero ese peso anterior era parte de él, algo de su nombramiento y síntoma. La solución al cuerpo no representa una solución simbólica, como indicó M.A. Ruiz (2002):

No basta con que el individuo consiga pérdidas de peso sustanciales y clínicamente significativas desde un punto de vista médico para solucionar algunas de las «complicaciones» psicológicas ampliamente asociadas a la obesidad –la insatisfacción con la imagen y el malestar emocional que ésta conlleva–. (p. 582)

Tal vez a algunas personas la cirugía le permita aliviar, pero lo cierto es que la cirugía no asegura la pérdida de peso y mucho menos un buen cuerpo una vez se pierda el exceso. La piel floja, la ropa que queda grande, los cambios a la rutina y el apetito pueden provocar en ciertos pacientes una desestabilización en la relación imaginaria que el sujeto poseía con su cuerpo. Lo cierto es que, como dicen la doctora y el nutricionista, la pérdida de peso podría ser usado como un motor de impulso para motivarse y adquirir mejores hábitos más la psicóloga advierte que esto puede ser así solo si el sujeto subjetiva estos cambios como positivos. Perder el cuerpo obeso no representa perder el malestar ya que la angustia está en un plano diferente, por lo que vaciar la grasa puede dejar un vacío simbólico. El obeso se llama a sí mismo de muchas formas a partir de ese Real e Imagen, por lo que el cambio puede incluso agravar el vacío previo y llegar a volver a subir de peso con tal de aferrarse a lo no resuelto. El mismo Gran Otro que motiva al cambio puede ser el mismo que provoque no solo resistencia, sino incluso miedo al mismo...

Análisis de las entrevistas a pacientes bariátricos Se entrevistó a 3 pacientes, dos de cirugía bariátrica y uno que se realizó el procedimiento del balón gástrico. P1 tiene 34 años, es médico y hace 5 años se operó para colocarse la manga gástrica. P2 tiene 41 años, es abogada y hace 3 años se colocó la manga gástrica. P3 tiene 38 años, se dedica a la importación y exportación de contenedores y se colocó el balón gástrico hace 4 años.

Categoría 1: cuerpo obeso. Respecto a cómo comenzó el problema de la obesidad, P1 lo ubicó como algo que padeció desde la infancia respecto a los dichos maternos y en la adolescencia se resignificó con más fuerza por el *bullying*. P2 lo ubicó como un problema que identificó mientras trabajaba a partir de un dolor de ojos que fue revelando más y más síntomas hasta llegar a diagnóstico de diabetes. P3 lo localizó a partir de problemas de salud desde

su coxis y su cotidianidad: la ropa no le quedaba, se cansaba de más, etc. Tanto P2 como P3 ubicaron los problemas de salud como momentos que permitieron ubicar el sobrepeso como un problema; sin embargo, P1 partió de los dichos familiares y el retrato de sus pares como problemas. No obstante, durante la entrevista las tres compartieron la opinión de que en algún punto de su vida alguien les hizo caer en cuenta de su imagen.

Sobre la comida como enfrentamiento emocional, P1 dijo que esta es como *una pausa del estrés* que le permite relajarse y pensar las cosas con más claridad, P2 consideró que su sobrepeso no se debe a la alimentación sino al sedentarismo, aun así ella reconoció su preferencia por el dulce y P3, como P1, ubicó al estrés como un factor, pero agregó un ritmo de vida desordenado también como parte del problema, teniendo preferencia por los dulces y el alcohol como alivio. P2, a diferencia de P1 y P3, no consideró que la comida sea una forma de enfrentamiento emocional ya que ella atribuye su problema al sedentarismo, no a su alimentación. No obstante, las 3 ubicaron circunstancias que propiciaron a subir de peso, P1 el estrés, P2 el sedentarismo y P3, además del estrés, los malos horarios.

Respecto a estigmas sociales, todas concordaron en haber sufrido en algún momento alguna discriminación o comentario respecto a su peso. P1 relató como la sociedad felicita la delgadez más señala la gordura, diciendo calificativos denigrantes a aquellos que tienen obesidad, además que asumen que hay algo mal psicológicamente en ellos. P2 relató una situación laboral donde fue apodada e incluso denigrada por una compañera de trabajo por su aspecto. P3 se enfocó mucho en el aspecto psicológico e incluso llegó a afirmar que esos estigmas no están muy alejados de la realidad de los obesos: estar enfermos, tener baja autoestima, sentirse feos. Incluso narró sobre como su hermano falleció mientras le hacían una cirugía bariátrica. No era un chico feo, pero por gordito lo molestaban y eso le afectó, llegando a ese extremo más muriendo por negligencia médica. Las 3 estuvieron de acuerdo en que los estigmas algo de verdad pueden tener y que efectivamente estos y lo real del cuerpo obeso afectan la mente de quien lo padece; sin embargo, P2 manifestó que, personalmente, no sufrió problemas de autoestima, pero más

adelante dice que su mamá sí, quien también era obesa y se sometió a la manga gástrica. Dijo que pudo mantener su autoestima gracias a la crianza.

Análisis de la categoría 1: cuerpo obeso. Antes de comenzar, hay que partir con el hecho que una de las pacientes, a pesar de haber padecido sobrepeso, es la única que no se identifica como obesa sino como sedentaria, lo cual será importante al momento de analizarlo. El sufrimiento por los estigmas sociales sea por la escuela, el trabajo o la cotidianidad, es algo que moldea la relación que el obeso tiene con su cuerpo y el entorno. El trato recibido por los estigmas incluye la exclusión, apodos y sus concepciones sobre la funcionalidad y el uso del cuerpo, lo cual repercutirá en el tema de la autoestima. Es así como todo aquello que comenzó como comentarios a nivel del cuerpo empiezan a adquirir una carga simbólica significativa, ya que lo que comienza como *eres gordo* no tarda en escalar a *eres gordo, por ende, lento*. En este sentido, las identificaciones parten desde ciertos aspectos de la vida, véase en el ámbito familiar o social, que terminarán marcando la forma en la que el sujeto se presenta ante el Otro, siendo la obesidad una carta de presentación que es constantemente escrita por la sociedad.

El lenguaje codificado de imágenes forma parte de todas las culturas, las que, obviamente son distintas entre sí, pero el hecho central es que son simbólicas y no imaginarias. Porque si no, uno se queda con la idea parcial de que la imagen sólo es imaginaria. No, la imagen tiene además una dimensión simbólica dada por el marco cultural histórico en el que está incluida. (Rabinovich, 1995, p. 5)

El encuentro con la obesidad no es solo gracias al papel del Otro y la existencia de la comida, sino que incluso la mirada materna influye en la forma en la que el obeso caracteriza su propio cuerpo (como sucedió con P1 con la escuela y su madre). Como indicó Dos Reis (2012) “Los fenómenos y objetos transicionales entre la realidad externa e interna surgen por el gesto espontáneo del niño como ese lugar creado y encontrado que es sostenido por la madre” (p. 125). Aún siendo la subjetivación de los estigmas una experiencia particular, la mirada y palabra materna ponen en juego el vínculo del niño con el placer, el *qué desea mi madre* afectará el *qué desea el Otro*

de mí. Hay quienes descubren su obesidad no por la mirada, sino por lo real, en lo que es la disfunción del cuerpo. Matera (2026) establece que valorar la funcionalidad del cuerpo “Ayuda a las personas a reorientar su forma de pensar sobre su cuerpo, sin prestar atención a sus imperfecciones, sino a sus funciones y capacidades” (p. 3). De modo que nombrar al cuerpo como disfuncional es algo que quita el valor que el sujeto podría llegar a aportarle a su cuerpo.

La mirada médica plantea al cuerpo obeso como uno que conlleva a distintas enfermedades y la mirada histórica es una que retrata el cuerpo obeso como disfuncional, entregado al exceso, ante esto Martínez plantea:

En un mundo donde prima la dictadura de la imagen, las personas gordas son diana habitual de críticas y ataques de todo tipo. Existe todo un sistema de opresión manifiesto en múltiples niveles que abarcan desde el ámbito cultural hasta el institucional, pasando por el social. (2022, p. 342)

¿Y qué hay de la psicología? Suele ser conceptualizado como un cuerpo entregado al goce, manifestando una forma inapropiada de lidiar con la angustia. Una de las pacientes incluso llega a reconocer que, en base a lo que le tocó vivir, los estigmas algo de verdad pueden tener en base a lo que es padecer obesidad. Tamayo (2014, mencionando a May, 2011) dice que “tanto los eventos importantes de la vida como problemas cotidianos pueden desencadenar emociones negativas que conducen a la ingesta emocional” (p. 96). La disfuncionalidad respecto a la obesidad no es solo algo corporal en el desbordamiento del cuerpo, sino algo psicológico en el sentido de no poder controlar la pulsión oral y usar la comida para evitar el displacer.

P2 afirma que ella no sintió problemas de autoestima; sin embargo, si le tocó vivir asuntos de la imagen y la mirada del Otro en el ámbito laboral, sufriendo discriminación. Aunque ella no tuvo problemas de autoestima, su madre, quien también se sometió a un proceso bariátrico, se deprimía debido a su cuerpo y de los nombramientos sobre el mismo, siendo P2 testigo de cómo la madre usaba la comida para manejar su depresión y anular las adversidades.

Los extremos al que puede llegar el sujeto al tener la mirada social sobre su cuerpo son evidentes. La paciente niega a nivel consciente que el desborde de su cuerpo haya sido por la comida, pero al decir que el entorno y la imagen han repercutido en ella, en su madre y su hermano, hay un conflicto presente. Podría haber un conflicto latente en P2; no obstante, ella desde la mirada parental ubica haber sido armada de una buena autoestima y, a pesar de no identificarse con la obesidad ni con la ingesta emocional, ella ubica el sedentarismo dentro de la causa para haber llegado a un exceso. El sedentarismo es uno de los síntomas clásicos de la obesidad, incluso aparece en la primera monografía en inglés sobre la obesidad, por Thomas Short (1727, mencionado por Morales, 2010). Parafraseando lo dicho por Morales al mencionar a Short, no solo es el sedentarismo, sino que la ingesta de algunos alimentos lo que lleva a alguien a ser obeso, siendo especial la elección de dulces, grasas o sustancias ricas en aceite.

En conclusión, gracias a las entrevistas que enriquecen la investigación, la obesidad puede caracterizarse como una enfermedad multifactorial y multicausal que a nivel psíquico es un intento de resolver una dolencia psíquica. Esta dolencia se agrava debido a los estigmas sociales y la exposición constante a la mirada del Otro, ¡hasta la mirada materna se pone en juego junto la relación con el deseo! La familia, el entorno y los malos hábitos aprendidos o adquiridos son causantes. El uso de la comida como regulador emocional permite *pausar* por un momento las situaciones adversas de la vida, perdiendo la comida su valor nutricional volviéndose objetos de goce para retornar al placer materno: “el objeto sirve para sustituir un ideal propio y no alcanzado del Yo” (Freud, 1921). El desbordamiento de los cuerpos justamente corresponde a un mal uso de los alimentos, una incapacidad para regular las emociones dependiendo de la comida para lograr controlarse.

Categoría 2: pulsión oral. P1 aún tiene ganas de azúcar, pero ahora solo come poquito, ya no tanto como antes; P2 dijo que aprovecha la mejora en su metabolismo (post cirugía) para ser más productiva y limitarse a comer solo cuando tiene hambre y P3 dijo que ya no come porque cambió su

alimentación, más admite que el acto de comer lo hacía principalmente por estrés. Aunque P2 manifestó que sus problemas no comenzaron por comer sino por ser sedentaria, las 3 comparten la idea que las situaciones adversas son un empuje para comer. P3 vio a la depresión y el mal ánimo como un inicio a malos hábitos alimenticios mientras que P1 consideró que la familia juega algo importante respecto a la mala regulación alimenticia, más ambas están de acuerdo en los malos hábitos del hogar como un preámbulo de malos hábitos alimenticios a nivel personal.

Hablando del hogar, todos los participantes consideraron que la familia tiene un papel crucial para regular la pulsión oral. P1 Y P3 hablaron de la función educadora que tiene la familia; P1 lo abordó desde como enseñar buena alimentación es como enseñarle a un niño a caminar, mientras que P3 lo abordó como que la familia debe detectar que pasa en el niño y acompañarlo a formar buenos hábitos. Respecto a la sociedad, P1 brevemente habló de la escuela y la necesidad de clases de nutrición, mientras que P2 y P3 elaboraron más en como la sociedad puede afectar de forma negativa los hábitos alimenticios. P2 opinó que los malos comentarios pueden llevar a alguien al borde del suicidio, mientras que P3 consideró que la desesperación lleva a recurrir a *lo fácil* como son las curas milagrosas o intervenciones bariátricas sin primero conocer de dónde viene su problema y si pueden probar alguna otra solución (como dietas, cambio de hábitos, etc.).

¿Entonces cómo se puede regular la pulsión oral desde la infancia? Todas creen que la buena educación y el acompañamiento apropiado es necesario para prevenir la obesidad. Todas opinan que es necesario hacer que la alimentación sea una experiencia educativa para los niños, más P1 mencionó que incluso para los padres debe haber una educación ya que de ellos depende la buena alimentación del infante, que deben ser pacientes con los niños. P2 habló sobre cómo los niños pueden aprender a diferenciar grupos alimenticios y saber que no toda grasa es mala.

Análisis de la categoría 2: pulsión oral. La articulación que hacen las pacientes entre la pulsión y el principio de placer deja en evidencia como no solo es el acto de comer, sino lo que optan por comer es lo que permite llegar

a un alivio. “La comida se destaca como objeto de la compulsión, impuesto, de modo fascinante y mortífero, por la voracidad” (Machado, 2016) Las tres tienen preferencias por algún tipo de alimento, no es solo “como lo que sea porque algo me exige comer”, sino que especifican gustarles que el azúcar, que el alcohol, que la comida frita. Esto recuerda a lo que son los destinos pulsionales, donde la comida no sublima ya que la oralidad va del orden del goce. El goce al ser un placer sin límite solo lleva al displacer, por lo que aquel contenido reprimido termina manifestándose en los malos hábitos. “En ese comer compulsivo, así como ocurre en las toxicomanías, la autodestrucción se hace presente con un aumento considerable de la fuerza del Ello y, al mismo tiempo, ocurre la disminución de la fuerza del yo.” (Machado, 2016, p. 204)

El mal hábito de comer es una pulsión activa (sádica) que, al no tener una meta fuera del cuerpo, termina retornando al mismo cuerpo a modo de este refugio graso (lo cual sería masoquista, al ser un descuido del cuerpo, tendiendo a la pulsión de muerte). Aun cuando el sujeto no sea consciente de su fijación oral, sea que justifique su peso y complexión a otras causas como una enfermedad, la soledad, los malos hábitos o el sedentarismo, todavía sigue en juego lo que es el abandono del cuerpo y su funcionalidad con tal de aliviar la angustia que puede provocar el malestar interno del vacío. “La obesidad puede ser un signo de un deseo no satisfecho nunca. El castigo por desear es esa constante insatisfacción que luego trata de llenar” (Y. Quintero et.al., 2020, p. 102).

La familia tiene una función reguladora, ya que a partir de aquí se instaura el *principio de realidad* y se reorienta lo que es el *principio de placer*. Todas reconocen que cambiaron sus hábitos luego de la cirugía, pero cada una tiene una forma de lidiar con las ganas de comer o las emociones negativas, viviendo una experiencia diferente con la pulsión oral. La familia posee un rol primordial no solo para educar, sino para dar buenos hábitos y detectar algo inadecuado respecto a la conducta alimentaria. Un acompañamiento atento es una manera de brindar al sujeto la posibilidad de que se instaure ese *padre suficientemente bueno* y que la *madre suficientemente buena* se subjetive de

forma apropiada; sin embargo, se reitera que es una posibilidad, no algo asegurado. Respecto al *padre suficientemente bueno* de Winnicott, León (2013) hace el siguiente análisis:

Winnicott sugiere una distinción entre una identificación personal, asociada a la apropiación de la imagen paterna por sus cualidades positivas (...), y una identificación impersonal, que tiene como objeto identificadorio a un padre dominante que obstruye el desarrollo emocional al imponer su personalidad. (p. 151)

El padre brinda no solo límites sobre el sujeto, sino alguien a quien el sujeto puede aspirar a ser, en el sentido de que refleja la imagen del padre lo bueno que puede ser apegarse a las normas a modo de preservación del ser, ¿y la madre? La madre *suficientemente buena* no es una perfecta, sino aquella que hace todo lo posible para proveer al niño de amor y embestirlo de palabras que le den valor a su ser. Entonces, vemos que los padres dan la posibilidad que el niño pueda adquirir significantes positivos que tiendan a la pulsión de vida. Una vez más, es una posibilidad, ya que también hay una cuota de responsabilidad del propio sujeto. El proceso de subjetivación del niño puede fallar, pero esto no es inherentemente culpa de los padres ya que el sujeto adquiere los significantes que resuenen a su experiencia personal. Si la pulsión oral queda fijada es porque algo de ese orden se mostró excesivo, correspondiendo a su búsqueda desmesurada de goce, lo cual terminará manifestándose en el sobrepeso, los malos hábitos o en desórdenes alimenticios.

La formación de la pulsión oral es algo que va desde la infancia, siendo esta fase oral clave en lo que es el desarrollo psicosexual del infante en el sentido de que serán sus primeras experiencias respecto al placer y los límites al enfrentarse al destete. Por eso el peso del lenguaje es importante, ya que a partir de ahí se va construyendo una mirada del Otro a nivel de imagen y se elabora la respuesta fantasmática del sujeto pero será a partir de lo que articula desde su posición subjetiva ya que “de poco le sirve al paciente saber, por boca del psicoanalista, que su madre no fue lo bastante buena; que su padre la sedujo, o que su tía no le hizo el menor caso” (Winnicott, 1979, p. 41).

No solo hay obesos que han sido señalados hasta por los mismos padres (como P1), sino algunos que han tenido un buen sostenimiento (como P2), por lo que si bien el control del peso tiene una responsabilidad familiar, que el sujeto termine fijado a la pulsión oral sigue teniendo algo del orden de su goce subjetivo.

P1 desde temprano se dio cuenta de su condición mientras que P2 no lo notó hasta el encuentro con lo real, e incluso niega que la obesidad sea por comer, sino por haber sido sedentaria. P1 sigue con su pulsión con la ingesta de dulces mientras que P2 logró libidinizar el cuerpo a partir de la nueva imagen. Por ende, la cirugía bariátrica no modificó la pulsión oral de las pacientes, sino que dio una posibilidad a una sublimación de la pulsión a partir de lo presentado a través del cuerpo como objeto. Una bajó de peso y sigue comiendo dulces, pero menos; la otra ve su nuevo cuerpo como uno que ahora puede estar activo. En la subjetivación se halló algo que resonó en lo íntimo de cada una, no fue un “la operación me ha curado”, sino un “desde la operación empecé a adquirir nuevos hábitos”, ya que no es solo la nueva imagen, sino la satisfacción con la misma la que empuja a preservarla: va del orden de la pulsión de vida. “Las mejoras emocionales parecen asociarse (...) con una mayor satisfacción con la imagen corporal tras el tratamiento” (M.A. Ruiz, 2002, p. 581).

El Ideal del Yo choca muchísimo con la constitución subjetiva de cada uno y algo del goce se pone en juego cuando esto no corresponde con el Yo Ideal, como pasó con el hermano de P2, el cual murió por culpa de una cirugía bariátrica que salió mal. A pesar de tener buenas cualidades, la presión del Otro sobre él representó una carga a nivel de imagen como producto de algo del orden de lo real, lo cual simboliza como algo que debe si o si cambiar. El problema fue una búsqueda rápida de una solución. Sea que haya tenido problemas o no para regular la pulsión oral, vemos que hay cierto patrón familiar, donde la madre, el hermano y ella participan. Todos terminan siendo parte de esta dinámica que despoja al cuerpo y lo dejan a merced del goce; tanto la madre como el hermano se identificaban como gordos y eso hace que lo del Otro resuene más. P2 dice que hizo la cirugía por su diabetes, no por la

pulsión oral; sin embargo, llegar a tales extremos no es posible si no es gracias a la orden de la pulsión imperante que retorna al propio cuerpo, quedando a merced del placer y rompiendo los límites.

Categoría 3: construcción de la nueva imagen. Respecto a las ofertas del mercado, P2 y P3 criticaron el consumismo como un problema para la gente que busca regular el peso y la alimentación. P2 habló sobre cómo no solo el mercado genera un problema, sino el mismo gobierno al no tener opciones saludables para los niños, mientras que P3 habló que a los consumidores se les vende una expectativa, no una realidad ya que nada de lo que se oferta asegura una cura. Todas consideraron que la cirugía ayudó con sus respectivos problemas. Para P1, la cirugía en efecto le redujo su ansiedad; sin embargo, reconoció que aún tiene ganas de comer. Ha adquirido mejores hábitos y recetas saludables, pero igual tiene ganas de dulces. P2 ubicó que su problema no era la ingesta, sino el sedentarismo, por lo que la operación, al haberse ella comprometido, perdió la grasa y sintió los beneficios del mejor metabolismo, por lo que se siente mejor. P3 se colocó un balón gástrico, pero a pesar de que ahora se siente saciada ha experimentado efectos secundarios como reflujo y vómitos; tuvo tantos problemas que incluso dejó de tomar agua, padeciendo deshidratación y perdiendo peso rápidamente.

Todas se han comprometido con su tratamiento postcirugía, pero cada una a su manera. P1 se reeducó para comer mejor, P2 ha manejado mejor sus horarios y P3 hace ejercicio de forma regular. No obstante, P2 dice que su ansiedad no era por no comer, sino que por el sedentarismo ella engordaba, de modo que una vez siente las mejoras de la operación logra adaptar nuevos hábitos a partir de dejar el encierro. P1 y P3 creen que la vida activa es algo que les permite cuidarse y evitar el impulso a comer. Todas mostraron cambios en su estilo de vida una vez terminados sus procedimientos.

Análisis de la Categoría 3: construcción de la nueva imagen. El consumismo hace que el obeso quede expuesto ante la mirada del Otro de una forma abismal, donde se le ofrecen miles de soluciones a su vacío más al ser el conflicto algo interno los productos jamás resolverán la angustia. Hay

quienes pueden culpar al gobierno al no ofrecer opciones más saludables para la población, otros directamente al consumismo al decir que no vende curas, sino expectativas. A veces, el obeso en vez de tomar la responsabilidad puede colocarse en esta posición de culpar a los demás de su malestar en vez de aceptar que pudiese hacer algo desde su trinchera para solventar. Hay ejercicio, pero no lo hace; compra pastillas, pero no funcionan; sigue dietas, pero hace *cheat meals*. Minimizar este padecimiento a un nivel que anula lo multifactorial y multicausal es reducirlo como si fuera una fiebre que se pasa con una pastilla. Se suele esperar una cura directa antes que una toma de responsabilidad, como el sujeto que pone fe ciega o radical en la política, una religión o una ideología a modo de salvadores al ofrecer soluciones antes que el afrontamiento a un problema.

Como dijo Machado (2016) respecto al cuerpo y el capitalismo que no deja cuestionar el síntoma “tornase (el cuerpo) un emprendimiento a ser administrado por las normas del consumismo, no permitiendo el cuestionamiento sobre ese “síntoma” – obesidad – que va más allá del exceso de grasa” (p. 4). A lo que apunta el mercado es a lo pulsional del cuerpo y a la imagen de este, ofertando productos mágicos, cirugías bariátricas, alimentos deliciosos y programas que desconectan de la realidad. El acto de comer y las conductas autodestructivas son tan demandantes, potentes y serias como las mismas adicciones.

No es de extrañar que las conductas naturales (comer) y las drogas de adicción probablemente comparten los mismos sistemas neurales. La búsqueda de alimentos nutritivos en tiempos de escasez como los de la prehistoria, debieron establecer mecanismos de adicción pues al hallarlos el consumo era máximo, lo que permitió la sobrevivencia en períodos prolongados de inanición. (Rada, 2005, sección Conclusión, párr. 1)

El displacer es adictivo por lo que las ofertas del mercado, sumado a malos hábitos de vida, mecanismos de afrontamiento inadecuados y la subjetivación de experiencias particulares, son soluciones que terminan siendo ineficaces ya que no resuelven el malestar porque ese no es su objetivo, sino que

apuntan al goce infinito al que empuja el predominio del *principio de placer* ya que “este principio se regula gracias a la lógica del *placer-displacer*, donde el displacer es un incremento del estímulo y el placer una disminución” (p.116, párr. 2). P3 mencionó como el mercado vende expectativas a los consumidores, más en el caso de la gente obesa, es la promesa de que al dejar atrás el cuerpo obeso quedará también atrás la pulsión oral, los malos hábitos y el dilema con la imagen personal. No solo es el mercado sino los *influencers* y activistas, los cuales forman parte de un sistema con tal de vender una imagen idealizada que a través de comentarios enaltecen los *posts* a ese cuerpo y estilo de vida como algo a perseguir. “Nos parece que los objetos ofertados encuentran resonancia subjetiva a la medida que tocan las ilusiones de completitud y pueden presentarse como objetos para pulsión” (Machado, 2016 p. 4).

Sean activistas que abogan por el cambio físico moldeando la imagen o la autoaceptación sin necesidad de moldear la imagen estos crean una situación paradójica que no afrontan la dolencia real, sino a las sensaciones que se ponen en juego. Es decir, no curan la pulsión oral, solo alivian imaginariamente una insatisfacción. Los productos del mercado no son una cura al malestar, ni siquiera la cirugía, la llamada *cura de la obesidad* por la sociedad y la medicina, más esta *cura* se refiere al excedente graso, no al de goce. Es más, la misma medicina dice que:

No se considera (la cirugía bariátrica) un método general para bajar de peso ni una alternativa para bajar de peso. Las personas que tienen sobrepeso pueden perder más peso mediante dietas y ejercicio o mediante otros tipos de cirugía que con la liposucción. (MayoClinic, 2024, sección Descripción general, párr. 2)

La cirugía o los procedimientos bariátricos son ofrecidos por la sociedad como la forma definitiva e inmediata de perder peso, más es una intervención a nivel real que, además, conlleva una disrupción de la imagen. Ya no habrá cuerpo obeso, pero el *sujeto obeso* sigue adentro pidiendo comer ya que este no es al que se atiende. Palacios (2022) citando a la OMS dice que esta organización señala que en obesos mórbidos “se presenta un importante

porcentaje de re-ganancia de peso y bajo control de enfermedades asociadas” (p. 75). Existirá un alivio gracias a la nueva imagen /cuerpo que entrega la cirugía, lo que lleva al sujeto trabajar en los cambios concernientes al estilo de vida, sobre todo, con la vivencia de la pérdida del peso en las semanas subsiguientes a la operación.

Entonces, con esto es más evidente como la solución no va de la mano con un cambio radical de imagen, sea cual sea el método, sino a la apropiación de esta. Sin embargo, no todo paciente bariátrico se apropiará de la nueva imagen y algunos pueden presentar un fuerte apego a la vieja imagen, la cual ya hizo propia, debido a que el cuerpo representaba un significativo amo a nivel simbólico que sostenía un lugar para ese sujeto, que no se puede eliminar con una operación

Ser obeso va más allá de lo nombrado por el Otro, es también una identificación simbólica que implica un estilo de vida y un conjunto de valores, ya que *ser gordo* no es solo este estado de exceso graso, sino algo que da poder para gozar y pertenencia a una contracultura que se resiste a los cánones impuestos por el Otro.

La funcionalidad del cuerpo se prescinde al estar entregado al goce, donde el desbordamiento le quita movilidad y salud. La imagen corporal positiva se desliga de los estándares de una forma radical, donde mantenerse *idealmente bello* no es relevante más lo que si es relevante es crear una imagen ideal para sí mismo, donde ya no es el *gordo tonto* sino el *gordito abrazable*, quitando peso al discurso social y validándose del personal. La compasión corporal sale a modo de estos discursos donde se plantean escenarios del tipo *soy gordo y me resbala lo que me digas* pese a no ser comentarios ofensivos, ¿por qué? Porque la compasión ya no va por el lado de que lo negativo sea dejado de lado, sino todo aquello que amenace la construcción del cuerpo y la identificación que posee con el mismo.

A pesar de todo lo dicho, ¿qué sucede cuando la nueva imagen si logra alinearse al modo de goce del obeso que buscó una solución? Las tres pacientes expresaron tener ahora una mejor calidad de vida. Aunque admiten

que aún sienten ganas de los dulces y que deben darse su gusto de vez en cuando, todas reconocen que esas complicaciones pueden aliviarse gracias a un estilo de vida activo: la operación solucionó el exceso de grasa, pero la subjetivación de aquella solución es la que les permitió buscar algo que propicie un cambio real. La pulsión oral no se eliminó de las pacientes, pero dentro de la irrupción de la imagen algo resonó respecto a los malos hábitos para enfocarlos hacia estrategias adecuadas que tiendan a la pulsión de vida. Por ejemplo, en P2 la cirugía dio mejores resultados gracias a que ella no se identificaba con la oralidad y sino que reconocía el malestar y la angustia desde otro punto de vista: ser sedentaria, es decir, una inmovilización del cuerpo. No fue solo el reconocimiento de un malestar sino la subjetivación de lo novedoso de una oportunidad lo que le permite no solo a un obeso, sino al sujeto, asumir soluciones que sean más eficaces que simplemente responder a la pulsión de forma mortífera: Si no se asume la nueva imagen simbólicamente difícilmente habrá un cambio verdadero.

CONCLUSIONES

La presente investigación ha permitido analizar la obesidad como una solución que el sujeto adopta para lidiar con la pulsión oral a través de lo real del cuerpo debido a que este puede utilizarse como un escenario para poner en juego la regulación pulsional. Los hallazgos sugieren que el cuerpo obeso no solo responde a factores fisiológicos y sociales, sino que actúa como una manifestación simbólica de conflictos internos, por lo que termina volviéndose un depósito pulsional al no hallar manera eficaz para sublimarse o pasar de un estado activo a uno pasivo.

Sobre el primer objetivo, la caracterización de la obesidad mediante la revisión bibliográfica permitió entenderla como una enfermedad multifactorial y multicausal. Desde la medicina, se identificó el impacto de la acumulación de grasa en la salud física, mientras que, desde la sociedad, se evidenció la influencia de los estigmas y discursos normativos en la percepción del cuerpo obeso. Finalmente, desde el psicoanálisis, se comprendió que la obesidad puede estar relacionada con la pulsión de muerte, evidenciando un goce que atraviesa el acto de comer más allá de la necesidad de nutrirse.

Respecto al segundo objetivo específico, se logró definir la formación de lo pulsional en el sujeto obeso, destacando el papel de la pulsión oral y la fijación a esta desde la infancia. Se identificó como las experiencias infantiles y la dinámica familiar influyen en la construcción de hábitos alimenticios, lo que puede derivar en una relación disfuncional con la comida. La pulsión oral, en este sentido, no solo es una ingesta excesiva, sino también una dificultad del sujeto para establecer límites.

Finalmente, el tercer objetivo específico permitió describir las estrategias utilizadas por el sujeto obeso para lidiar con lo pulsional y la nueva imagen del cuerpo, sobre todo desde la cirugía bariátrica. Los resultados indican que esta solución real de la medicina no necesariamente resuelve la oralidad. Muchos pacientes experimentan dificultades en la construcción de una nueva imagen corporal, por lo que es necesario un acompañamiento psicológico para resignificar la relación entre el cuerpo y el goce.

REFERENCIAS

- Adaucio, M. P. (2010). Visión epistemológica de la obesidad a través de la historia. *SciELO* https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932010000200011
- Bersh, S., (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV(4), 537-546.
- Biblioteca Nacional de Medicina (2022) Sobre peso. *MedlinePlus enciclopedia médica*. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003101.htm>
- Carmona, W. S., Oliver, A. S., & Jurado, J. G. (2017). Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. *Revista Chilena de Nutrición*, 44(3), 226-233. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182017000300226>
- Castelo-Rivas, W. P., Cedeño-Romero, J. J., Cruzate-Rodriguez, N. N., & Cofre-Rodriguez, E. M. (2023). Sobre peso, obesidad y autoestima de adolescentes en una zona rural del Ecuador. *REVISTA PERUANA DE CIENCIAS DE LA SALUD*, 5(1). <https://doi.org/10.37711/rpcs.2023.5.1.403>
- Castro, N., Guevara Alban, G. & Verdesoto Arguello, A. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *RECIMUNDO*, 4(3), 163-173. doi:10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173
- Cisneros, A. (2021). Estudio sobre el impacto del ideal de belleza en la imagen corporal. *Universidad Internacional SEK*. Disponible en: <https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/4080>
- Colegio de Psicólogos (2022). Entrevista semidirigida en psicología: ejemplo práctico. *Colegio de Psicólogos* SJ. <https://colegiodepsicologossj.com.ar/entrevista-semidirigida-psicologia-ejemplo/>
- Dell'Aquila, D. (2015). Escuchando al cuerpo en la actual clínica psicoanalítica de adolescentes: reflexiones a partir de algunas viñetas clínicas. *Tempo*

psicanalitico, 47(1),101-111.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382015000100008&lng=pt&tlng=es.

Díaz-Bravo, Laura, Torruco-García, Uri, Martínez-Hernández, Mildred, & Varela-Ruiz, Margarita. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&tlng=es.

Espinoza, E. (2020). La investigación cualitativa, una herramienta ética en el ámbito pedagógico. *Revista Conrado*, 16(75), 103-110. <https://orcid.org/0000-0002-0537-4760>

Fioranelli, M.F., y Mc Allister, M. (2023). La obesidad psicógena. Un cuerpo sin palabras. *XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires*.

Freud, S. (1914). Introducción al narcicismo. *Obras Completas Vol. 14*

Freud, S. (1915) Pulsiones y destinos de pulsión. *Obras Completas Vol. 13*

Freud, S. (1920). Mas allá del principio de placer. *Freeditorial*.
<https://web.seducoahuila.gob.mx/biblioweb/upload/MAS%20ALLA%20DEL%20PRINCIPIO.pdf>

Freud, S. (1921) Psicología de las masas y análisis del yo. *Biblioteca virtual OMEGALFA* <https://omegalfa.es/downloadfile.php?file=libros/psicologia-de-las-masas-y-analisis-del-yo.pdf>

Freud, S. (1923). El yo y el ello y otras obras. *Obras Completas Vol. 19*

- Frigolet, M. E., Dong-Hoon, K., Canizales-Quinteros, S., & Gutiérrez-Aguilar, R. (2020). Obesidad, tejido adiposo y cirugía bariátrica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 77(1). <https://doi.org/10.24875/bmhim.19000115>
- Kugler, M. V. (2019). *La clínica de la obesidad desde la perspectiva del psicoanálisis*. <https://www.aacademica.org/000-111/634>
- Lacan, J. (1949). *El estadio del espejo como formador de la función del Yo*. 86-95. Siglo Veintiuno Editores
- León, S. (2013). *El lugar del padre en psicoanálisis: Freud, Lacan, Winnicott*. RIL Editores.
- Machado, M. G. (2016). *Obesidad mórbida en la contemporaneidad: entre el exceso del cuerpo y el silencio de las palabras*. Federación Psicoanalítica de América Latina. <https://fepal.org/wp-content/uploads/198-2-esp.pdf>
- Maluenda, G. F. (2012). Cirugía bariátrica. *Revista Médica Clínica las Condes*, 23(2), 180-188. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70296-1](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70296-1)
- Martínez, M. (2023). “No soy musa, soy artista, y de las gordas”: activismo gordo hispánico en Instagram. *Revista de dones i textualitat*. 28(327–346). <https://doi.org/10.1344/Lectora2022.28.18>.
- Matera, C., Casati, C., Paradisi, M., di Gesto, C., & Nerini, A. (2024). Positive Body Image and Psychological Wellbeing among Women and Men: The Mediating Role of Body Image Coping Strategies. *Behavioral Sciences*, 14(5). <https://doi.org/10.3390/bs14050378>
- Mayo Clinic. (2024). *Liposucción* <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/liposuction/about/pac-20384586>
- Mills, J.S., Minister, C. & Samson, L. (2022). Enriching sociocultural perspectives on the effects of idealized body norms: Integrating shame, positive body image, and self-compassion. *Frontiers in Psychology*. 13(1), 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.983534>

- Morales P, Adaucio. (2010). Visión epistemológica de la obesidad a través de la historia. *Comunidad y Salud*, 8(2), 83-90. Recuperado en 12 de febrero de 2025, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932010000200011&lng=es&tlng=es.
- National Geographic Latinoamérica. (2020). Las Venus no significaban fertilidad, sino hambruna y muerte según un nuevo estudio. *National Geographic*. <https://www.ngenespanol.com/descubrimientos/las-venus-significan-hambruna-y-no-fertilidad/>
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2024, 1 marzo). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Palacios, M., Salazar, J. F., Jerez, J., Ramos, R., & Rivera, K. (2022). Cirugía bariátrica: análisis de los primeros 80 casos en un centro de especialidades en el Oriente ecuatoriano. *Metro Ciencia*, 30(1), 73–82. <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol30/1/2022/73-82>
- Pesantes, K. (2019, 13 mayo). La cirugía bariátrica no garantiza un peso saludable. *Diario Primicias*. <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/cirugia-bariatrica-peso-saludable/>
- Quintero, J., Félix, M. P., Banzo-Arguis, C., Martínez, R., Barbudo, E., Silveria, B., & Pérez-Templado, J. (2016). Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud Mental*, 39(3), 123-130. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2016.010>
- Quintero, Y., Bastardo, G., Angarita, Coromoto, A., Rivas, J., Suarez, C. & Uzcategui, A. (2020). El estudio de la obesidad desde diversas disciplinas. Múltiples enfoques una misma visión. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 18(3), 95-106. Epub 27 de abril de 2021. Recuperado en 12 de febrero de 2025, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102020000300095&lng=es&tlng=es.
- QuironSalud (2021). La tasa de éxito de la cirugía de la obesidad (bariátrica) es muy alta y se puede conseguir una reducción de peso corporal de hasta el 40%. *QuirónSalud*. <https://www.quironsalud.com/es/comunicacion/actualidad/tasa->

[exito-cirugia-obesidad-bariatrica-alta-puede-conseguir#:~:text=El%20desarrollo%20de%20las%20técnicas,el%2020%25%20y%2040%25.](#)

Quispe, L. (2016). *Fisiología del apetito y el hambre*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194254>

Rabinovich, S. (1995). Lo imaginario, lo simbólico y lo real. *Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina. http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/electivas/francesa1/material/Lo%20simbolico%20lo%20imaginario%20lo%20real.pdf

Rada, P., Nicole M & Hoebel, B. (2005). “Adicción” al azúcar: ¿mito ó realidad?. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 3(2), 02-12. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102005000200002&lng=es&tlng=es.

Real Academia Española (2025). Definición de Motilidad. *Diccionario de la Real Academia Española*. <https://dle.rae.es/motilidad>

Retana-Salazar, A. (2016). ¿Por qué las venus del paleolítico eran obesas? *Antropología Experimental*, 16. <https://doi.org/10.17561/rae.v0i16.3024>

Reyes-Ruiz, L., & A, C. A. F. (2020). *La investigación documental para la comprensión ontológica del objeto de estudio*. <https://bonga.unisimon.edu.co/items/cbb661ef-30e3-4263-b7b2-810e88237f5f>

Ruiz, A.E., Méndez, M.P., Bertha, Prieto, B., Romano, A., Caynas, S. & Prospero, O. (2010). El cerebro, las drogas y los genes. *Salud mental*, 33(6), 535-542. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000600008&lng=es&tlng=es.

Ruiz, M.A., Berrocal Montiel, C., & Valero Aguayo, L. (2002). Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*, 14 (3), 577-582. <http://www.psicothema.com/pdf/768.pdf>

- Tamayo L. & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922014000100007&lng=pt&tlng=es.
- Valenzuela, M. S., & Salgado, M. P. C. (2021). Obesidad/es: cuerpos, comidas y desigualdades. *INTERdisciplina*, 10(26), 7. <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.26.80967>
- Velecela, M. S. O. & Toral, E. A. M. (2022). Impacto post quirúrgico de la cirugía bariátrica y comorbilidades asociadas. Hospital José Carrasco Arteaga: Cuenca-Ecuador, 2014-2018. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 39(3). <https://doi.org/10.18537/rfcm.39.03.03>
- Villalobos Guevara, Ana Marcela. (1999). Desarrollo psicosexual. *Adolescencia y Salud*, 1(1), 73-79. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100011&lng=en&tlng=es.
- Winnicott, D. W. (1979). *El proceso de maduración en el niño: estudios para una teoría del desarrollo emocional* (p. 340) [PDF]. editorial Laia. <https://catedraedipica.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/02/el-proceso-de-maduracic3b3n-en-el-nic3b1o-donald-winnicott.pdf>

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es dirigida por César Javier Acosta Galeas, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El objetivo general de la investigación es analizar la obesidad como una solución del sujeto para lidiar con la pulsión oral a través de lo real del cuerpo por medio de una investigación cualitativa para brindar orientación en el abordaje de pacientes obesos.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá la participación en una entrevista semiestructurada. Esto tomará aproximadamente entre 15 a 30 minutos de su tiempo. Lo que se converse o discuta durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado y se tomará una foto para evidencia.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las intervenciones, las grabaciones serán borradas.

Si tiene alguna duda puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Si alguna de las preguntas de la entrevista semiestructurada le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Consentimiento Informado para participantes de la Investigación

Yo _____ con C.I.# _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación: Más allá del principio de comer: la obesidad como solución a una dolencia psíquica.

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es analizar la obesidad como una solución del sujeto para lidiar con la pulsión oral a través de lo real del cuerpo por medio de una investigación cualitativa para brindar orientación en el abordaje de pacientes obesos.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista semidirigida la cual tomará aproximadamente entre 15 y 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha: 30 de enero del 2024

ENTREVISTAS A PACIENTES

ENTREVISTA A P1

César: ¿En qué momento sintió que su sobrepeso era un problema?

P1: Yo creo que desde que tengo conciencia, desde que era niña, cuando digamos la gente le decía a mi mamá o me decía a mí “está gordita”, “debes de bajar de peso”, “deja de comer”, entonces es algo con lo que toda mi vida he lidiado.

César: Toda su vida.

Paciente1: Sí

César: ¿En qué momento de su vida sintió que tuvo que lidiar con todo eso?

P1: Quizás cuando estaba entrando a la adolescencia, entre los 12 o 13 años, quizás un poco antes. Ya cuando una es niña como que en la escuela recibía lo que se le dice “el bullying”. Los chicos molestaban, los compañeros, porque uno que era como “diferente”

César: Diferente...

P1: Usted sabe que los niños molestan bastante

César: Mmm, ¿cuántos años tenía, más o menos?}

P1: Mmm, que se yo... Pongámosle unos 9 años

César: Mmm. ¿y actualmente usted cuántos años tiene?

P1: Yo tengo 35.

César: Y, aun así, usted lo recuerda de esta forma.

P1: Si

César: ¿Considera que de pronto la ingesta de comida excesiva es una forma de aliviarse o de enfrentar alguna situación emocional?

P1: Yo creo que sí. He analizado muuucho la razón de las ansiedades por comer y sí; personalmente no sé los demás casos, yo trato de calmarme ante una situación estresante. Busco algo de comer, sobre todo cosas dulces.

César: ¿Y por qué cree que la ingesta de comida es una forma de aliviar?

P1: Mmm, la verdad no lo sé. Siento que es como dar “una pausa”. Como que todo está pasando tan abruptamente o algo tan estresante. Como que necesito parar, comer algo, reflexionar en las cosas y como que eso me ha ayudado como a tomar mejores decisiones: algo mal, alguna duda o no

estresarme tanto por un tema. Como que me da una pausa entre tanto estrés para después continuar.

César: Una pausa para después continuar... ¿Y cómo considera que afectan los estigmas sociales y culturales a las personas con obesidad?

Paciente: Pues afectan negativamente, eso no es una sorpresa. Ha habido estudios de esto a lo largo del tiempo en lo que socialmente, al menos en este lado del continente, el estigma de las personas con obesidad se las ve mal. Se las considera como personas flojas, o personas que no pueden controlarse o no sé, personas que no tienen una buena salud... No sé, se las considera de forma negativa.

César: ¿Qué cree que es lo negativo que encuentra en esas personas? Osea, en lo que usted me dijo sobre como a veces pueden decir cosas negativas de ellos ¿Cuáles son las cosas negativas que creen que dicen de la obesidad?

Paciente: Pues, primero la estética, ¿no? Todo el mundo, cuando la gran mayoría te tiende a analizar, todo el mundo te felicita si tienes un cuerpo atlético, si eres delgado, si eres estéticamente bonito... Y ser gorda no está en esa figura, en ese protocolo entonces te critican que si no estás cerca de eso, de esa estética, te dicen que estás mal y te dicen “estás gorda”. Lo relacionan con que eres fea, estás gorda, eres fea y si estás gorda no eres sana, si estás gorda es porque es tu culpa y es verdad. La obesidad es un problema de salud muy grave, pero más que, aparte del problema de salud, es el problema psicológico que afecta a las personas. Hasta se sienten mal por estar gordas.

César: ¿Qué siente usted que por dentro la impulsa a comer a pesar de no tener hambre?

Paciente: Yo creo que es como le dije antes, es una forma de aliviar alguna ansiedad, algún estrés. Este con la bariátrica y con cierto tipo de terapia he lidiado mejor esta situación. Entonces, situaciones de estrés, de ansiedad que yo siento que no pudo controlar busco algo dulce (sobre todo cosas dulces) y, aunque sea algo pequeño, como que eso me tranquiliza. Como que con eso estoy descansando un rato el cerebro y puedo pensar mejor y tomar mejores decisiones.

César: Excelente, ¿y de pronto cree que las malas experiencias o los aumentos fuertes en la vida tienen que ver con ese impulso a comer?

Paciente: Si

César: ¿Por qué?

Paciente: Las malas experiencias de la vida... Mmm... ¿Qué le diré? Yo creo que, al menos personalmente, no voy a generalizar. Uno siempre aprende en familia, no sé. En mi casa relacionaban la comida como una forma de recompensa, como que si te comes todo el almuerzo recibes postre, o si te portas bien o sacas buenas notas “te llevo a comer pizza”, “te llevo por un helado” o “vamos ahorita al banco, me acompaña, te portas bien y te llevo a comer papas fritas”. Entonces, uno de niño no se da cuenta, pero a la larga es como una forma de recompensa y eso te queda en el cerebro. Como yo, que me digo “me voy a estresar, voy a comerme algo y de ahí continuó con mis cosas.” Entonces, yo creo que sí y no sé, bueno... Eh, no sé si de pronto algún trauma de la familia. Yo ya estoy en una edad en que ya no culpo a mis padres por lo que pase o por lo que haya pasado, lo que soy ahorita no influye en algo.

César: ¿Usted en algún punto llegó a creer que sus padres tuvieran algo que ver con eso?

Paciente: Si, pero, ¿a quién culpo? Eran también adultos que estaban aprendiendo cómo hacer las cosas de la mejor manera posible o como ellos fueron criados, pero yo creo que sí. Mi mamá era una excelente cocinera y ella era como la que recompensaba con comida o... Y mi papá, mi mamá y papá, eran divorciados desde que yo tengo 4 años y cuando mi papá le tocaba quedarse conmigo el fin de semana él era, obviamente, un hombre de esa época no sabía cocinar. Entonces me llevaba a comer lo que yo quería, ajá. Me acuerdo de que él me daba incluso Coca Cola en un biberón (rie). Pero son cosas que, ¿cómo le voy a culpar? Mi papá ya fallecido y mi mamá hacía lo que podía. Ella quería vernos sanos y alimentaba y ella pensaba que entre más alimentos nos daba, éramos más sanos, pero no. Lo más chistoso es que así mismo ella, en su psiquis, ella está obsesionada con el peso. Ella toda la vida vive a dieta incluso hasta ahora, y ella es como obsesiva con el peso por muchos años. Un mes ella me hizo hacer un montón de dietas. ¡uf! hicimos todo tipo de dietas: algunas funcionaron, bajaba de peso, pero otra vez volví a subir... Pero también ella también ha evolucionado. Ella fue mi mano derecha durante todo este proceso de la bariátrica, me hizo todo el proceso

nutricional. También ella aprendió que no es de estar a dieta, sino nutrirse adecuadamente. Entonces fue un poco para las 2.

César: Me parece interesante la verdad, como usted me propuso esto, de la alimentación y la nutrición, como que hay algo diferente ahí. Me gusta ese punto de vista.

P1: Sí sí, la verdad que sí

César: Entonces ahorita que justamente estamos hablando de la familia, ¿cuál considera que es el rol que tiene la familia y la sociedad en manejar el límite en la alimentación?

P1: ¿A ver, me repites la pregunta?

César: ¿Qué rol tiene la familia y la sociedad en el manejo de en el manejo del límite en la alimentación?

P1: Yo creo que es muy importante, bastante. Así como cuando les enseñas a, no sé, a caminar o hablar a un niño, hay que enseñarles a comer, desde que empiezan su alimentación complementaria. Esto es algo que he venido analizando todo esto desde que ya llevo, ¿cuántos años? 5 años de operada. Yo siempre como que, como que uno comienza a reflexionar, ¿qué hubiera pasado si hubiera tenido una mejor alimentación desde niña? Quizás no hubiera tenido que llegar al extremo de Operarme y es verdad, es verdad. Antes se pensaba que el niño entre más rechonchito, más gordito, que “métele colada en todo” y no, no es cierto. Hay veces que hay niños gorditos, que son desnutridos porque no se les dan los nutrientes adecuados y bueno, mi mamá venía de una tradición parecida a esa. Mi mamá poco a poco fue cambiando, todavía tenía algunas cosas arraigadas. Yo sí he reflexionado que, así como se le enseña a hablar, como se le enseña modales, como se le enseñan matemáticas en la escuela a un niño, hay que enseñar a comer al niño. La nutrición, que se incluya todo tipo de comida, darles prioridad a las proteínas y creo que ahora poco a poco las cosas están cambiando.

César: Ahí usted dijo una comparativa, sobre que enseñar a un niño comer es algo vital y algo importante como lo que es enseñarle a caminar lo que es enseñarle a hablar, que es como un acompañamiento. Me pareció una buena perspectiva porque justamente va relacionada con la siguiente pregunta, ¿cómo se puede trabajar en la construcción de una relación saludable con la comida desde la infancia?

P1: Bueno, me parece interesante, ya que todo ese tipo de preguntas son cosas que he analizado estos 5 años de operada y me salen incluso a veces videos que me hacen ruido, sobre todo de alimentación en los niños. Yo no soy mamá todavía, pero tengo sobrinos, tengo un montón de amigas con niños chiquitos y se habla, lo bueno es que ahora se habla mucho de cómo alimentar a los niños apropiadamente. He escuchado del ahora famoso BLW, el que la nutrición es dejarle que el niño explore la comida, que coma hasta donde él quiera, y eso me parece bueno, claro, con vigilancia. Yo también soy doctora, así que, pues que también veo el cuidado y la parte nutricional y, ¿por qué? Porque como antiguamente se creía, al niño se le servía un platote y creían que el niño tenía que acabarse todo y a veces el niño estaba lleno o no sé, no quería una textura y ya decían que era mañoso, pero este se lo hacía la fuerza y los rellenaban como pavitos, así como chanchitos tampoco es bueno, ahí se crea una mala relación que la comida. Tengo a mi esposo que no es gordo, pero mi esposo tenía el trauma de que él no podía dejar nada en el plato, por más de que estuviera lleno pero, ¿por qué? Si ya estás lleno ya no tienes que seguir comiendo. A veces son traumas que uno tiene desde niño ¿Entonces podríamos mejorar? Desde que comienza la alimentación complementaria del niño, ya sea que tú elijas el método BLW o papillas tradicionalmente, que sea una alimentación que vaya incluyendo todos los nutrientes, principalmente proteínas, vegetales, carbohidratos y algo de grasa. Tratar en los primeros meses no aderezar mucho las comidas, no se debería ni siquiera usar sal porque los riñones de los bebés todavía son inmaduros. Tener mucha paciencia; yo no soy mamá como digo, pero soy doctora, los niños imagínate, a 6 meses a punta de leche, ya sea materna o fórmula y de pronto pum, le pones una verdura o algo que nunca en su vida ha visto, obviamente quizás te la rechace, quizás te la bote, quizás solo juegue con eso, porque nunca en su vida ha cogido algo similar a eso, se lo ha metido a la boca y se lo ha comido. Es una forma de aprendizaje, está en su cerebritito, está asimilando de que esta cosa se come, entonces paciencia, mucha paciencia sugeriría yo y eso. Eso diría yo.

César: ¿Una cuestión de paciencia...? Y bueno, y ahora que ya hablamos de los infantes, de la niñez, ahora la hemos de su experiencia post cirugía. Respecto a la cirugía bariátrica, ¿estas logró eliminar sus ganas de comer?

P1: Bueno, todo el mundo, siento hambre cuando tengo que comer, pero a ver: si te refieres a la ansiedad ha bajado, pero te miento si te diría que al cien, ¿no? ¿Por qué? Porque soy humano, a veces me estreso y he tenido esta costumbre por toda la vida de buscar que picar. Entonces sí me pasa, sí busco algo de picar. Lo que sí estoy tratando es de controlarlo, de saber si es que es necesario. No picar, trato de estar consciente: “no, no tengo hambre, lo que pasa es que estoy estresada” y si ya por mucho (rato) si trato de buscar opciones saludables. No sé, buscar nueces o un chocolate que sea reducido en azúcar, solo como con 80% de cacao o a veces a mí me gusta mucho cocinar, entonces yo hago mis propios postres bajos en calorías, bajo en carbohidratos. Entonces hago como un *cheat meal* pero no tan “cheat” porque es este nutritivo, alto en proteínas. Mi nutricionista, que es la que me ha seguido en el proceso de todo esto, me dice que cuando sienta eso trate de tomar algo, conseguir algo alto en proteína o hidratarme, porque a veces confundimos el hambre con deshidratación.

César: Mmm... Si veo como el hambre puede tomar muchísimas formas, es decir, como que esto de “tengo hambre”, pero en realidad está deshidratado, “tengo hambre” pero en realidad “tengo ansiedad”, “tengo hambre” pero en realidad me siento preocupado, estoy estresado... Tiene bastantes formas de abordar este, por decir “estímulo” ¿Y qué tal se siente ahora con su nueva imagen? Cuéntame esa experiencia.

P1: Ah, pues muy bien, pero la gente piensa que la bariátrica es mágica, que ya nunca más te tienes que preocupar y es mentira. Es una segunda oportunidad para tratar de hacer las cosas bien en realidad y tiene que aprender a hacer un cambio total de estilo de vida. Yo tampoco soy la panacea de “que bestia, la chica más *fitness* del mundo”, ¿no? No lo soy, me gustan los chocolates, pero trato buscar siempre opciones saludables. Salgo a comer con mi esposo, soy una persona normal, pero trato de cuidarme. La cirugía bariátrica, si no la cuidas, puedes volver a subir de peso, he visto un montón de casos. Entonces yo hago ejercicio, yo trato de estar hidratada, trato de que mi comida priorice proteínas y bueno, antes tomaba vitaminas. Ahorita ya no es necesario, pero cuando era tomaba todos los días mis vitaminas, tienes que ser responsable. Sí te sacrificaste por una cirugía tan, tan intensa, tienes

que tratar de ser el responsable de eso y sí, si me siento bien, ¿para qué? Esto es bueno, es un cambio de vida completo, pero bien sacrificado.

César: Bueno, lo importante es que igual tomó su medida, se apegó a la dieta porque eso de que no es una solución mágica no es como que, me dice, que directamente se hace la cirugía y “pum” bajó mágicamente peso, sino que algo se puso de su parte también.

P1: Sí, sí, pero como como le digo, si uno no se cuida apropiadamente puedes volver a subir el peso.

César: Y como última pregunta, justamente ahora que estamos tocando ese tema, ¿cómo ha logrado evitar el impulso a comer después de la cirugía?

P1: Um, pues, como le digo, la cirugía ayuda porque si quiero comer, como, pero poquito y también la educación, osea, tuve una reeducación de cómo comer. Lo que debía aprender de niño recién lo aprendí de adulto, en que la comida no es tu enemiga, lo importante son las porciones. Darles prioridad a cosas más saludables que cosas menos saludables. Puedes darte un gusto, no somos robots, no vinimos aquí a sufrir, pero digamos que en tu comida tratar de priorizar lo más sano y coger la costumbre de hacer ejercicio. No digo que te mates en el gimnasio (también ya pasé por esa etapa) sino que lo hagas también por tu salud y sobre todo, fuerza muscular, porque llega un punto en que esto ya no es estético sino ya el agarrar masa muscular te ayuda a tu vejez, al futuro de tu cuerpo, eso. No es fácil: los cuidados postoperatorios, las complicaciones, los efectos adversos, los efectos secundarios son muchos. Son cosas que nadie te cuenta después de la cirugía, entonces si alguien quiere hacerse tiene que estar dispuesta a sobrellevar todo eso y saber a qué te atienes.

César: ¿Usted tuvo acompañamiento de psicólogo por si acaso en todo este proceso?

P1: Sí, claro: antes, durante y hasta después del tratamiento.

César: ¿Y qué tal? ¿Cómo fue su experiencia con el psicólogo?

P1: La primera vez fue extraño, porque nunca había ido con una psicóloga o este nunca había ido con una psicóloga que yo recuerde, se sentía raro. Me acuerdo de que no sé si fue la primera o una de las primeras veces que fui, pero esas citas fueron por obligación, porque era parte del requisito para operarse, tener ciertas sesiones de psicología y una entrevista y todo eso. Me

acuerdo que yo les dije a la psicóloga que me siento como si estuviera en un confesionario, como confesándome con el cura (rie), pero luego como que ya agarré confianza y fui contándole y contándole e incluso ahorita ¡De alta de psicología ya estoy por la bariátrica! Pero tuvimos tan buena relación con mi psicóloga que seguimos teniendo ciertas sesiones, ya por otros temas

César: Usted considera que bueno, usted me dice que ya le dieron de alta por la bariátrica en el psicólogo; sin embargo, ¿usted cree que de pronto los que pasaron por ese proceso no deberían como que ser ya dados de alta a cierto punto, sino tener un proceso continuo para poder trabajar todas esas ganas de comer?

P1: Sí sería bueno. Si lo recomendaría, por lo menos tal vez cada 3 meses.

ENTREVISTA A P2

César: La pregunta número uno es: ¿En qué momento sintió que su sobrepeso era un problema?

P2: Yo llegaba al trabajo y lo primero fue la vista, me falla la vista. Llegada al trabajo y al momento de parquear no medía bien las distancias de los postes que dividían los parqueaderos, luego sentí a que me agitaba mucho al respirar, respiraba con agitación. Me fui a hacer ver y me dijeron que era hipertensa, luego me salió un uñero y el uñero demora en cicatrizar después de sacármelo, me detectaron que tenía diabetes grado 3, desde ahí me di cuenta de que era por el sobrepeso, que estaba como dañando mis órganos.

César: Entiendo, ¿y entonces incluso la vista se ve afectada por el sobrepeso?

P2: Si por la glucosa, lo elevado de la glucosa, por la diabetes.

César: ¿Y usted, considera que la ingesta de comida excesiva es una forma de aliviarse o enfrentar alguna situación emocional? ¿Sí, no, por qué?

P2: Bueno, realmente mi sobrepeso no era por la ingesta de comida, porque no es que yo comía mucho, era por el sedentarismo.

César: Mmm, sedentarismo...

P2: Sí, por sedentarismo era más lo que me engordaba, el sedentarismo, no la ingesta, en sí, de bastante comida. Era el dulce.

César: ¿Y por qué optó por un estilo de vida sedentario?

P2: Por la edad. Cuando uno ya pasa los 35 años ya como que se siente agotada, cansada, el metabolismo va más lento... Uno se siente más agitada.

César: Entiendo, y aun así usted hasta ese punto no se había planteado de sus hábitos hasta que enfermó.

P2: Sí. Intenté ir al gimnasio varias veces. Cuando no había quien me acompañe no iba, me daba cuenta de que yo yendo al gimnasio estaba bien, no estaba con sobrepeso, incluso me sentía como que más ligera, como más joven y todo, pero cuando no había quien me acompañe no iba y volvía de nuevo a la rutina del sedentarismo.

César: Oh, entiendo. ¿Usted considera que, de pronto, los estigmas sociales y culturales afecta a las personas que tienen sobrepeso u obesidad?

P2: Claro, son objeto de burla, de menosprecio. También me pasó muchas veces en mi vida laboral.

César: ¿Me puede contar alguna experiencia por favor si es posible?

P2: Había una secretaria que estaba enamorada de un compañero mío de trabajo y mi compañero, como me veía gordita, le gustaba ayudarme a llevar procesos de mi secretaria y la otra secretaria, la que me hacía bullying, se sentaba al lado de la secretaria con la que yo trabajaba y un día se hizo la que estaba hablando por teléfono con alguien y le dijo a mi compañero (o sea, no le dijo a mi compañero en sí, dijo en la llamada) “sí, a ese ahora solo le gusta andar con grasa”. Entonces seguía hablando, así como tirando indirectas y mi compañero no la tomó en cuenta si no que siguió caminando, dice, “bueno, me voy a comer mi arroz con menestra y chuleta”, y me llevó, y dijo “es que hay que ser sarcástico con estas tipas”, o le preguntaba “¿y tu amiga la puerquito?, así.

Entonces era ella más, de ahí no, no tenía problema, pero, por ejemplo, mi hermano se operó también, una cirugía bariátrica. Él también, por ejemplo, si peleaba con alguien, siempre, mi hermano era muy guapo, muy inteligente, estudiado, pero cuando peleaba con alguien, lo querían minimizar, refiriéndose a su gordura. Decían “ah sí, bola de grasa” o “seboso”, cosas así y mi hermano también tomó la decisión de operarse, pero no con buena suerte porque en operación le perforaron los intestinos y falleció.

César: Entiendo.

P2: Entonces yo opino que sí, que sé que casi todas las personas gorditas los minimizan o los hacen sentir mal por ser gorditos.

César: Entiendo, o sea usted si puede confirmar que hay ciertos estigmas sobre las personas obesas

P2: Sí, Claro.

César: Y, por si acaso Aparte del diagnóstico que le dieron a usted, ¿estos estigmas en algún momento le hicieron plantearse la idea de bajar de peso, de cambiar su imagen? ¿Sí, no, por qué?

P2: O sea, no era por la imagen en sí porque gracias a Dios, mis padres me criaron con la autoestima bien alta y todo eso. Yo tengo muchos estudios superiores, soy inteligente, fui reina de belleza cuando fui jovencita, fui tercera Reina de Guayaquil. O sea, yo no me sentía mal, solo le estoy diciendo que esa secretaria me hacía bullying. Sentirme mal yo con mi cuerpo no, lo hice porque me daba cuenta lo de mis ojos, mis ojos estaban fallando y cuando me fui a hacer ver, me dijeron que era de que tenía diabetes en grado 3 y que eso me iba a seguir dañando mis órganos, el hígado, el páncreas, los riñones... Entonces tenían que extraerme la glándula que me creaba la resistencia a la insulina por medio de una bariátrica.

César: Entiendo, ¿Y qué siente usted que por dentro de pronto la puede impulsar a comer algo, a estar sin hacer otras actividades a pesar de no tener hambre?

P2: O sea, sí me da hambre si como, no mucho, pero sí como, lo que pasa es que ahora, cuando me hicieron la cirugía bariátrica, yo ya me sentía más ágil, ya no me sentía tan cansada, ya no me daba sueño. A las personas gorditas les da full sueño, no entiendo por qué, pero las personas, mientras más gorditas están, sufren de sueño y a mí me daba mucho sueño, pero yo cumplo todas mis actividades, es más, luego de la operación me levanto más temprano. No me da sueño en todo el día, sino ya está la noche, entonces puedo cumplir con todas mis actividades y eso es bueno porque es como que mi metabolismo, como que tengo un metabolismo más acelerado, o sea, me siento como más joven.

César: Y, ¿considera usted que las malas experiencias o momentos fuertes en la vida tienen que ver con las ganas de comer? ¿Por qué?

P2: ¿Momentos fuertes en la vida?

César: Ajá, Momento fuertes, malas experiencias, situaciones críticas, ansiedad...

P2: No a todo el mundo le da eso, o sea, ¿cómo que me deprimó y como? No, pero, por ejemplo, mi mamá, que era gordita, ella si ella se deprimía y comía. Comía, era como una manera de aliviar su dolor o mantenerse entretenida, pero a mí no me dio eso, yo no, como le dije yo no me engordé porque comía demasiado, yo me engordé por el sedentarismo porque ya me sentía pesada, me sentía cansada, agotada por eso. Por eso me engordé. Pero de ahí, nunca he comido tanto.

César: ¿Y qué rol tiene la familia y la sociedad en el manejo del límite en la alimentación?

P2: Bueno, sí, hay gente que, por ejemplo, a mí decían “uy, ¿y todo eso te vas a comer?” y yo sabía que no me lo iba a comer todo y comienzan con que “uy por eso es que estás gordita”. Mi mamá era gordita y se hizo una manga gástrica y bajó de peso, pero nunca fue flaca, nunca fue delgada, siempre siguió siendo gordita, no extremo como estuvo antes, pero estaba gordita y lo que me decía es “ay, estás joven” y “¿todo eso, te vas a comer?” y “no ves yo, que estoy vieja, estoy formadita” y yo le decía “claro, si ya te hiciste una cirugía bariátrica, que ya no pesas no sé cuántas libras, obvio que está formadita”. Ojo que yo, en el sentido de que, si me quieren molestar o hacer sentir mal, no lo lograron, a mí no, pero sé que hay personas que hasta se suicidan por esto de que los hacen sentir mal por su aspecto físico, pero a mí no, no me pasaba eso, ni con la familia, ni con amistades ni nada.

César: Entonces tomando en consideración todo esto, ¿cómo se podría trabajar en la construcción de una relación saludable con la comida desde la infancia?

P2: Bueno primero, yo creo que deberían comer a las horas porque muchas veces el estómago tiene un reloj biológico, entonces uno, según yo leí uno, apenas se levanta 20 minutos después que ya comienza, arrancan sus organismos a funcionar porque uno ya está en actividad. Debe consumir algo para empezar y luego desayunar, comer; los jugos gástricos comienzan la circulación de 3 horas y media a 4 horas, entonces comer cada 3 horas y media a 4 horas hasta antes de dormir, algo ligero algo así.

No sé, incluir verduras, frutas, pero no frituras, pues ahora están esos aparatos de freidoras de aire, que a la final la comida queda igual que frita que en aceite, solamente que no están embebidos en aceite y no consumimos el aceite que ya se queda en el cuerpo y que es difícil de sacarlos porque la grasa visceral por más que uno se mata haciendo ejercicio es difícil sacarla del cuerpo y el consumo de aceite, frituras, va directo a las vísceras del cuerpo.

Entonces es difícil, por eso desde niños es que hay que incluirles lo que es verduras y frutas, proteínas, las proteínas tienen grasas que son grasas buenas, por ejemplo, el huevo es proteína, hay que incluirlo en una dieta diaria, pero es la grasa saludable.

Así considero yo que desde el desde niños hay que enseñarles a alimentarse bien.

César: Excelente, excelente. Hemos hablado de la familia, pero ¿qué hay de la sociedad? ¿Qué hay del rol de las instituciones? La escuela, quienes nos rodean y así mismo los medios de comunicación, ya sabes, la oferta capitalista que oferta la cirugía bariátrica, que los métodos reductivos, la publicidad de redes sociales que dicen “vamos acéptate como tú eres, está bien como tú te ves” a la vez que presionan como que tienes que cambiar, que no sé qué...

P2: Bueno, yo opino que lo que usted me dice de las ofertas, de que las cirugías que todo esto, o sea, decirle que, por ejemplo, tengo una prima que es bien gordita, bien gordita, pero ella cree que lo único gordito que tiene es su barriga, sus brazos, entonces dice “me lo voy a sacar”. Yo digo “¿Por qué mejor no bajas de peso? Primero baja de peso y después si te queda alguna piel colgada o algo, te haces

tus retoques o vas en el gimnasio”, pero es verdad. Es malo eso de las cirugías que las ofertan, o sea, a mí la verdad es que yo lo hice por salud, porque como le dije ya me estaba afectando a mis órganos, me estaba afectando ya la vista, ya era hipertensa, o sea, que está afectando el corazón y así ya me estaba afectando el páncreas, ya tenía yo este como que vomitaba ácido, pues a mí sí me estaba afectando y yo lo hice. Mi cirugía no fue por estética, sino por salud.

En cambio, mi prima quiere hacerse cirugías estéticas y cree que así va a bajar de peso, que así se va a ver más bonita, entonces esto sí. Y sé que

algunos médicos que ofertan estas cirugías estéticas en sí son sinceros y dicen “tiene que bajar de peso primero, por su salud, porque si no la cirugía ni siquiera le va a servir porque usted va a volver a recuperar y hasta ganar más peso y se va a ver mal”. En cuanto a las, por ejemplo, hay personas/instituciones que hacen publicidad, por ejemplo, esta chica, *karlafitness*, ella incluso ha ofertado cursos gratuitos de alimentación y de ejercicio. Claro que la gente tiene que madrugar porque ella empieza su rutina de ejercicios a las 6 de la mañana y envía los links gratuitos para que uno vea, incluso les envía las recetas que tienen que comer, o sea, como que tratan de ayudar a la sociedad, hay personas que tratan de ayudar a la sociedad, mientras que otros no.

Por ejemplo, los KFC, los Burger King ofertan comidas chatarra. Sé que en algunos países están prohibido esto. Por ejemplo, antes en las escuelas regalaban galletas y cosas que eran como con gluten, que también hacen daño al organismo, pero mientras, por ejemplo, les daban una funda con harina como de plátano para que hagan la dieta los padres, un día un padre, otro de otro padre, y eso es lo mejor porque era de plátano natural, ahorita no. Les dan esos juguitos de tetra pack que son con aditivos que no son naturales o unas galletas que tienen gluten, eso es lo que dan ahora en las escuelas, cuando antes les daban frutas, regalaban fruta, esas coladas, pero bueno, así la sociedad y la economía del país.

César: Mmm, la verdad que me ha llamado bastante la atención como usted lo ha abordado, ha tocado bastante lo que es el tema sobre incluso los hábitos de consumo, dependiendo de diferentes países, depende del lugar, o sea, qué es lo que pueden ofertar también para que las personas puedan comer y nutrirse de esa manera.

P2: Bueno, en Estados Unidos, en las escuelas dan Sánduche de jalea de mora mezclada con maní. El maní es una fuente de grasa natural y aparte es para el cerebro. Aquí no, aquí ni siquiera los niños les incluyen el maní en su dieta diaria y el maní es super bueno, por eso es que nos dicen a nosotros tercermundistas, pero en otros países tienen mejor alimentación. En Europa también el maní, mire que ellos no producen maní, tienen que importarlo, pero sin embargo el maní va en los desayunos de los niños, de las escuelas que son públicas, pero aquí nada, juguitos con galletas.

César: Y ahora, retornando a lo de la cirugía bariátrica, ¿esta logró calmar las ganas de comer, regular el hambre? ¿Cómo?

P2: Bueno, como le dije lo mío de engordarme, no era por comer mucho, no era por comer en exceso, lo que sí tenía era deshoras de comer porque mi sueño, o sea como que ahorita yo me puedo levantar 5:30 de la mañana, me preparo mi comida, ya me preparo mi desayuno, almuerzo, cojo una lonchera y me lo llevo, pero antes mi sueño podía conmigo y a las 7 de la mañana recién me estaba despertando para bañarme, alistarme e irme al trabajo y por allá me compraba un bolón o me he comprado algo, grasa, porque lo que venden son que patacones... Que bolones... Que encebollado...

Entonces realmente es eso, porque yo ahorita, si yo me propongo levantarme a las cuatro porque tengo ganas de comerme un caldo de pata, me levanto a las cuatro. O sea, antes mi sueño era tan pesado y ahorita aparte de eso, o sea, como no duermo en todo el día, no puedo pegarme la siesta que antes me pegaba en la tarde me la pegaba en el trabajo mismo. Terminaba de almorzar y me dormía en el escritorio 30 minutos, 40 minutos y todo eso era perjudicial porque te engorda, pues terminas de comer y duermes. En la mañana también, terminaba de desayunar y me daba sueño, en cambio ahorita no. Yo me levanto a las 4 de la mañana, paso despierta, igual todo el día, toda la tarde, hasta la noche que ya me toca dormir de nuevo.

Aparte, lo de la cirugía bariátrica hace que me dé hambre a la hora que tengo que comer. Yo 6 de la tarde ya tengo hambre, en mi casa me dicen “ahora comes a cada rato y estás flaca”, pero me da hambre. Cada 3 o 4 horas me da hambre y me tengo que meter algo porque tengo hambre, antes no, antes no me daba hambre. Mi comida era comida chatarra. Ahorita, por ejemplo, ya mañana me hago un panqueque, un huevito, un juguito y me lo llevo; si no desayuno en la casa me lo llevo y para la tarde como normal. Antes ya 10 de la noche me daba hambre de nuevo y comía lo que había, en cambio ahorita no, a las 6 ya me hambre y ya como y ya no me vuelve a dar hambre a las 10 de la noche, sino que ya más bien me da sueño, o sea, como que el metabolismo se me reguló y con el metabolismo, los horarios alimenticios.

César: Interesante, o sea, usted me está diciendo como que usted no presentaba problemas como que para lidiar con la ingesta de comida y todo

eso, sino que su problema, iba para otro lado y en este caso, pues más que nada, como que le ha regulado a nivel biológico su apetito, ¿verdad?

P2: Sí, porque antes por el sueño tenía deshoras de comer.

César: ¿Y qué tal se siente con su nueva imagen?

P2: Bueno le contaré que yo toda la vida fui delgada, yo me engordé ya a la edad adulta cuando tenía 33 años, empecé a engordarme, como hace 7-8 años atrás, pero era por lo mismo, por el metabolismo que iba más lento, el sedentarismo. Yo decía que como mi economía está bien no tengo que sacrificarme trabajando, tengo sueldo fijo, entonces me dedicaba solo a mi trabajo, mi trabajo era estar sentada, eso.

César ¿Y cómo es que de ser una persona delgada pasa a un estilo de vida sedentario que le termina haciendo subir de peso, incluso conllevando estos problemas de salud?

P2: Porqué como le dije cuando uno ya llega a cierta edad, se siente cansada, agotada, ya que el trabajo, los estudios, los hijos... Entonces ya uno se olvida de uno. Se olvida de la imagen de uno, antes yo era de las que iba al gimnasio y me cuidaba mucho en la comida, o sea, no es que comía siempre mucho, no, pero me cuidaba las comidas de lo que consumía, luego ya no me cuidaba en el consumo, ¿sabes qué? Me compraba tarrinas de arroz con menestra y carne y ya en cambio no. Me preparaba que un sándwich con huevito con algo así yo mismo, pero no, se me antoja que el arroz con menestra y ya pues “tráeme comprando eso”, así ya por el tiempo, por lo que ya estaba cansada. Entonces cuando una persona ya va entrando a los 30 y pico ya uno se siente agotado y eso es lo que hizo que me engorde, ya me daba pereza ir al gimnasio y así.

César: ¿Y cómo ha evitado el efecto de rebote, o sea, para no volver a subir de peso?

¿Cómo ha logrado también cambiar esos hábitos alimenticios? Porque me dice, como que se regula el metabolismo, sin embargo, también porque ya dejó ciertos hábitos de consumir ciertas comidas, como que más grasosas, como que, en ciertos momentos, como que decir “ah, se me antoja el arroz con menestra, entonces ya no, entonces voy a comerlo”. ¿Cómo es que logra cambiar eso?

P2: Eso es que ahorita yo como lo que sea, ahorita como lo que sea, pero la cirugía me ayuda a... Cuando es una bariátrica, el intestino lo hacen más pequeño, entonces uno come y ya al siguiente día, botas lo que no le sirve a tu cuerpo. O sea, vas al baño, botas lo que no le sirve a tu cuerpo, entonces el punto sería no te vuelves a engordar, pero hay personas que hacen que su estómago crezca, entonces yo no, yo ya me siento saciada, comí lo que tengo que comer, ya me siento saciada, ya no sigo comiendo. Hay personas que siguen comiendo y ahí es cuando se les hace el rebote de la cirugía, les da ansiedad, yo no tengo eso, no he vuelto a subir, me mantengo. Es más, a veces creo que me he engordado y me peso y sigo teniendo el mismo peso.

César: ¿Usted nunca presentó ansiedad, una sintomatología de ese tipo?

P2: Ansiedad en comer no, me da ansiedad el encierro, estar encerrada así en cuatro paredes y solo ver lo mismo, eso me da ansiedad y tengo que salir o hacer cualquier cosa, pero comer no, no me da ansiedad.

César: Entiendo, algo así como lo que ha pasado con el sedentarismo.

P2: Mmm si.

César: Está bien, bueno, esas fueron todas las preguntas.

ENTREVISTA A P3

César: ¿En qué momento sintió que su sobrepeso era un problema?

P3: Porque me dolía mucho el coxis. Me dolían las piernas y se me hinchaban las pantorrillas.

César: ¿Y en su vida diaria?

P3: Era a diario. A veces venía y desaparecía.

César: Claro, pero más allá de lo físico me refiero

P3: En mi vida diaria...

César: Ajá, como en sentido emocional, su relación entre personales...

P3: No me quedaba mi ropa, de lo que he tenía sobrepeso, tenía la cara muy redonda y tenía que por lo general ponerme ropa ancha. Tenía mucha celulitis. Se me hinchaba el estómago.

César: ¿Y usted, considera que la ingesta de comida excesiva es una forma de aliviarse o enfrentar alguna situación emocional?

Paciente: A veces no es que comía mucho, sino que comía en desorden por el estrés que tenía y picaba y comía cosas dulces y también a veces tomaba alcohol.

César: ¿Entonces, usted considera que ese consumo que usted hacía desordenado era alguna forma de enfrentar de aliviarse?

P3: Sí, un poco sí, de cómo que quitar el estrés.

César: ¿Qué situaciones le estresaban?

P3: Mi trabajo y problemas familiares.

César: ¿Y cómo considera que cómo afectan los estigmas sociales y culturales a las personas con obesidad?

P3: ¿A las personas con obesidad? Tal vez que no se sienten bonitas, agradables, ni con ellos ni para otras personas, entonces se cohíben.

César: ¿Y qué clase de estigmas cree que pueden aparecer sobre las personas con sobrepeso u obesidad?

P3: No sé... O sea ¿Heridas en tipo los estigmas del público o la autoestima?

César: Todo lo que esté considera como un estigma.

P3: No sé, yo considero que sería, por ejemplo, un desajuste psicológico, ansiedad, baja autoestima, depresión, poca disciplina, enfermedades cardíacas, presión arterial alta, colesterol alto...

César: Pero con los estigmas nos referimos a los estereotipos, las ideas previas que tienen las personas sobre las personas que tienen sobrepeso, todo eso que se construye.

P3: Por ejemplo, depresión, problemas sociales. Porque afecta la relación con los demás, a veces hasta problemas de integración social, depende del tipo de obesidad que tenga, o actitudes negativas y discriminatorias y a otras personas que tienen obesidad.

César: Excelente. ¿Qué clase de actitudes discriminatorias?

P3: Actitudes discriminatorias ejemplo que no te invitan a reuniones o no sé, no entras en el círculo de personas que hacen deportes y son fitness.

César: ¿Y en su propia experiencia, qué siente usted por dentro que la impulsa a comer a pesar de no tener hambre?

P3: Es que ya no como, ya no como. Ya he cambiado mi alimentación.

César: Sí, pero ¿cómo usted definiría ese impulso entonces que usted sentía por dentro?

P3: Como estrés, la verdad.

César: Estrés. A ver, continúeme contando un poco de estrés, por favor.

P3: Ya te dije, pues yo tenía estrés laboral, estrés aquí en la casa, mucho sobrecarga encima, entonces a veces, por ejemplo, que comía de gula o tomaba entonces, eh, comía comida chatarra, solo comida en la calle, no cuidaba mi alimentación.

César: ¿Considera usted que las malas experiencias o momentos fuertes de la vida tienen que ver con el impulso a comer? ¿Por qué?

P3: Creería que sí, porque uno no tiene un control 100% de sus actos porque tiene un desajuste psicológico y muchos de esos desajustes te hacen entrar en depresión. Y la depresión no solamente te lleva a no comer. Hay algunas personas que lo canalizan comiendo y teniendo malos hábitos alimenticios.

César: Y dentro de todos estos malos hábitos, estas costumbres que uno tiene en la vida adulta, adolescente, fuera de casa... ¿Qué rol tiene la familia y la sociedad en el manejo del límite en la alimentación?

P3: ¿Perdón?

César: ¿Qué rol tiene la familia y la sociedad en el manejo del límite en la alimentación?

P3: ¿La familia? Bueno, yo creo que si la familia ve que tienes un desorden alimenticio que estás comiendo y no te habla o no te dice las cosas pues también está contribuyendo a que tú sigas en este desorden, porque a veces no solo es la familia, sino que por lo general son personas que viven solas y que no tienen a su familia cerca.

César: ¿Y la sociedad?

P3: La sociedad es que la sociedad es consumista y que hay mucha comida dañina para tu organismo, que te provocó, no solamente comida, sino también bebidas. Entonces la sociedad en sí no hace una reflexión sobre la alimentación o los productos que está vendiendo a las personas.

César: ¿Y qué opina usted de todo esto, de la sociedad del consumo? Es decir, que hay ofertas para bajar de peso, las pastillas reductivas, cirugía bariátrica, téis mágicos, todo esto para moldear la imagen...

P3: O sea, es consumo y demanda porque no está 100% comprobado pues que las pastillas o los téis te hagan bajar de peso o no te causen, por ejemplo, las inyecciones que se ponen para bajar de peso, repercusiones en tu salud

porque siempre existen efectos secundarios. Entonces hay personas que tienen diferentes tipos de obesidad: obesidad uno, obesidad dos... Entonces recurren a lo más fácil: a tratar de bajar por medicamentos, pastillas o liposucciones, manga gástrica en lugar de coger y tomar conciencia y valorar y hacer una dieta con ejercicio y comer comida saludable.

César: ¿Y qué considera usted de las redes sociales? En el sentido de todos estos mensajes que son muy positivos de que aceptemos la diversidad corporal, el como somos, los cuerpos diversos...

P3: Eh sí, pero dentro de “los cuerpos son diversos” no tiene que ver con la obesidad, porque la obesidad te causa pues problemas a futuro, ¿no? No he visto la verdad 100% de redes que te hablan de estos temas, pero la mayoría de las redes siempre te está hablando de los ayunos intermitentes, de la comida saludable. De esto te está hablando de las redes o tal vez las aplicaciones que yo veo, que yo sigo, hablan de esto de aquí, me muestran eso en publicidad, más no es lo que tú eres.

César: Y todos estos mensajes que justamente apuntan, en cambio, al cambio de la imagen y todo eso, ¿cómo la hacen sentir?

P3: Está bien porque ese tipo de imágenes, de aplicaciones, de ejercicios que hay como que te motivan a seguir entrenando y no solamente para tener un buen cuerpo, no solamente para no tener obesidad, sino por cuestiones de salud, porque la obesidad también genera diabetes, genera hipertensión, entonces te van concientizando un poco del estilo de vida que tú tienes. Ahora la mayoría de las personas pues ya no tiene un periodo de vida tan largo, sino hay personas que ya a los 25, 30, 35 años ya tienen, eh, comienzan a tener enfermedades preexistentes por el tipo de alimentación, entonces sí, en cierta parte te ayudan a concientizar de tu salud y de tu cuerpo.

César: ¿Y qué opina de aquellas personas que ven estos mensajes optimistas sobre el cambio y aun así no optan por cambiar aquellos que ya, como usted me dice, tienen estos problemas graves de salud y aun así se mantiene?

P3: Bueno, yo creo que esas personas pues ya deberían tener ayuda más profesional, como ayuda psicológica, pero todo depende también de la voluntad que tenga la persona y de la aceptación, porque hay personas que no aceptan y que no quieren comprometerse con su salud.

César: Hablando de compromisos con la salud, respecto a la cirugía bariátrica, ¿esta logró eliminar las ganas de comer?

P3: Yo no me hice una cirugía bariátrica, yo me puse un balón gástrico, no sé si eso está dentro de una cirugía bariátrica, pero el balón gástrico lo que hace es se infla dentro de tu de tu estómago y eso te da una sensación de llenura. Al momento que yo me hice esta operación tenía una sensación de llenura, comía poquísimo, comía como pajarito, bajé muy rápido de peso. También me deshidraté, tenía reflujo, me tocó tomar pastillas y remedios, me daban ganas de vomitar, tomaba pastillas para apaciguar el vómito también. Después de tanto vomito tuve una como una fisura de la fuerza que hacía para para vomitar. Entonces, al menos un balón gástrico si es una cirugía, o sea, sería considerada una cirugía invasiva, pero también tiene que ver con el tipo de organismo y el cuerpo de cada persona, porque toda persona es diferente. Pero ese fue mi caso.

César: ¿Y si le ayudó a eliminar las ganas de comer?

P3: Claro. Me sentía saciada, también se me hinchaba en la barriga y me entraba hasta muy poquita agua. Bajé muy rápido de peso.

César: ¿Y qué tal se siente ahora con su nueva imagen? Cuénteme su experiencia.

P3: He dejado de comer, trato de comer menos comida chatarra, pero me ayuda mucho hacer ejercicio. Me siento bien, ya sería parte (SE CORTA EL AUDIO)

César: ¿Puede repetir su última respuesta, por favor?

P3: Que sería ya parte el ejercicio de tu rutina de vida.

César: ¿Y cómo ha logrado evitar el impulso de comer?

P3: Estando más activa, haciendo ejercicio y comiendo de manera saludable, jugos verdes.

ENTREVISTAS A EXPERTOS

ENTREVISTA A PSICÓLOGA

César: Primera pregunta: desde el psicoanálisis, ¿cuál es la lectura que se le da a la obesidad?

Psico: Bueno, al inicio un poquito manifestabas y es esta parte a nivel pulsional, ¿no? Es este conflicto psíquico donde el cuerpo es el que se convierte en este escenario de fijación pulsional, ya sea como como una defensa frente a un hecho traumático, frente una angustia, frente algo podríamos decir “del goce”, pero por el lado de lo oral, entonces va por ese lado. Va por el lado de la fase y pues representa esa parte de poder tramitar o es esa defensa. Es un intento también de llenar algún vacío o algo que haya ocurrido en esa relación con la comida y ese afecto hacia la comida.

César: El afecto hacia la comida... Entonces, justamente esto nos puede llevar a la segunda pregunta, ¿por qué la comida se hace síntoma respecto al enfrentamiento de problemas emocionales?

Psico: Bueno, definitivamente esta función pues busca un lugar, ¿no? Un lugar desmedido, un lugar donde no hay control. Si lo ponemos en el lado del goce, pues esta insatisfacción y esta posición que el sujeto se pone para un poquito mitigar la angustia o esta falta a través de este acto oral, este acto de ingerir en entonces sí, esta parte de lo reprimido, de lo singular o de sustituir en esto que no tiene palabras como como puro real, por así decirlo, que se vuelve algo sustitutivo. La comida es una forma de querer afrontar los problemas, pero termina siendo un sustituto en esta dinámica funcional.

César: ¿Me puedes explicar un poco más eso de que se termina siendo un sustituto?

Psico: Ajá. No es un “quiero terminar resolviendo” o “siendo un objeto real de deseo” sino que más bien es un goce, un goce que no se termina. Es esa posición en donde lo que da es insatisfacción y para completar algo, una falta, pues que no va por ese lado.

César: Perfecto. Y si aquí ya estamos hablando como que un síntoma que busca lo que es resolver mediante lo real del cuerpo, que ya no vale el orden

de placer, sino que va el orden del goce, ahora hablemos un poco de la relación con el otro.

¿Cómo afectan los estigmas sociales y culturales a las personas con obesidad?

Psico: Ah, pues demasiado, de ley, recuerda que somos seres sociales y pues que estamos dentro de una cultura, estamos dentro de un discurso que muchas veces es muy veloz y pues de por sí estamos frente a alguien que podríamos decir que está

sostenido ante una enfermedad como la obesidad. Los estigmas sociales generan una presión que van a reforzar esto pulsional, van a reforzar este goce: una mirada, una palabra, una etiqueta pueden llevar a la vergüenza, pueden llevar al rechazo y pues eso va a aumentar ese acto compulsivo de comer como una forma de querer parar esta angustia o una forma de querer defenderme ante esta relación con el otro, porque todo es significativo en una relación con el Otro. Entonces sí, el discurso social sí va a imponer, y sobre todo por el lado del ideal, ¿no? El ideal de la sociedad, que es lo que impone entonces: si no me encuentro en ese lugar, pues sí va a afectar demasiado. Cómo te encasillan, como te etiquetarán o incluso sin que te encasillen y sin que te etiqueten, será enfrente cómo lo haces tú: frente a eso que lees, eso que ves en las redes sociales, frente a esa modelo que salió en la revista... Entonces eso impone ese ideal de imagen afecta, sí, de ley afecta.

César: Si, justamente en la tesis hay un capítulo que habla sobre el *Ideal del yo* y el *Yo ideal*, cómo esto se pone en juego. Como en sí el *ideal del yo* estaba bastante comprometido por esa visión social y cultural que hay y cómo el *Yo ideal*, ósea, esta solución que toma el obeso para poder llenar ese vacío de forma ineficaz termina chocando con esa parte.

Psico: Si, totalmente de acuerdo.

César: ¿Cómo se puede identificar si alguien utiliza la comida como una estrategia de afrontamiento emocional?

Psico: Sí, yo creería un poquito (CORTE)

César: Disculpe que le interrumpa, se cortó justo cuando empezó a contestar la pregunta, ¿podría repetir su respuesta, por favor?

Psico: Ajá. Te decía que justo un poquito la pregunta nos da una pista de cómo se puede identificar y es precisamente a la hora de esas emociones

intensas. “¿Cómo es esa relación afectiva con la comida?” justo en esos episodios. Entonces se pueden ver como atracones: demasiada intensidad, angustia, desesperación; sea por momentos de ansiedad, de tristeza, de frustración en esos patrones compulsivos, ¿no? En esos patrones compulsivos, donde una persona usa esta comida como una forma de mitigar o de querer acaparar esta situación de estrés, de ansiedad y pues claro, eso ya se ve en el caso a caso, en el análisis de la historia de cada sujeto y la relación que tiene con la comida, para poder entender la función de este síntoma, porque la final es un síntoma. Creo que va por ese lado de cómo se puede identificar.

César: Entiendo, entiendo... A la final, entonces, la forma de identificación es ver si es un uso sintomático de la comida.

Psico: Ajá, sí.

César: Por ejemplo, ¿usted cómo podría hablar de la comida que se usa para sobrevivir, para nutrir? Es decir, tendiendo a la pulsión de vida ¿Y cómo se podría decir que la comida es usada para desbordar, algo que ya guía algo más mortífero?

Psico: No sé si tú recuerdas esta película que se hizo, bueno, que se habló bastante.

“La ballena”

César: Ajá.

Psico: Ese es un claro ejemplo de esta parte compulsiva, de esta parte de defensa de iguales. Al final era una relación disfuncional con la hija y todo lo que manejaba a nivel de vínculos familiares, a nivel de vacíos y que lo quería llenar con la comida y pues era una relación demasiado desbordada. Ya incluso su salud se puso muy comprometida, porque ya los atracones eran demasiado ya patológicos, en donde ya se asfixiaba, no podía levantarse.

Entonces esto ya es como lo final; el inicio tuvo que haber sido de otra forma, pero me refiero a eso, lo desmesurado, a eso desbordado, a donde no estás comiendo, sino que solo te estás atacando. Entonces sí, esa es una forma de lidiar: no porque tengo hambre, sino porque ocurrió una inestabilidad emocional. Ocurrió algo que me llevó a lo real y me dejó ahí y no tengo nada, ningún fantasma, ningún velo que me ayude a simbolizar eso que en historia

está y que no está haciendo simbolizado, sino que solamente quiere salir como un goce con la comida.

César: Excelente. Me gustó bastante el uso de la palabra “atracón”, o sea, para comparar que “yo no estoy comiendo, me estoy atracando”. Estaba interesante justamente eso de ahí. ¿Cómo se relaciona la obesidad, la pulsión y el principio de placer en la búsqueda de satisfacción del sujeto?

Psico: OK pues bueno, la función, como te decía, es esta tensión, ¿no? Que busca satisfacerse a través de esta ingesta y pues el principio del placer es lo que va a hacer es que rige esta esta búsqueda inmediata de satisfacción y por eso es que vuelve otra vez esta función y genera conflictos porque es una relación tan específica y pues es un goce particular porque es un goce con la comida. Es un goce que va más allá del placer inmediato, porque es esto que tampoco me lo da la comida, es otra cosa y en la búsqueda de eso pues es se va haciendo más insatisfecho, más insatisfecho... Hasta que en esa búsqueda se logre simbolizar y significar.

César: Mmm. ¿Y qué opina usted de la operancia del principio de realidad en el obeso? ¿Qué tanto opera?

Psico: Pues bueno, como te decía, depende del caso a caso y la historia de cada uno, pero no es inmediata satisfacción. Opera, pero no es ninguna satisfacción para para el obeso.

César: Sí, porque igual los obesos todavía pueden convivir en comunidad, todavía pueden estar con ciertos límites, conocer la moral y todo eso. No es como que no haya un padre ahí sino que justamente como usted mencionaba es como que no hay una satisfacción dentro de lo que son esas coordenadas de la ley, o sea, en eso que podríamos hablar de *un padre suficientemente bueno* también. Ese padre que se le dice un *padre personal* y un *padre no personal*, donde el *padre personal* es esa figura con la que se identifica el sujeto y este *padre personal* es como una aspiración hacer, o sea, a pesar de que te limita igual, tú quisieras algún día ser también ese límite en algún momento. Y este padre, que es *impersonal*, es como decía Winnicott, que solo lo ve como un padre que limita, lo que genera cierto rechazo.

Estaba leyendo que en ciertos sujetos es como que hay una satisfacción por medio (del *padre personal*) de también ser algún día ese padre, pero hay personas que solo ven el padre como ese *no personal*, el cual solo ven como

“me limita”, “me frena” y como que está ese rechazo ahí. Por eso es como que hay un *principio de realidad* que es de obediencia, pero no hay una identificación con el goce de ser también algún día ese padre.

Psico: Claro, solo está pensado como ley.

César: ¿Y entonces, ¿cuál sería el rol de la familia y la sociedad en el manejo de la obesidad?

Psico: Un poquito se relaciona con la pregunta de los estigmas, ¿no? Incluye, y lo he dicho en las anteriores respuestas, que el sujeto tiene historia. Tenemos una historia y pues de ley en la estructuración psíquica de este sujeto se transmiten malos entendidos, malos dichos, significaciones sobre el cuerpo... Estas relaciones son con las figuras primordiales, que son madre, padre o quien haya sido cuidador. Esta relación con la comida se ejerce desde ahí desde un principio al momento de acudir a la demanda de alimentación. Cuando el bebé llora y hay que darle de comer, luego cuando ya va creciendo esta esta parte de la comida. Incluso hasta de ley juega la autoestima, entonces sí, también desde el psicoanálisis se puede leer como un síntoma familiar, como algo que se repite inconscientemente, incluso algo que es transmitido a veces ya de generación en generación y refuerza esa indicación a través del discurso sobre esa imagen corporal.

En el colegio recuerdo un caso de esta chiquita: estábamos haciendo esta campaña de nutrición con la UEES y el hecho de solo exponerla (porque no se la expuso) porque era algo que todos los niños tenían que hacer, subirse a una balanza, tomarle la medida pues a ella un poquito la desestabilizó o la incomodó porque era esto de enfrentarme a un cuerpo que en casa siempre lo están juzgando, siempre le están etiquetando. Es como que “no comas tal cosa porque te vas a poner más gorda”,

“no comas lo de acá, lo de allá” y exponerla, o sea, en su cerebritito, llevarla a esta situación para ella fue angustiante que incluso, si, en ese tiempo estaba Kelly, una psicóloga y le dijo “¿Me puedo pesar al final, cuando ya no quede nadie de mis compañeros, por favor?”.

Precisamente por eso, para que los demás no vean cuántos kilos, cuál es la medida porque, inevitablemente, se escucha y se comenta y porque se va cargando con esos dichos o esos malos dichos de un discurso materno que en este caso sí era una madre cocodrilo con la hija. Entonces sí, de ley el rol

de la familia en el manejo de la obesidad influye muchísimo, muchas veces es un síntoma de familiar.

César: Entonces, ¿cómo se puede trabajar en la construcción de una relación saludable con la comida desde la infancia?

Psico: Pues yo creo que un poquito apostar a la espontaneidad. Muchos horita creo que han volcado un poco más la mirada que el niño explore su comida, que el niño haga su relación solo, que se le permita, que si le gusta, que no le gusta, es un sí y un no, ¿no? Porque igual siempre tiene que haber un límite, un borde, que cuide y limite porque yo creo que van por el lado de que la comida sea vista como lo que es, una necesidad biológica. El niño debe alimentarse, pero no por eso tiene que depositar en él cosas maternas como imposiciones, como incluso hasta premios: de decir que “si comes esto, lo de acá; si no si comes esto, lo de allá”, sino que más bien sea vista como una relación espontánea, como una relación que se tiene que dar. Que ellos mismos exploren, sí, pero con un escenario controlado desde la infancia, ¿no? Para que sea una experiencia agradable y que si tiene que ser desagradable también lo sea, pero no se vaya desde lo exacerbado, sino que quedé en donde tiene que estar, en lo favorable por así decirlo

César: Perfecto, justamente ahí tocó lo que es el tema de los roles de la madre y el padre en esta imposición de los límites y también sobre cómo el deseo no tiene que ligarse lo que es el alimento.

Psico: ¡Mm-Jum!

César: Entonces sí, pero igual es curioso que hay muchos que aun así toman a la comida como parte de la experiencia del placer: ya no solo es este elemento que va del orden de la supervivencia, de la vida; sino que es algo que va del lado de un placer sin límites, un placer conocido, incluso.

Psico: Sí, sí, sí, sí. Nosotras con la Miss Gina, que somos las psicólogas encargadas, nos ha tocado orientar al padre porque hay veces que se usa también como castigo: “Es que a él le gusta comer el tal, tal, tal cosa y como se portó mal, se lo quitamos”. No, con la comida no te metas; esa relación, ese afecto hacia la comida, desde el lado de un castigo, no es un castigo y aún falta.

Otra de las cosas de, si regresamos un poquito al rol de la familia o a los estigmas, es como “aquel que está gordito es el que está saludable” o “aquel

que está comiendo mucho es porque está en buen estado” cuando terminan siendo solo estigmas, si es que regresamos a la pregunta anterior, ¿no? Pero que también forman parte de un rol de una abuelita, de un rol de una tía, hasta un rol de una misma mamá, qué se confunde y hacen que esa relación con la comida no sea espontánea, sino que más bien sea por satisfacer lo que dice la abuelita o por cumplir con el ideal que tiene la mamá de la comida.

César: Justo se extendió también al tema de los abuelos de esta familia, que es más directa del niño; sin embargo, ¿qué sucede también con el tema de la sociedad? Es decir, por ejemplo, cómo puede educar una institución educativa, cómo termina educando también el discurso capitalista por medio de estos productos saturados de grasa o así mismo por el otro lado las redes sociales, que en cambio dan mensajes de fitness, “baja de peso”, “cambia” y también estos mensajes de, en cambio, “acéptate”, “tu cuerpo es bello como es”, “no tienes por qué cambiar”, etcétera.

Psico: Ahí inevitablemente es la intervención de los padres, padre y madre, ser esta especie no digo traductor, pero sí un “filtro” ante esta exposición, sobre todo en las etapas que nos quedamos hablar, ¿no? En una etapa infantil, en una etapa siempre tiene que estar esa función materna y paterna ahí, para poder dar de otra forma o el sentido que es a lo que se ve o lo que se expone en una sociedad a la hora, y eso también juega cómo está la autoestima de esta de este chico, de esta chica, cómo está su identidad a la hora de cómo fue su construcción, ¿no? De su imagen con estos dichos en casa.

Influyen muchas cositas a la hora de exponerse ante la sociedad, pero de ley tienen que estar los papás ahí.

César: ¡Sí! Pero está genial porque esa palabra, traducción, me gusta mucho porque va bastante en la línea con lo que es la función de la familia, es decir, poder poner estas pautas simbólicas dentro de la psique de niño, para que, a partir de ahí, se pueda construir, porque es cierto que el mundo tira el lenguaje, pero a la final los padres pueden mediar ese lenguaje y traducir en algo más sano.

Psico: Sí, sí, sí, sí, pero claro, por eso también el padre tiene que estar...

César: Comprometido, ¡uy sí!

Psico: Si, y también implicado, que tiene que saber de aquello porque lo que no se tiene, no se puede dar muchas veces, entonces se repite. Por eso es que hay veces que se repite de generación en generación porque tampoco lo trabajó él en ese entonces. Es indispensable también apoyar desde el desde la salud mental a esos padres y de las instituciones, por lo menos acá en la fundación es lo que hacemos. Ya llevamos 2 años con esta campaña que es charlas de educación alimenticia, en donde se explica pues hasta incluso la forma en cómo hacer más atractivo lo nutritivo porque está lo típico de comer saludable, solo lo de acá, lo de allá y por eso a veces se lleva la comida a cosas patológicas, pero por lo menos acá sí hacemos un poco que el papá y que participen todos. Podríamos decir “psicoeducar”, pero también con por el lado de la de la nutrición.

César: ¡Excelente! Y respecto a los adultos y adolescentes (que por ejemplo están más expuestos a estos mensajes de las redes sociales más que nada) que encuentran estos mensajes *body positive*, de aceptación corporal, de activismo que habla sobre que tu cuerpo gordo o con cualquier forma está bien, “acéptate”, “amate” pero que, por otro lado, encuentra mensajes que son tipo que tienes que ser fitness, tienes que bajar, tienes que hacer esto o incluso también las soluciones como son los téis verdes, las curas mágicas, las cirugías, procesos bariátricos... ¿Cómo esto afecta también en esta población?

Psico: A ver: si nos ponemos en una población adolescente, pues recordemos que ahí hay una crisis, ¿no? Ya se dejan estos discursos paternos, pasan a segunda, ya empezamos a crear nuevos vínculos. Los adolescentes buscan nuevas construcciones, nuevas relaciones, donde papá un poquito pasa a segundo plano y el amiguito o la red social forma este este giro en él, ¿no? Él empieza ya a construir la propia imagen de papá y de mamá a partir de sus experiencias, su personalidad, su carácter y todo lo que está en la sociedad y es peligroso porque se está construyendo algo a partir de lo que me rodea.

Estamos en un mundo tecnológico, estamos con niños y con cerebros nativos digitales que es inevitable quitarles o decirles “No, no van a ver porque no tienen acceso tal, acceso cual” ... Eso es una utopía. Sin embargo, tiene que estar la orientación de papá ahí. Va a depender mucho de cómo está imagen

se construyó en una primera identificación con estos papás y sobre todo esa fortaleza sobre qué fue lo que construyó, que no mueva tanto, ¿no? Que no movilice tanto esto que vea o esto que le dicen. No es que digo “No, no, no, no. Yo estoy seguro/estoy segura y no me va a afectar”, ¿no? Si puede afectar. Creo que un poquito la palabra, ya cuando vamos a la parte adulta sería “lo saludable”: ¿Es saludable? ¿Es favorable? Está bien.

Sí, “me tengo que aceptar tal como soy”, pero está repercutiendo a MI estado de salud; “entonces creo que eso de ahí no lo tengo que aceptar, sino que tengo que trabajarlo para vivir en un bienestar” o en algo de bienestar, pues no se puede estar todo el tiempo saludable, pero sí un poco sentir que está bien mi cuerpo porque sí, es un poco contradictorio muchas veces esto de “acéptate como eres”, pero también “no está bien como eres”. Entonces ahí sí se necesita una autoevaluación, se necesita mirarse hacia adentro y un poquito analizar esta relación con la comida y llevarlo al ámbito saludable y favorable para mí. Creo que por ahí podría ser la respuesta.

César: Sí, me parece bastante buena la respuesta, sí. Me gustaron los puntos y, ahora tocando el tema de la cirugía bariátrica y estos procedimientos como solución a la obesidad: ¿Esta puede solucionar la pulsión oral? ¿Por qué?

Psico: A ver, sí. Finalmente (y tú hacías un abreboca al inicio) sí hay un efecto, hay un resultado físico, se nota, se ve que hubo una modificación en tu cuerpo, pero eso no significa que este modificó o se hizo algo a nivel psíquico. Si no hay un trabajo, si no hay un tratamiento, si no hay una terapia psicoanalítica o con la que mejor se lleva el paciente pues el síntoma va a estar ahí y, como tu decías, hay veces que cobran más fuerza y viene ese factor rebote, pero si hay un trabajo acorde a la historia del paciente, que sí se puede lograr, pero no. La cirugía bariátrica no sería una solución si lo ponemos en función de lo que llevó a esa persona físicamente a estar en ese estado, no es todo.

Tiene que ser un trabajo en conjunto, tiene que ser un trabajo multidisciplinario donde el médico, desde sus conocimientos, el cirujano y todo lo demás, van a lograr un cambio físico que incluye, sí, a nivel mental porque te ven diferente porque te hablan diferente, porque ahora tienes un lugar diferente... Otra vez yo escuchaba o hablaba con una colega y decíamos como que es un poco difícil esta exposición de los obesos.

Por ejemplo, en un bus, estar en un solo asiento no es cómodo, cuando vas viajando.

O sea, que es cómo cosas sencillas de la vida cotidiana en donde sí, su realidad se vuelve mucho más difícil encajar con las demás personas. Claro, a la hora de la cirugía bariátrica esto aquí disminuye (no sé si decir el origen), pero lo que sí hizo que tenga esta relación disfuncional con la comida no se soluciona con una cirugía bariátrica. Solamente va más allá porque si hablamos en el psicoanálisis, pues va a necesitar trabajo *full* de simbolización, *full* de una cura, por así decirlo, desde la palabra, para poder tramitar qué es lo que está haciendo que siga y qué es lo que está haciendo que esta tensión se acumule y no se disuelva cuando se tiene que ir esta pulsión oral, sino que de dónde está este vacío, en qué momento he de ir sacando estas cositas de la historia para poder darle un significado y ahora sí ya no se intente desmesuradamente llenar el vacío, sino que darle un sentido. Un sentido más ameno, más placentero y no displacentero con el paciente y el sujeto.

César: Me gusta. Justamente esto como que está conectando con la última pregunta: ¿Cómo se logra el armado del nuevo cuerpo, de la nueva imagen, para evitar regresar al peso anterior?

Psico: Pues sí, definitivamente es darle este lugar. Eso que está ahí, desordenando, no tenía lugar. Que el sujeto se identifique, pero ya no desde lo desde lo dañino hacia tu cuerpo, sino desde otro lado. Un poquito reestructurar este significado de identidad, esta nueva imagen como forma de verse hacia sí mismo, sí, yo creo que sería por ahí. Igual el trabajo es desde “el uno a uno”, es del “caso a caso”, pero creo que va por ahí. Es un trabajo analítico que te lleve eso, a resignificar, a reelaborar, a darle otro sentido, a darle un lugar diferente a eso que estaba dando vueltas y no se hallaba; que no sabemos qué es, pero hizo síntoma, entonces hay que darle un lugar.

ENTREVISTA A DOCTORA

César: ¿Qué parámetros son los que se presentan para considerar que un paciente se encuentra en obesidad?

Doctora Altamirano: Bueno, los parámetros para diagnosticar/encontrar una obesidad, primero que todo es el peso, porque nosotros diagnosticamos una obesidad cuando sacamos el peso de una fórmula, altura por masa corporal,

es lo que nos dice en qué grado de obesidad o si estamos en obesidad, sobrepeso o un peso normal. Ese sería uno de los factores, también tenemos el perímetro de la cintura, pero el diagnóstico lo da el índice de masa corporal.

César: Excelente.

Doctora Altamirano: Ujúm, también podrías ver una citometría o corporal total, pero... Con el índice de masa corporal ya lo diagnosticamos, con el peso y la altura.

César: Eso me lleva a otra pregunta, ¿Qué pasa con las personas que tienen baja grasa, pero tienen un alto índice de masa corporal por musculatura u otros factores? ¿Se consideran obesos también?

Doctora Altamirano: No, por eso ahí podría entrar la bioimpedancia, o la densitometría corporal total, para ver el porcentaje de grasa que tiene el paciente y así clasificarlo como una patología, porque si es más músculo que grasa, no sería obesidad.

César: Perfecto, segunda pregunta. Además de los parámetros físicos, ¿Hay algún parámetro emocional o psicológico que como médico usted valore?

Doctora Altamirano: Si, hay que hacer un poco de preguntas al paciente, una historia clínica completa, ver que otras enfermedades tiene, que lo está causando. La obesidad es una enfermedad metabólica y multifactorial, o sea que existen demasiadas causas que pueden causar una obesidad, como causas hormonales, medicamentosas, así mismo la depresión, enfermedades gastrointestinales. Si el paciente tiene una discapacidad física, ortopedia, escoliosis, enfermedades respiratorias; todo eso conlleva a una obesidad, porque pueden ser causas que generan una obesidad.

César: ¿Y qué hay de los factores emocionales?

Doctora Altamirano: Si, existe el hambre hedónica, por placer, el paciente busca la comida como compensación en busca de la felicidad, el hambre por ansiedad.

César: Dentro de lo que había investigado también estaban esas enfermedades que pueden provocar adiposidad en el cuerpo, por ejemplo, el síndrome de Cushing.

Doctora Altamirano: Si, son las enfermedades hormonales, hipotiroidismo, el síndrome de Cushing, deficiencia de la hormona de crecimiento, hay

síndromes genéticos como el síndrome de Prader-Willi (Pws), entonces todo eso puede generar obesidad.

César: Claro, pero es como una tendencia para tener obesidad, o sea, ¿hasta qué punto es la responsabilidad del individuo cuidar el cuerpo para no cometer excesos?

Doctora Altamirano: Muchas veces el síndrome de Cushing es una enfermedad que hace que haya una obesidad central, y regulando las hormonas el paciente regula su peso, pero ya una vez que ganó peso debe poner de su parte para hacer ejercicio, tener una buena alimentación, sino no va a lograr controlar su peso. El hipotiroidismo así mismo hace que el metabolismo sea más lento, entonces el paciente no metaboliza bien los alimentos y comienza la tendencia a obesidad o sobrepeso, porque no siempre llegan a obesidad por esas enfermedades.

César: Perfecto, excelente, excelente. Esto me llevaría a la siguiente pregunta, justamente ahora que hablamos sobre la responsabilidad, sobre que esto es una tendencia a tener sobrepeso, pero no conlleve si o si a tener sobrepeso, ¿por qué la ingesta de comida es usada como una estrategia de afrontamiento de lo emocional?

Doctora Altamirano: A nivel neuronal el paciente, por tema de ansiedad, busca algo que le provoque placer, lo buscan en la comida. Como una droga, al momento de comer liberan dopamina, los hacen sentir bien, entonces siempre buscarán un refugio en la comida. Los tratamientos de obesidad se basan en calmar el hambre, los nuevos tratamientos.

César: Calmar el hambre... ¿Cuál sería la diferencia entre un hambre real que pide el cuerpo y un hambre emocional?

Doctora Altamirano: Porque el paciente está comiendo todo el tiempo, hacen atracones, comen varias veces al día, están todo el tiempo yendo a la nevera, buscando comida o comprando chocolates, dulces, por más que coman no les producen satisfacción y quieren que seguir comiendo. Uno tiene que investigar que comen a qué hora comen, eso lo también lo hacen los nutricionistas, entonces ahí uno se está dando cuenta que no es hambre por nutrirse sino por placer o ansiedad; el paciente mismo te dice “estoy todo el tiempo buscando comida”, “necesito comer chocolates para sentirme bien”.

César: ¿Cómo afectan los estigmas sociales y culturales a las personas con obesidad?

Doctora Altamirano: Si, los afecta bastante, empezando porque el paciente no se siente bien consigo mismo, le falta amor propio. Cuando se quiere poner una ropa a veces no la consiguen por la talla, para hacer actividad física no se sienten bien por el exceso de peso, el estereotipo de las personas que lo ven. Hoy en día la imagen es todo, para buscar un trabajo, en la universidad, en el colegio.

Cesar: Bueno este punto de vista sobre los factores del entorno como pueden afectar a la obesidad nos lleva a la siguiente pregunta. Justamente mencionó lo de para la nutrición o la satisfacción considerando todos los factores, ¿qué es lo que movería a un obeso a comer solo por impulso y no por necesidad?

Doctora Altamirano: El tema de las hormonas. Si están alteradas las hormonas el paciente entra en ansiedad, depresión, el paciente tiene un mal estilo de vida, lo obligan a buscar un refugio en la comida.

César: Claro, si va por ahí justamente, porque en necesidades encontramos la satisfacción y la necesidad de la nutrición, pero en este caso hablamos de ese impulso, cuando el paciente no sabe ni porqué mismo está comiendo.

Doctora Altamirano: Muchas veces la obesidad viene desde la infancia, desde la mala alimentación de los padres, es por eso por lo que la nutrición debe empezar desde la niñez, el paciente siempre comió mal, más adelante en la adolescencia o adultez tiene sedentarismo por la falta de actividad física, tiene mala alimentación y aumenta de peso. Todo eso conlleva, desde la crianza, el entorno que uno tiene, a veces el paciente me dice “trabajo 12 horas, casi no duermo”, hay que dormir bien también, el paciente entra en depresión y ansiedad, no tienen tiempo para hacer actividad física o no se da el tiempo.

César: Eso nos lleva a la sexta pregunta, ¿cuál es el papel que juegan las experiencias infantiles en la alimentación excesiva?

Doctora Altamirano: Por eso le digo, incluso la obesidad se produce genéticamente: los padres son obesos, la familia es obesa, el niño tiene esa genética de producir obesidad porque se la transmitieron desde el vientre y si el entorno, la familia come mal, no se alimentan bien porque no comen frutas, vegetales, comen comida chatarra, con aumento de calorías, golosinas, hacen

que el paciente llegue a un sobrepeso y si no cambia a un estilo de vida a obesidad.

César: Entonces, ¿cuál sería el rol de la familia o la sociedad en el manejo de los límites en la alimentación?

Doctora Altamirano: Es muy importante, parte de la voluntad del paciente también es el entorno que lo rodea, el apoyo de la familia. Si en la casa ellos encuentran comida no saludable o tienen muchas reuniones sociales eso hace que el paciente no pueda llevar un buen estilo de vida. A veces los malos horarios de comida a veces no almuerzan y en la noche comen de todo.

César: ¿Y qué hay de la sociedad?

Doctora Altamirano: Los encuentros sociales, fiestas, salidas con amigos... Si los amigos le ayudan a llevar un estilo de vida saludable, el paciente puede cambiar. Una cosa es la genética y otra cosa es el fenotipo, lo que el paciente desarrollará, el paciente puede evitar ser obeso a pesar de tener familia con obesidad.

César: ¿Qué hay de los medios de comunicación?

Doctora Altamirano: Hoy en día la televisión, las redes sociales, hace que el paciente con obesidad se sienta muy mal. Hoy en día todo es fitness, la moda les incomoda, no pueden usar la ropa de moda, son talla S, M, L; casi no hay XL, eso hace que el paciente entre más en depresión. Ahora hay muchos adolescentes que sufren de bulimia, anorexia, por el tema de las redes sociales, quieren parecerse a su artista favorito, querer entrar en el mismo círculo de amigos.

César: ¿Qué hay de los mensajes inclusivos? Como estos de la diversidad corporal, ámate como eres, aunque seas obeso...

Doctora Altamirano: Eso es bueno para el paciente.

César: ¿Por qué es bueno para el paciente obeso?

Doctora Altamirano: O sea que tengan amor propio, que aprendan a amarse, el paciente debe quererle a sí mismo para tener una conducta, porque cuando ellos visitan al médico es porque quieren cambiar, entonces deben tener la voluntad de querer cambiar para entrar en tratamiento y modificar esa conducta.

Cesar: Ese último punto es interesante. Yo estaba planteando todo esto de cómo a veces estos mensajes positivos hacen que uno se estanque, pero eso

que usted me dice que el hecho de que busquen un médico quiere decir que están tomando cierta conciencia de la condición.

Doctora Altamirano: Ajá, primero deben tomar conciencia de la enfermedad, ya que la obesidad es ahora considerada una patología, esta obesidad trae consecuencias, puedes tener diabetes, un infarto a cinco, diez años, un evento cerebrovascular, entonces no lo deben tomar a la ligera, existen tratamientos médicos, cirugías que bueno, las cirugías no todos la pueden hacer por temas de costos y muchas veces por elección del paciente. A veces el paciente bajando de peso disminuye los riesgos de diabetes, enfermedades cardiovasculares, a veces el paciente está infértil por el tema de la obesidad, ahí es cuando el paciente comienza a buscar al médico, cuando comienza a tener trastornos.

César: Entonces por un lado está aquel que los mensajes impactan y les permite tomar una decisión por el cambio, porque se aman, pero ¿Qué hay de estos pacientes que escuchan estos discursos de “acéptate, amate”, pero no hacen nada por su cuerpo?

Doctora Altamirano: Bueno eso si está mal. El mensaje de amor propio está bien para que el paciente entre en conciencia, haga un cambio; para que no entre en depresión, hay que ayudarlo. El paciente no solo se trata con el médico, también entra el nutricionista, el psicólogo, el psiquiatra, a veces con un entrenador físico. Es una enfermedad multidisciplinaria, depende de la enfermedad que tengan.

César: Esto nos lleva a la octava pregunta, ¿Cómo se puede trabajar en la construcción de una relación saludable con la comida desde la infancia?

Doctora Altamirano: Bueno, eso se trabaja junto con los padres y a veces hay que ayudar los padres con la pediatra si la pediatra ve que debería analizar el patrón de comida o empezar a decirle al familiar cómo porque cuando el bebé es bebé el pediatra mismo les va induciendo, cómo introducir los alimentos. O sea, debería haber ahí una educación hacia los padres para fomentar una buena nutrición.

Sí, ya desde pequeños, decirle a los a los padres que tienen que evitar darles mucho azúcar a los niños, incentivarlos a comer vegetales, frutas porque desde pequeños los niños crean conductas alimentarias.

César: Y aparte de estos hábitos alimenticios, ¿usted considera que también algunos factores en el ambiente, como, por ejemplo, el temperamento de los padres, el temperamento del niño puede tener algo que ver?

Doctora Altamirano: Sí podría también que ver porque hay que tener paciencia. Tienen los padres también cocinar en casa, hacerla para que coman saludable porque si no pasan en casa de los padres pasan al cuidado de otros terceros. Esos terceros tienen que fomentar la alimentación; muchas veces eso no se cumple. A veces también los padres le dejan que mientras coman, vean pantallas, celular, televisión, eso también es malo. No sé si eso es lo que me refieres, o tiene alguna otra duda...

César: Sí. Respecto por ejemplo, a la personalidad del niño, el temperamento y todo eso, ¿considera que también hay tipos de personalidad que son más propensos a la mala alimentación?

Doctora Altamirano: Más que todos niños no, en adultos, sí; en adolescentes y adultos sí. La conducta tiene mucho que ver con la alimentación porque el paciente entra en estrés, ansiedad y eso puede fomentar que el paciente no se cuide.

César: Y respecto a la cirugía bariátrica, como solución a la obesidad, ¿esta puede eliminar las ganas de comer sí o no?

Doctora Altamirano: No, la cirugía bariátrica es solamente una cirugía restrictiva que hace que disminuya que el gaseado gástrico. Produce más saciedad, pero el paciente cuando recién está operado todavía tiene en su cerebro esas ganas de comer. Por eso, cuando el paciente se opera tiene que estar con la psicóloga, con nutricionista.

No es sencillo, el paciente todavía tiene esa mala conducta alimentaria pero no puede comer, se llena y si no come adecuadamente, vomita.

La cirugía ayuda a regular el metabolismo a regular la glucosa, a bajar de peso y eso mejora bastante metabolismo. Producen saciedad y que uno tiene la llenura, pero las ganas de comer eso no se lo quita la cirugía y muchas veces hay que acompañar el tratamiento médico con la cirugía bariátrica.

César: O sea me quiere decir que dentro de la intervención de la cirugía bariátrica, a pesar de que la persona como que se puede sentir con más saciedad, se puede sentir más satisfecha, no es tanto por un efecto en la

conducta o en los hábitos, sino más bien por esta regulación que surge de metabolismo, ¿no?

Doctora Altamirano: Porque el estómago es más pequeño. Entonces ahí como que se llena paciente, tiene mayor saciedad al comer, o sea, come poco y se llena, pero él puede sentir todavía las ganas de comer. El deseo de comer ciertos alimentos.

César: Excelente y, una vez que ya el paciente baja de peso, ¿cómo se logra el armado del nuevo cuerpo, de la nueva imagen para evitar regresar al peso anterior?

Doctora Altamirano: Es que eso es lo que muchas veces no lo hacen aquí en nuestro país, pero en realidad el paciente tiene que tener un tratamiento previo antes de la cirugía, o sea, antes de la cirugía del paciente tiene que comer bien, saludable, tiene que estar con psicólogo para controlar la ansiedad de comer, o sea, no es después de la cirugía, es antes de la cirugía.

César: Ya. Y cuando se logra que el paciente arme este nuevo cuerpo y su nueva imagen, ¿cómo esta nueva percepción que tiene de sí mismo lo podría motivar para que no regrese a su estado a su peso anterior?

Doctora: En realidad, yo creo que el paciente se comienza a sentir bien porque ya puede este utilizar ropa que no usaba, puede moverse, se siente más ágil. El paciente se siente muy motivado después de la cirugía y con su nuevo cuerpo, pero siempre tiene que estar si todavía tiene esa ansiedad por comer, seguir con el psicólogo y probablemente con la nutricionista, porque el paciente tiene “re-ganancia” de peso.

Después de una cirugía saben que este puede reganar el 20 al 30% de su peso, nunca van a volver al peso anterior, pero sí pueden reganar peso.

Incluso hay pacientes que se hacen la bariátrica; el bypass casi no produce mucho aumento de peso posquirúrgico pero la gastrectomía vertical sí; el paciente puede volver de nuevo a engordar porque es solamente reducción del estómago y el estómago es un músculo que vuelve a crecer. Entonces, si no se cambian los patrones de alimentación el paciente va a volver a su estado anterior, pero no va a volver a ganar peso, no como antes, pero si vuelve a ganar peso. Entonces hay que trabajar en los patrones alimentación y eso va de la mano con la nutricionista, con el psicólogo y se puede con el médico dar medicación para el tratamiento de obesidad.

César: Como última pregunta, usted me comentaba como que igual se necesita un seguimiento y todo eso, porque igual es más que nada una operación restrictiva. No es como que una operación estética, no es una operación que cambie la mente, nada de eso.

Doctora Altamirano: No es que “te operaste, te olvidaste”, no, tiene que seguir el paciente el tratamiento en control.

César: ¿Qué sucede entonces, ¿qué puede pasar por la cabeza de un paciente que una vez que ya sale la operación y baje de peso, entonces queda con las secuelas físicas de eso? Por ejemplo, que quedan colgando los rollos, que hay exceso de piel, que se ve frente al espejo y ya no ve todo ese cuerpo graso...

Doctora Altamirano: Eso es cirugía estética y eso se le comenta al paciente antes de la cirugía. “Mira, esto te puede pasar”, todo eso son cosas que van a pasar. El paciente se siente muy mal a veces si el paciente se opera, (si te acuerdas, los recursos económicos); la mayoría de las veces se operan. Otros no quieren volver a pasar por quirófano... Eso ya depende del paciente.

ENTREVISTA CON NUTRICIONISTA

César: En primer lugar, ¿Qué parámetros son los que se presentan para considerar que un paciente se encuentra en obesidad?

Nutricionista: Bueno, generalmente nosotros utilizamos algo que es el IMC, que es el índice de masa corporal. Este se saca en base a la talla y el peso, y según el valor que nos da: cuando un valor IMC sale por encima de 29.9 es un paciente que se diagnostica con obesidad, ya sea grado 1, 2 o 3, dependiendo del valor que salga. Actualmente las guías nos recomiendan, aparte del IMC, de hecho, que utilicemos ahí justamente el porcentaje de grasa corporal, masa muscular y de masa esquelética.

César: ¿Y dónde entra la grasa y la musculatura en esta ecuación del peso?

Nutricionista: Ya nosotros hacemos por medio de fórmulas el cálculo, aunque actualmente existe la IPH y con la IPH nosotros podemos ver cuál es el porcentaje de masa grasa, masa muscular y masa ósea en pacientes.

César: Excelente. Entonces, por ejemplo, si una persona tuviera un IMC alto, pero tuviera baja grasa, ¿eso se considera obesidad?

Nutricionista: Sí. Nosotros podríamos tener, por ejemplo, una persona con IMC de 34, estamos hablando de un paciente que de pronto nos saldría con un diagnóstico de obesidad grado uno por el IMC. Entonces en ese caso se considera la masa muscular que es prominente y la masa grasa que disminuirá y no se ve un paciente, por ejemplo, que podría hacerse una cirugía como esa.

César: Entiendo, entiendo, entiendo, perfecto ¿Además de los parámetros físicos, hay algún parámetro emocional o psicológico que como nutricionista usted valore?

Nutricionista: Sí, para mí la parte psicológica de los pacientes, por ejemplo, llega un paciente con un diagnóstico de depresión. Generalmente los pacientes del programa para cirugía bariátrica, cuando son pacientes con antecedentes psiquiátricos, un paciente con depresión, con qué sé yo, algún tipo de alteración en su comportamiento, son pacientes que no deberían considerarse para este tipo de cirugías.

Hay pacientes que, por ejemplo, en el caso de los pacientes con depresión, son pacientes que tienden a padecer peligro, que pasan 1-3 días sin comer y de pronto el cuarto día quieren comer todo lo que no comieron en los 3 días previos. Entonces siempre lo particular para mí, desde mi punto de vista, digamos son un determinante de que no sea candidato, no para este tipo de cirugía

César: Entiendo, entiendo. ¿Con eso, usted con la parte psicológica, considera que no es apto para el proceso?

Nutricionista: Exactamente. Generalmente lo que se hace ahí se deriva al paciente a un psicólogo, para que el psicólogo le haga la valoración, ya dependiendo de su especialidad un diagnóstico.

César: Excelente, y en este caso, de estos estos pacientes que usted me dice como que igual no pueden dejar de comer y todo eso, ¿me puede comentar por qué la ingesta de comida es usada como una estrategia de afrontamiento de lo emocional?

Nutricionista: Bueno, eso depende de cada paciente. La alimentación es de las necesidades más básicas que hay en un ser humano. Entonces normalmente mucha gente lo relaciona a ciertos comportamientos, los asocia a la alimentación. Lo que digo es que hay pacientes que pronto están un día

no sé, deprimidos, bajoneados y eso influye en el tipo de alimentos que va a consumir la gente cuando pasa por situaciones. Entonces, yo no considero que una persona, por ejemplo, consuma alimentos por ansiedad, la ansiedad digamos es un comportamiento repetitivo de una persona y no es que necesariamente esa persona coma por ansiedad como lo suelen decir los pacientes. Generalmente más está asociada a malos hábitos de alimentación, pero efectivamente pacientes con ansiedad pueden llegar a este punto.

César: ¿La ansiedad y el apetito tienen alguna relación?

Nutricionista: Sí, sí. Hay personas, por ejemplo, dentro de un ataque de ansiedad generalmente hay personas que lo relacionan de esa forma, de que “si yo tengo ansiedad eso es lo que me llevó a comer”. Entonces yo personalmente no lo relaciono, así como tal, pero es algo muy común que suceda en los pacientes, por eso es muy importante la valoración de los psicólogos y de los psiquiatras para- (CORTE)

César: ¿De los psicólogos y los psiquiatras para qué?

Nutricionista: No sé si el término sería valoración, pero digamos que sería evaluado por el psicólogo y ya serían ellos quienes determinen sí, efectivamente, el paciente sufre ansiedad, si todos los hábitos nutricionales están asociados a un problema, en este caso de ansiedad, ya sean ellos lo que lo traten o lo deriven de pronto el psiquiatra entonces yo entraría.

César: Excelente. ¿Cómo afectan los estigmas sociales y culturales a las personas con obesidad?

Nutricionista: Bueno, es un tema bastante complicado, yo pienso actualmente sobre todo por el asunto de las redes sociales. Nosotros tenemos pacientes y no solo con obesidad, sino con trastornos alimenticios en general, patrones de bulimia. Que desarrollan este tipo de comportamientos asociados, por ejemplo, al tipo de contenido que ven redes sociales, a la presión que surgió también de cómo se maneja el asunto del peso actualmente. Por ejemplo, es algo muy común que las adolescentes miran mucho su peso comparándose con personas, no sé, de la televisión y cosas así.

Entonces, cuando ellas ven eso en redes sociales, digamos, como que afecta mucho su comportamiento y la forma en la que ellas ven su cuerpo y su alimentación y sucede no solamente en chicas, en hombres también, o sea,

es algo bastante común. Entonces yo pienso que sí, que parte de las redes sociales lo que sucede ahora es un poquito más complicado en este caso.

César: Ajá. Hay personas como usted dice que se sientan ansiosas y entonces dicen “voy a comer porque estoy ansioso” y hay personas que dicen como que, por ejemplo “es que me dio el impulso”, “yo ni siquiera sé por qué estoy comiendo, comiendo y comiendo”, por lo que la quinta pregunta es: ¿qué es lo que mueve a un obeso a comer, solo por impulso y no por necesidad, sea para nutrirse o satisfacerse?

Nutricionista: Lo que pasa es que verás: la obesidad tiene diferentes matices. La obesidad puede estar asociada a algo genético, puede ser asociada a algo metabólico, algo hormonal, o a los hábitos de vida de las personas. No necesariamente la persona obesa es gordita porque come en exceso, entonces cuando hablamos con pacientes con obesidad, digamos, determinar cuál es la causa de esa obesidad. De ahí hay que darnos cuenta también cuál es el comportamiento en relación con el consumo de alimentos.

Como le digo hay pacientes que comen por costumbre en exceso, entonces es una cosa, por ejemplo, de que los niños están acostumbrados a comer muchos carbohidratos, mucha grasa, mucha comida procesada, que es algo bastante común. Esta ingesta entonces en ocasiones tiene que ver mucho con la costumbre del hogar de esa persona. Hay otros pacientes que efectivamente sí son pacientes que tienen trastornos que de pronto dejan de comer por una razón como le digo, lo asocian ellos a ansiedad.

Entonces ellos pasan días en los que no comen, luego quieren comer mucho, entonces son cosas a determinar para saber cuál es la causa de esa obesidad y de ahí nosotros poder, digamos, hacer las recomendaciones que vamos a dar.

César: Excelente. Respecto al factor genético yo había leído sobre el tema y dicen que (como el síndrome de Cushing) puede provocar adiposidad en el cuerpo. Son desórdenes genéticos que pueden dificultar la pérdida o la ganancia de peso, no es como que la consecuencia directamente sea la obesidad, sino que es una tendencia a que el cuerpo tenga más adiposidad, a que sea más o menos graso por esas dificultades o facilidades que pueda presentar.

Nutricionista: Sí, generalmente son cosas que pueden influir en, digamos, a la morfología del cuerpo, de que haya mayor tejido graso y todo esto, pero los factores genéticos también influyen muchísimo y nosotros hablamos, por ejemplo, de que hacemos la valoración de un paciente cuyos padres/abuelos son pacientes que han tenido obesidad asociada a los malos hábitos de vida, por ejemplo, o el tipo de consumo que han tenido de alimentos.

Son pacientes que no necesariamente tienen obesidad por una patología, sino digamos, por hábitos de vida y consumo que ha tenido toda su familia hace muchas generaciones. Actualmente hay una especialidad incluso, que es la gestión genética y trabaja mucho en esa parte.

César: Entonces, por ejemplo, en esas situaciones que me dice como que ahí la dificultad por el peso, que hay una tendencia a la obesidad, igual es como a la final, ¿cuánta responsabilidad cae en el individuo el poder cuidar su cuerpo, manejar ese IMC...?

Nutricionista: Bueno, para mí el asunto de la obesidad es cuando está asociado a malos hábitos de alimentación y de vida, porque no solamente es el consumo de comida, sino por ejemplo personas que son sedentarias, personas que no tienen actividad física, personas que consumen alcohol de manera frecuente... Este tipo de cosas son de personas que no tienen un horario regular de sueño, todo eso influye en el aumento del peso. Entonces, para mí es importante que cuando trabajamos con estas personas trabajemos en conjunto no solamente uno como especialistas, sino con el familiar del paciente, el paciente como tal y nosotros.

Nosotros podemos ser una guía, podemos digamos, dar indicaciones y todo esto, pero es el paciente es el que tiene que poner en su parte y tiene que tener el apoyo de la familia, IMPORTANTÍSIMO porque imagínese que nosotros digamos “ok, vamos a tener ese tipo de alimentación” y de pronto el paciente quiere hacerlo, pero en casa están acostumbrados a otra cosa; es bastante difícil. Entonces, la idea es que trabajemos en conjunto.

César: Excelente. Entonces, si usted ya me explica cómo es su rol como nutricionista, así mismo que cómo a pesar de las condiciones también se tiene que manejar lo que es la toma de responsabilidad del individuo para poder manejar lo mayor posible el peso, ¿qué papel juegan las experiencias infantiles en la alimentación excesiva?

Nutricionista: Son bastante importantes. Yo, por ejemplo, tengo muchos casos de niños, de mujeres u hombres que generalmente tienen obesidad porque de pequeños ellos han tenido un problema con el peso y de pronto han sentido mucha presión no solamente del entorno: hablamos de los amigos, de la escuela o el colegio, incluso de los padres.

Entonces, este tipo de personas que conozco algunos casos siempre refugiaron esa frustración, esa molestia en la alimentación. Yo tenía un caso de que, por ejemplo, una chica que su mamá le decía siempre que estaba gorda y no la dejaba comer, le cuidaba muchísimo la comida. Entonces esa niña, ¿qué hacía? Compraba mucha comida chatarra y la comía de madrugada, se metía abajo en su cama y la comía escondida, y eso fue un hábito.

Entonces ella asocia eso, su exceso de peso y, por ejemplo, es una paciente que realmente no tiene mejoría porque no tiene un apoyo psicológico adecuado. Se le ha recomendado como tal siempre, pero ella siente como que no hay una importancia en eso, pero en realidad el fracaso con todos los planes y de hecho, ella también ya tiene una cirugía metabólica y es precisamente por eso, por la falta de apoyo psicológico.

César: Entiendo, o sea, aquí podemos como que hablar justamente esa dimensión multifactorial y multi causal como que igual hay algo que se detecta, lo que es a nivel de sistema de ella: se detecta algo a nivel familiar, pero aun así, si no hay compromiso del paciente, por más como que haya esa tendencia a subir más rápido o bajar más rápido, igual está el desorden.

Nutricionista: Sí, y sabes que para arreglar un problema primero tienes que identificarlo porque tiene que saber de dónde parte y qué medidas va a tomar. Y bueno, a veces cuando el paciente tampoco, en ocasiones digamos que no es que no se deja ayudar, sino que no le explica y ellos piensan como que no tiene una importancia adecuada y no le dan esa importancia que deberían darle.

César: Entonces, ¿Cuál es el rol de la familia y la sociedad en el manejo de los límites en la alimentación?

Nutricionista Mira, es importante, primero que nosotros hagamos educación nutricional. No es lo mismo que nosotros nos alimentemos a que nos nutramos. Alimentarse es comer cualquier cosa, tú puedes comer de pronto,

no sé, una cola con una comida chatarra, un cachito por ejemplo, y te estás alimentando, pero no te estás nutriendo.

Entonces, es importante que nosotros empecemos por esa parte, dando una, digamos, educación para las personas, de cómo debe de ser una alimentación saludable, entonces digamos como que una dieta en sí no es hacer un plan nutricional digamos súper estricto. Una dieta es llevar una alimentación que es saludable que sea, digamos, que contenga todos los grupos de nutrientes, macronutrientes, micronutrientes: que sea una dieta balanceada.

Entonces sería importante, para mí, empezar con la educación, promover la educación nutricional, que tenga una valoración adecuada y de esa forma nosotros podamos mejorar la relación que tiene la gente con la comida.

César: ¿Y cómo se puede trabajar en la construcción de una relación saludable con la comida desde la infancia?

Nutricionista: Bueno, sería bueno, por ejemplo en ese caso, trabajar fomentando educación nutricional con, por ejemplo, cómo tú puedes comer alimentos adecuados, cuáles son los alimentos que nosotros debemos tener en un plato saludable, hacerlo por ejemplo, en la infancia. Tú sabes que normalmente los niños generalmente se manejan mucho de manera visual, entonces a ellos hay que estimularlos a que consuman, por ejemplo, frutas, vegetales, manejarse por colores. Entonces son técnicas que uno puedo utilizar para digamos fomentar una alimentación saludable en los niños pero también depende, como le digo de la familia. Entonces, la educación nutricional es importantísimo para eso.

César: Y respecto a la cirugía bariátrica como solución a la obesidad, ¿esta puede eliminar las ganas de comer? ¿cómo?

Nutricionista: Ya mira: la cirugía bariátrica; hay algunas digamos formas de este tipo de cirugía, por eso digamos un bypass o una banda gástrica son dos cosas distintas. Lo que hacen por medio de este procedimiento es reducir la capacidad del estómago. Entonces, una persona que tiene la capacidad de comer mucho se habla de pacientes que se pueden comer un pollo entero, este tipo de personas se le disminuyen la capacidad de su estómago para que ya no coman en cantidad, digamos, como suelen comer. Entonces esa cirugía se hizo en realidad para que las personas con una obesidad mórbida, con un grado de obesidad que aumenta el riesgo de tener enfermedades asociadas

a la obesidad, o en el caso de que ya tenerla, aumenta el riesgo de tener complicaciones asociadas a esa obesidad, reduzcan rápidamente para reducir también esos factores de riesgo.

Entonces, este tipo de cirugías no es como que le va a quitar el apetito a una persona, lo que va a hacer es que esa persona no tenga la capacidad de comer como normalmente come. Entonces al disminuir la cantidad esta persona va a perder peso, va a manejar mejores valores. Por eso generalmente te dicen que te cura la diabetes; no es que la cura, sino que la controla porque el paciente ya no hace esas ingestas exageradas. La idea es que se hace la cirugía ayuda a disminuir las complicaciones que este paciente ya tiene. Ahora bueno, es una cirugía que la gente normalmente la hace como cirugía estética; hay personas que no tienen ni siquiera obesidad, están en sobrepeso y superan, pero ya es otra cosa.

César: Así mismo también estos procedimientos como la bolsa gástrica, que en cambio bueno, eso es un procedimiento bariátrico, no es una cirugía: la gente lo hace porque busca bajar de peso, como que restringir la comida, pero igual así mismo tampoco mitiga las ganas de comer.

Nutricionista: Sí, o sea, eso de la bolsa de gástrica, se llama balón intragástrico y es un proceso endoscópico, no es quirúrgico este y efectivamente, por ejemplo, para mí es menos invasivo. Esto es como una especie de bolsa que lo introducen por medio de la endoscopia, lo llenan de líquido y se reduce la capacidad de su estómago.

Entonces también nos ayuda con lo mismo, disminuir peso y etcétera. Es más fácil porque de pronto el paciente puede simplemente retirarlo y vuelve a su vida normal.

Entonces digamos que es un procedimiento menos invasivo que una cirugía. Para mí, la cirugía bariátrica, sobre todo el bypass gástrico, son cirugías que deben manejarse con mucho tino.

César: Entiendo, entiendo, entiendo, Sí, porque igual aquí se puede todavía en juego eso de que, bueno, “yo no me puedo limitar, yo sé que como, yo sé que tengo un problema, sé que tengo esas situaciones con mi salud” o “quiero bajar de peso sí o sí” y recuren a esto y no siempre se consideran todos estos factores que me menciona que al final sea es responsabilidad del paciente.

Asimismo, como lo sería hacer una dieta, sería tener mejores a los hábitos nutricionales...

Nutricionista: Claro, sí, sí, sin duda que sí, pero también tenga en cuenta que, como le dije al principio, la parte de trabajar en un grupo multidisciplinario para unas especialidades es demasiado importante. Una asesoría adecuada en este tipo de pacientes es importantísima.

No todo paciente que se hace una cirugía bariátrica, banda gástrica, bypass gástrico, balón gástrico va a tener el éxito que se espera. Cada paciente es un mundo y depende de muchos factores, no solamente de que el paciente haga dieta, hay que ver cómo maneja todo, o sea, son algunos factores que se deben considerar y es importantísimo por eso de que haya una evaluación previa con todos los especialistas. Desde mi punto de vista, la parte psicológica comunicaba a la parte nutricional.

César: Consideremos que de pronto, el paciente si tuvo éxito: logró bajar de peso, cambió la imagen y todo eso. Ahora, ¿cómo se logra el armado el armado del nuevo cuerpo, de la nueva imagen para evitar regresar al peso anterior?

Nutricionista: Bueno, mira una cosa importante e interesante con esto en algunos pacientes que yo he visto, es que los pacientes posteriores a la pérdida de peso, digamos que ellos se dan cuenta de cuál es la diferencia que sienten en su vida. Por ejemplo, no solamente porque físicamente se ven al espejo, sino también a la salud y actividad física. Sienten menos dolores articulares, por ejemplo, se sienten mucho más activo. Es un cambio, digamos bastante importante en la parte física y una parte psicológica también porque obviamente ellos, por ejemplo, las chicas que generalmente han sido muy gorditas y de pronto que están bajas de peso al poder ponerse otra ropa, ese tipo de cosas también influye muchísimo en su parte psicológica que les ayuda a mejorar, entonces son aspectos, digamos, psicológicos, pero también son físicos, son aspectos metabólicos.

Son pacientes que efectivamente, con este tipo de cirugía, si estamos hablando de un paciente diabético: maneja glicemia de 300, 400, 200... Comienza a disminuir esos valores. En esos pacientes van a ver menos complicaciones en su día a día, entonces son algunas cosas que van a influir y el paciente al ver estos resultados que vamos como que se va a sentir

estimulado. Entonces hay casos y casos, hay otros pacientes que se operan, ¡piensan que ya van a bajar de peso como tal por la cirugía y olvídale! A los seis meses están otra vez igual que al principio, entonces, hay pacientes y “pacientes”.

César: Perfecto. Bueno, una pregunta de “bonificación”, que es lo que también me llama la atención. Es respecto a todo esto del discurso de capitalista y las redes sociales que ahí lo fui mencionando durante el principio de la entrevista: cómo los mensajes positivos de las redes sociales, que, por ejemplo, promueven la diversidad y la aceptación corporal, o así mismo también esos mensajes que juzgan a la gente que estaba con sobrepeso que incitan a la vida fitness, a la salud, al cambio...

¿Como todos estos espectros pueden afectar la mente de una persona obesa?

Nutricionista: Mira, yo pienso que de esta manera no lo podría clasificar como que son buenos o son malos. Eso depende ya de la persona de “cómo voy a tomar este tipo de consejos”, pero yo personalmente pienso que sí es importante que las personas se les enseñe dos cosas: primero amarse como son. No es que porque estoy gorda, estoy malo porque estoy flaco estoy mal y ahí viene la otra parte que me parece importante y es a incentivar a que haya un estilo de vida saludable. Actualmente, sobre todo en redes sociales, por periodo se ponen cosas en moda, te hablo de los jugos verdes, por ejemplo, la gente que luego se hacer runner, la estética de hacer crossfit... O sea son personas que estimulan e incentivan ese estilo de vida, que no me parece mal, pero sí debemos tener en cuenta que no es para todo el mundo. No es como que todo el mundo pueda hacer crossfit, como que todo el mundo pueda hacer la dieta keto. Entonces me parece que más bien hay que enfocar ciertas cosas, primero que la gente aprenda a aceptarse como es y lo segundo, que la gente que tiene algún problema como obesidad o que quiere aumentar de peso (porque también hay personas con bajo peso que tienen problemas de autoestima por ese bajo peso) qué busquen una solución como para mejorar. Entonces yo pienso que depende mucho de cómo lo vaya a tomar la persona que está recibiendo ese tipo de información.

César: Perfecto, igual ahí entra a una parte subjetiva. Bueno, eso fue todo, doctor. Muchísimas gracias por su tiempo.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Acosta Galeas, César Javier** con C.C: # **0956879324** autor/a del trabajo de titulación: **Más allá del principio de comer: La obesidad como solución a una dolencia psíquica** previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 24 de febrero del 2025

f. _____

Nombre: **Acosta Galeas, César Javier**

C.C: **0956879324**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Más allá del principio de comer: La obesidad como solución a una dolencia psíquica.		
AUTOR(ES)	Acosta Galeas, César Javier		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Álvarez Chaca, Carlota Carolina		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Psicología, Educación y Comunicación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciado en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	24 de febrero del 2025	No. DE PÁGINAS:	178 p.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicoanálisis, Psicología, Medicina, Obesidad, Nutrición.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Obesidad; Pulsión Oral; Cuerpo Obeso; Imagen Corporal; Deseo; Alimentación		
RESUMEN/ABSTRACT:	En el presente trabajo de titulación se estudia al sujeto obeso para analizar la obesidad como una solución del sujeto para lidiar con la pulsión oral a través de lo real del cuerpo por medio de una investigación cualitativa para brindar orientación en el abordaje de pacientes obesos. La obesidad es una enfermedad que nunca pasa de moda. Su naturaleza multifactorial y multicausal representa que hay algo más que un cuerpo graso desde la medicina, sino que el cuerpo llega a nivel simbólico a representar un lugar para el ser, donde ser obeso no es solo identificación, sino una puesta en juego del goce. Los procedimientos bariátricos terminan volviéndose una elección rápida, ya que el obeso busca una respuesta directa que apunte al cuerpo, por lo que explorar si esto resuelve también la pulsión oral es necesario. Entender las causas, factores y el uso de la cirugía ampliará las posibilidades de dar acompañamiento psicológico a esta población. Se realizó una revisión bibliográfica y entrevistas semiestructuradas a tres pacientes bariátricos y tres expertos de diferentes áreas (psicología, nutrición y medicina). Los resultados mostraron que la obesidad es una respuesta a modo de síntoma que retorna la pulsión al propio cuerpo, donde el cuerpo se convierte en escenario para lidiar con el conflicto psíquico, siendo el exceso de grasa una simbolización de una angustia que no encuentra una vía saludable para sublimar lo mortífero del goce al satisfacerse la pulsión oral al comer sin medida, lo cual termina empujando a un displacer.		
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4- (registrar teléfonos)	E-mail: acostac025@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Torres Gallardo, Tatiana Aracely, Mgs. Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419 E-mail: tatiana.torres@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			