



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



**Universidad de la República Oriental del Uruguay
Facultad de Psicología**

**Trabajo final de grado:
Monografía**

**Obesidad: más allá del principio del placer
del “buen comer”.**

**Ma. Gabriela Parula
C.I.: 1.798.950-8**

**Tutora:
Prof. Agr. Mag. Gabriela Prieto**

**Montevideo, Uruguay
Febrero de 2017.**

Agradecimiento.

*Esta etapa que culmina, la pude realizar por el
apoyo absoluto de mi familia.*

A ellos va este reconocimiento:

*A Marco, mi marido, porque es mi compañero
incondicional de todas las horas. Sin él, esto no
hubiera sido posible.*

*A mis hijos, Darío y Emilia por su paciencia y
comprensión*

(¡ Ya voy a volver a cocinar!).

A mis padres.

*A mi hermano y hermana, y a la familia de cada
uno en las que obviamente me incluyo.*

*Al resto de mi familia, mis amigas y amigos,
compañeras y compañeros, vaya también mi
agradecimiento.*

*Todos creyeron en mí, seguramente más que lo
que yo misma lo haya hecho alguna vez.*

*Por último, quiero agradecer a la UDELAR, a los
profesores, a mi tutora y a todos y cada uno de
los compañeros y las compañeras con los que
caminamos juntos estos años y a las amigas del
alma que coseché en esta casa,*

Susana y Natalia.

Para Mercedes.

A todos, gracias.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
DESARROLLO	3
<i>Lecturas y construcciones sobre la obesidad.</i>	6
<i>Los números.</i>	6
<i>Un acercamiento a diferentes investigaciones sobre el tema</i>	7
<i>Etiología múltiple.</i>	9
<i>El cuerpo. Esquema e Imagen corporal.</i>	13
<i>La construcción social del “ser obeso”.</i>	17
<i>Una mirada desde la Psicología.</i>	20
<i>Se exponen aquí una serie de frases de personas obesas, a modo de testimonio, las que son analizadas desde diferentes perspectivas teóricas.</i>	
CONCLUSIONES	37
Referencias	41
Bibliografía	47

RESUMEN

La Obesidad es el tema central elegido para el presente Trabajo Final de Grado. Su etiopatogenia es múltiple, por lo que el objetivo de esta monografía será incursionar en los diferentes factores que en ella influyen. La Psicología aporta un enfoque que le es sustancial, por lo que el énfasis estará puesto en ésta.

En tal sentido, el recorrido que se propondrá, incluirá los desarrollos de la Teoría Psicoanalítica a la que se sumarán otras visiones que comprenden tanto las perspectivas que la aproximan a las adicciones, como otras posiciones que plantearán entenderla como un juego de poder biopolítico.

A los efectos de enriquecer el análisis, se expondrán algunas frases a modo de testimonio, que fueron referidas por personas obesas mientras participaban en determinados grupos de apoyo. Dichos grupos trabajan, usual y específicamente, la problemática de la obesidad.

Palabras claves: Obesidad, Etiología múltiple, Psicología.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es, según la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), una enfermedad (Moreno, 2012). Como tal, se ha extendido de forma alarmante en el mundo, al punto que ha adquirido características de pandemia en las últimas décadas.

Dentro de las particularidades que interesa resaltar de la misma, se encuentra el hecho que sólo el 5 % del total de los casos de obesidad se explican por temas genéticos o del mal funcionamiento endocrino-metabólico: obesidad endógena (Barceló y Borroto, 2001). El resto de los casos corresponden a la obesidad exógena donde la ingesta calórica es muy superior al gasto energético de la persona. Esta situación se da a través de malos hábitos de alimentación, poca actividad física y un entorno obesogénico. A pesar de que sobre el tema de la obesidad en particular y de los trastornos de la alimentación en general, existe profusa información, muchas personas mantienen hábitos no saludables que impactan directamente en su salud. Dicho impacto se ve acompañado por el sufrimiento emocional y físico que las prácticas indicadas traen aparejados, todo lo cual constituye un círculo del que el sujeto no halla claramente, la forma de librarse. El sufrimiento se constituye así, en uno de los aspectos más destacables del “ser” obeso, el que puede convertirse en la clave de la problemática para cada uno de los pacientes.

Las investigaciones que se llevan a cabo en el mundo sobre los orígenes de la misma y los desarrollos teóricos que de ella se realizan, determinan que no haya un concepto único que pueda distinguirse a modo de origen. Muy por el contrario, los múltiples factores que en ella operan, hacen de la obesidad, una enfermedad multicausal. Dentro de sus múltiples motivos, el aspecto psicológico está presente de forma insoslayable.

A los efectos de desarrollar el mencionado aspecto, el camino que se propone transitar comenzará con una serie de conceptualizaciones efectuadas desde la Teoría Psicoanalítica. De dichas concepciones, el recorrido se abre luego siguiendo otros lineamientos, que se intenta que sirvan a modo de disparadores para pensar a la obesidad y al obeso en su multiplicidad de realidades.

DESARROLLO

Freud (2015), en sus desarrollos teóricos y recogidos en su obra “Más allá del principio de placer”, adoptó el supuesto de que el trascurso de los procesos anímicos es regulado por el Principio del placer. La vida anímica tiende a la homeostasis y cuenta con determinada cantidad de energía, por lo tanto el displacer radicaré en el aumento de la cantidad de excitación existente y el placer, en una disminución de la misma, con el fin de alcanzar nuevamente el equilibrio. Sin embargo, a los efectos de evitar peligros del mundo exterior, el principio del placer es sustituido, no en pocas oportunidades, por el principio de la realidad, que hace que debamos aplazar la concreción del placer y aceptar un cierto displacer por determinado tiempo. Por otra parte, de sus análisis, Freud concluyó que paradójicamente, muchas veces las personas repetían (ya fuera en sueños, en juegos o en su vida a través de una manera dinámica como ocurre en la transferencia), situaciones absolutamente displacenteras sin reemplazarlas por ningún “cumplimiento de deseo”, como si existiera una compulsión a la repetición más allá del principio del placer. Una posible explicación, sería la existencia de una “pulsión de apoderamiento” donde el rol de poder y de decisión es lo que aporta cierta ganancia de placer. Si se sigue esta línea de pensamiento, y posicionados en el caso de la obesidad, puede sostenerse que la pulsión de apoderamiento está presente en el obeso a través de la comida. Efectivamente, la persona obesa se apodera de su deseo y lo concreta lateralmente mediante un sustituto: la comida. Cuando la ingiere, se gratifica aunque sea por un instante, pasado éste, vuelve al malestar anterior.

Freud (1926), en su obra “Inhibición, síntoma y angustia”, trabajó por segunda vez el concepto de angustia. Definió en esta oportunidad a la angustia neurótica como representando un conflicto interno o “exigencia pulsional” (a diferencia de la angustia real, originada en algo externo al sujeto). Dicha angustia era experimentada por el Yo ante el temor de separación o de pérdida de objeto. Fue denominada como angustia de “castración”. En dicho desarrollo teórico, entendió a la angustia como causante de la represión, el Yo formaba síntomas y defensas para evitar tomar contacto con la angustia. De forma similar, en el caso de la obesidad, cuando el obeso come en exceso, podría entenderse que amortigua las señales de angustia y sigue, por lo tanto, sin tomar contacto con su conflicto más profundo.

Asimismo, la autora Gladys Tato (1999), en su obra, afirmó que la clave en el tratamiento de toda enfermedad radicaba en preguntarse qué pasaba en la vida del sujeto que enfermaba. Podía ser que no lo supiera o que lo intuyera pero que le

costara verlo por lo que el camino que la persona hallaba como solución, muchas veces, correspondía al de la enfermedad. Encontrar respuestas a dichas preguntas resultaba vital y no alcanzaba con buscar los motivos en el plano médico y tratarlos sólo desde allí. Por lo tanto, a la enfermedad en general (y por ende a la obesidad en particular al entenderla como tal, en virtud de las definición dada por la OMS, como fuera mencionado), podía vérsela como un fenómeno que comprendía las dimensiones somáticas y psíquicas dado que se partía de la convicción que no había dualidad posible entre mente y cuerpo sino que ambos eran aspectos de la conciencia. Por tal motivo se podía ver al sujeto como una integralidad, estando íntimamente relacionados tanto la enfermedad orgánica como el sufrimiento anímico y la biografía. El hombre se enferma física y psíquicamente al esconderse a sí mismo una historia cuyo significado le es intolerable. Por lo tanto la enfermedad se torna una respuesta simbólica que intenta alterar inconscientemente tanto el significado de la historia del sujeto, como su desenlace.

A los efectos de ahondar en esta mirada particular de la enfermedad, convendrá detenerse un poco más en el trabajo mencionado de Gladys Tato (1999). En él, la autora se adhirió al desarrollo teórico de Luis Chiozza, según el cual, Freud con su segunda hipótesis, abandonó el discurso cartesiano dicotómico. Desde esta afirmación, ya no sería válido hablar de soma y psique como dos sustancias separadas de las que se ocuparía el médico en el primer caso y el psicoanalista, en el segundo. Para llegar a esta hipótesis, Chiozza realizó un racconto de los principios desarrollados por Freud a lo largo de su obra. En un principio, Freud pudo describir la existencia de una parte inconsciente presente en la conciencia, es decir, reconoció la existencia de ciertos sentidos que la propia persona ignoraba. Esto lo hizo a través del análisis de los sueños, el chiste, los actos fallidos y las conversiones histéricas. Reconoció la presencia de un psiquismo sin conciencia, por lo cual la conciencia ya no definía ni era la cualidad esencial de aquél. Sí lo sería la significación, entendiendo a ésta como la relación entre signo y significado. Todo signo surgiría para representar a algún significado, por lo tanto el signo tiene la característica de “estar” presente (por lo que puede tomarse como material o físico), mientras que el significado sería evocado (por lo que podría vérselo como psíquico o ideal). De aquí se concluía que todo signo funcionaría como símbolo. La relación entre signo y significado no era lineal sino que operaba en una red compleja donde un punto o nudo que constituía el significado de un signo podía ser, según su posición en la red, el signo de otro significado. Con esto, “entrar” en la definición de físico o psíquico en tanto que signo o significado, carecía de sentido dado que dependía de la conexión que estableciera ese punto con la

conciencia que percibía y evocaba. Por lo anterior, Chiozza, concluyó que ya no tenía sentido hablar de una separación entre soma y psiquis dado que no eran dos entidades ontológicamente distintas que estuvieran más allá de la conciencia.

Tato (1999), al seguir por esta línea determinó también que cualquier enfermedad, incluso aquella que pueda considerársele como netamente orgánica, guardaba relación con los estados de ánimo y con los problemas conscientes o inconscientes. Vale decir entonces, que atender cualquier enfermedad desde el punto de vista exclusivamente médico, no contribuirá a su sanación.

A los efectos de comprender mejor esta dinámica, se entiende pertinente recurrir al escrito de Freud (1991) "Recordar, repetir, reelaborar". En dicho escrito, Freud desarrolló consejos para la técnica del psicoanálisis. Se refirió a la forma en que el paciente se comportaba ya fuera en la clínica como en su vida: repitiendo (*acting*) situaciones que remitían a traumas del pasado. Esto se correspondía con energías no ligadas a huellas mnémicas ni representaciones. Lo mencionado, puede observarse que se juega en la transferencia, en el encuentro con el analista. En el intercambio de todo vínculo analista-analizado, la repetición operaría en general, como resistencia a recordar. Cuanto más fuerte sea la repetición, mayor sería la resistencia. Muchas veces la labor del analista será reconstruir lo olvidado o ayudar a recordar, a los efectos de reelaborar la situación traumática que dio origen a la problemática del hoy. Pero no solamente el paciente repetiría ciertas conductas en la transferencia, sino que asimismo lo hará en su vida diaria. Repetirá actitudes que le provoquen malestar pero que le ayuden a mantener lejos situaciones del pasado que no estaría dispuesto a recordar: el obeso comerá profusamente, por ejemplo.

Por lo tanto, en virtud de lo señalado previamente y tal y como puede observarse en la cotidianeidad, un mal vínculo con la comida que hace que las personas no se queden en lo placentero y necesario del buen comer, sino que se expongan a problemas médicos serios que los pueden llevar a vivir una vida limitada o incluso a la muerte, está diciendo mucho más que lo que desde el saber médico se plantea comúnmente. El obeso "come" más allá de lo que le puede resultar saludable. De forma "compulsiva" repite esta conducta, come más allá del placer del "buen comer".

De este modo se intentará pensar dinámicamente a la obesidad y a la angustia presente en todo obeso, aunque no será la única manera.

Lecturas y construcciones sobre la obesidad.

Los números.

La Organización Mundial de la Salud define a la obesidad como “una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento de la grasa corporal, asociada a mayor riesgo para la salud” (Moreno, 2012, p.124).

En informe de dicho Organismo sobre Obesidad y Sobrepeso, de junio de 2016, se exponen los siguientes:

Datos y cifras

- Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo.
- En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos.
- En 2014, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso y el 13% eran obesas.
- La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal ¹
- En 2014, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos.
- La obesidad puede prevenirse.

Y agrega:

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).

Adultos

En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación:

- sobrepeso: IMC igual o superior a 25.
- obesidad: IMC igual o superior a 30.
(OMS, 2016, p.1)

La clasificación internacional de obesidad, propuesta por la OMS para un adulto es la siguiente:

<i>Clasificación de la obesidad según la OMS</i>		
Clasificación	IMC (kg/m ²)	Riesgo Asociado a la salud
Normo Peso	18.5 – 24.9	Promedio
Exceso de Peso	≥ 25	
Sobrepeso o Pre Obeso	25 - 29.9	AUMENTADO

¹ La **insuficiencia ponderal** es un término que se refiere a estar por debajo del peso que se considera saludable.

Clasificación	IMC (kg/m ²)	Riesgo Asociado a la salud
Obesidad Grado I o moderada	30 – 34.9	AUMENTO MODERADO
Obesidad Grado II o severa	35 - 39.9	AUMENTO SEVERO
Obesidad Grado III o mórbida	≥ 40	AUMENTO MUY SEVERO

(Moreno, 2012, p.125)

Se destaca que la utilización del IMC como medida para determinar la obesidad y el sobrepeso, es aceptada en virtud que existe una buena correlación poblacional (0.7 - 0.8) con el contenido de grasa corporal. Existe además una correlación positiva con el riesgo relativo de mortalidad (general y cardiovascular), independiente del sexo. Por lo tanto dicha correlación es la que ha determinado los puntos de corte para el diagnóstico de obesidad. (Moreno, 2012).

A la obesidad entonces, y definida como una enfermedad crónica, se le reconoce un ascenso tanto notorio como inquietante en las últimas décadas en casi todos los países (se duplicó entre 1980 y 2008). En virtud de lo anterior, la OMS ha declarado a la obesidad y al sobrepeso con el carácter de epidemia mundial.

Un acercamiento a diferentes investigaciones sobre el tema

Se han efectuado diversas investigaciones con el fin de explicar el explosivo aumento de la obesidad de los últimos años. Del material estudiado, se concluye que el factor que se repite en la mayoría de los estudios como causante del citado incremento, corresponde a un cambio tanto cualitativo como cuantitativo de la oferta alimentaria. No obstante, se agregarán oportunamente a éstos, otros componentes no menos destacables.

En lo que tiene relación estrictamente con los cambios cualitativos de la oferta de comida nombrados previamente, Peña y Bacallao (2000), efectuaron un análisis en el que concluyeron que el aumento notorio de la obesidad obedeció, efectivamente, al cambio en el régimen alimenticio acaecido en las últimas décadas. Dicho cambio se dio en el sentido de un aumento de la presencia de grasas y azúcares en la alimentación diaria, en detrimento de las fibras. En el período analizado por estos investigadores, las frutas y las verduras habían incrementado su precio lo que hacía menos viable su consumo para sectores de ingresos bajos. Por lo anterior, las personas comenzaron a consumir productos menos onerosos pero que detentaban una baja calidad nutricional: su composición era rica en grasa y azúcar.

Por su parte, Contreras (2002), refiriéndose al porqué del incremento de la obesidad, se adhirió a la idea de que la oferta incremental de alimentos incidió notoriamente en dicho aumento. Para el autor, los desórdenes alimentarios no se darían sin una oferta de alimentos profusa y permanente. Según él, el axioma que sostiene a la oferta alimentaria, se basa en la idea que lo que es bueno para vender, será bueno para comer. Señaló asimismo que nuestros cuerpos no estarían preparados por la evolución, para la abundancia alimentaria. Muy por el contrario, el cuerpo mantendría un mecanismo previsor de regulación biológica que nos prepararía para épocas de escasez alimenticia, por lo tanto, registrar el aviso corporal de que se comió lo suficiente, podría ser difícil de lograr.

Por otra parte, otros estudios toman en cuenta tanto cambios en el mercado alimentario como en las conductas de los individuos. Concluyeron que la conjunción de ambos propiciaba una explicación (aunque parcial) al problema estudiado. En efecto, en 2015, en la revista de la OMS, bajo el título “Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a global analysis” y firmado por Vandevijvere, Chow, Hall, Umali y Swinburn (2015), se relacionó el aumento en el porcentaje de personas obesas con cambios en la oferta alimentaria. En el mencionado trabajo fueron considerados los cambios en algunos hábitos de las personas como el mayor uso de medios de transporte y trabajos de tipo sedentario en detrimento de otros que implicaban mayor movimiento. A esto se sumó en el análisis efectuado, el exceso de oferta de las calorías disponibles, un precio más accesible de los productos alimentarios y técnicas de comercialización atractivas. Todo lo anterior llevó a un mayor consumo energético y por ende, a un incremento de peso. La asociación entre el cambio en el suministro de energía alimentaria y el cambio en el peso corporal fue estadísticamente significativa en general y para los países de ingresos altos, en particular. No obstante, esto podría explicar sólo un cariz de la problemática.

En nuestro país, el Ministerio de Salud Pública (MSP) realizó en 2013, la 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENT)², definiendo como tales a las Enfermedades Cardiovasculares, el Cáncer, la Diabetes y la Enfermedad Pulmonar Crónica (EPOC). Desde el punto de vista médico, se definieron los factores de riesgo de padecer alguna de estos padecimientos, agrupándolos en conductuales (tabaco, consumo perjudicial de alcohol, dieta no

² En 2006 se realizó la primera encuesta de este tipo y allí se hablaba de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNT).

saludable y bajo nivel de actividad física) y biológicos. Dentro de estos últimos, el MSP ubicó a la obesidad y el sobrepeso (junto con Presión arterial elevada, Glucosa sanguínea elevada y Lípidos sanguíneos anormales). Considerar a la obesidad y sobrepeso, únicamente como biológicos implica asumir que es escaso lo que la persona puede hacer para cambiarlos. De hecho fueron presentados separados del ítem correspondiente a “dieta no saludable”, expuesta en el grupo de “factores conductuales”, por lo que quedarían por fuera los factores que las vincularían con lo ambiental, conductual, emocional. Esto podría introducir dificultades a la hora de decidir de dónde partir para desarrollar políticas públicas que coadyuvaran al descenso de la incidencia de dichos factores de riesgo. E interesa destacar nuevamente la realidad estadística: el 64,9% de la población encuestada en edades comprendidas entre los 24 y los 64 años, presentaban sobrepeso u obesidad, esto es, casi dos de cada tres personas incluidas en la muestra.

Generar políticas que apunten a mejorar estos indicadores, es una tarea de primer orden.

A partir de aquí se abren varias líneas a recorrer. Por un lado se entenderá a la obesidad como multicausal, conformada por factores tanto endógenos como exógenos. Por otro lado, el ser obeso conllevaría un tipo de caracterización construida socialmente, que se expondrá a través de los estudios de diferentes investigadores. Por último, atendiendo el estado del arte del tema, se señalará la posibilidad o no, de inferir la existencia de una pauta de personalidad del obeso.

El desarrollo de estos temas irá mostrando cómo una mirada desde la Psicología, se hace imprescindible.

Etiología múltiple.

La importancia de ver en la obesidad su multicausalidad, ya fue destacada oportunamente. Es extensa la bibliografía que expresa que observar a la obesidad desde una mirada que sólo vincule una ingesta hipercalórica inadecuada y poca actividad física es, por lo menos, reduccionista. Mediante la adopción de una dieta hipocalórica y el agregado de ejercicio físico, podría lograrse un descenso del IMC en un primer momento, pero sostenerlo en el tiempo, se volverá en la mayoría de los casos, impracticable.

Los estudios que se expondrán a continuación, argumentarán y reforzarán el concepto de etiología múltiple de la obesidad. Interesa destacar que en cada uno de ellos, el hincapié estará puesto en un aspecto específico, no obstante lo cual, importa recalcar que todos se encuentran enrabados. El aspecto aglutinador subyacente, se halla en cierto malestar del sujeto, cuya forma de canalizarse se logra a través del comer en exceso. Esta puntualización no va en desmedro de la multiplicidad de causas implícitas en la obesidad, muy por el contrario, lo que sostiene es la existencia de múltiples factores que inciden en la vida de las personas e impactan según la historia, vivencia y realidad de cada uno.

Se comenzará el recorrido mencionando a Silvestri y Stavile (2005), para quienes desde el momento en que el ser humano es un ser bio-psico-social, los factores psicológicos y familiares pesarán indudablemente en el desarrollo de la obesidad como enfermedad. En efecto, en su estudio se sostiene que los factores psicológicos impulsan y mantienen una inadecuada y abundante ingesta de alimentos por lo que tomarlos en cuenta y trabajar sobre ellos, redundará en un mejor pronóstico para zanjar el trastorno bajo estudio tanto en el corto plazo, como para mantener su mejoría, en el largo plazo. Esto no quiere decir, según estos autores, que se pueda hablar de un tipo de personalidad del obeso, sino que existen personalidades que tienen determinadas particularidades en sus estructuras psíquicas, que propician la presencia de la obesidad y la eventual cronicidad de la misma. En lo vinculado con los factores familiares que influirían tanto en iniciar o mantener un proceso de obesidad, reconocen el influjo de la pareja y/o de los padres como crucial. A éstos pueden sumarse también hermanos y amigos. A los mencionados integrantes del entorno de la persona, les puede interesar que ésta mantenga su calidad de obeso por razones de lo más variadas: temor a que cambios corporales y que influyan en la autoestima de la persona, los aleje de su pareja dado que mantienen un tipo de relación donde uno se siente devaluado con respecto al otro; recelo por parte de los padres de que si el hijo o la hija se siente más cómodo con su cuerpo, comience a salir, a vincularse con otros, forme pareja y los deje solos. Éstos son sólo algunos ejemplos.

Por otro lado, Cabello y Zúñiga (2007), efectuaron una investigación en donde puede concluirse que los hábitos alimenticios personales, los modelos de alimentación familiar y el uso de la comida para hacer frente a eventos de vida estresantes, fueron factores importantes en la formación de la obesidad. En efecto, las interacciones entre los factores intrapersonales, (pensamientos, sentimientos y modos de cada individuo) y los factores presentes en el medio ambiente familiar que rodea la alimentación

(prácticas alimenticias, comportamientos al comer, modelo parental y dentro de éste, los roles de cada progenitor y los factores culturales), entre otros, pueden explicar el inicio y mantenimiento de la obesidad.

De igual forma, Moreno (2012), reconoce en su obra que en la etiopatogenia de la enfermedad, se hallan una multiplicidad de factores como los genéticos, ambientales y, aunque en menor medida, los metabólicos y endocrinológicos (hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipogonadismo y lesiones hipotalámicas asociadas a hiperfagia). Por lo tanto, a pesar de que la incidencia de estos últimos no es destacable, pueden ser eventualmente, explicativos de la presencia de la obesidad. Agrega además, la importancia de observar la distribución de la grasa corporal dado que esto puede sugerir el tipo de riesgo asociado a la obesidad. En este sentido, importa destacar a Lizarzaburu (2013), quien establece que la obesidad abdominal puede reconocerse como un factor desencadenante del Síndrome Metabólico, que evalúa riesgo cardiovascular y diabetes.

A los efectos de comprender mejor lo complejo del tema, se agregará a lo señalado previamente, la necesidad de tener presente en todo análisis de situación, la existencia o no, de un ambiente facilitador del surgimiento de la obesidad (u “obesogénico”) y a la forma de definirlo, como es la que se da en el trabajo de los Dres. Silva, Lecannelier, Reyes, Sapunar y Cordella (2014).

En dicho trabajo, los citados autores señalan que la comunidad científica ha definido como “ambiente obesogénico”, a aquél en el que se reconoce una serie de factores ambientales que favorecen el surgimiento de la obesidad. Dentro de esos factores se encuentra la existencia de un medio ambiente que requiera poca actividad física y que al mismo tiempo incentive el consumo de alimentos de alta densidad energética. Se concluye que la conjunción de ambos componentes, propicia la existencia de conductas alimentarias inapropiadas. En su investigación lograron reconocer tres tipos de alimentación: la externa, la restringida y la emocional.

En la primera, *la externa*, hay ciertas “claves alimentarias”, como la presencia de la comida, su olor, los ruidos que acompañan su preparación, situaciones todas que “invitan” a comer aunque no se tenga hambre, todo lo cual encajaría con un ambiente obesogénico, como fuera definido previamente.

La *alimentación restringida*, se instala en la conducta de una persona que constantemente está en la actitud de “cuidarse” de lo que come, restringe la ingesta de alimentos y paradójicamente, la restricción alimentaria va de la mano con episodios de sobrealimentación. La persona asume una costumbre de alternancia que se cronifica en el tiempo bajo un patrón de comportamiento de tipo “dietante”.

Por último, *la emocional*, ocurre cuando, ante cambios emocionales, la persona ingiere una gran cantidad de alimentos. Dichos cambios pueden ser de tipo positivo vinculados por ejemplo, con la alegría. Sin embargo, la mayoría de las veces están enlazados con emociones negativas. A la alimentación emocional, puede considerársele como una estrategia de regulación afectiva.

Los investigadores en su trabajo, partieron del supuesto que existen disposiciones afectivas de origen precoz vinculadas, por ejemplo, con la sensibilidad al estrés. La conducta alimentaria podrá optar (en caso de una situación que incomode), por un patrón restrictivo puro de tipo “alimentación restringida” (que incluye al tipo de “dietante crónico”, esto es: alternancia de una alimentación restringida y episodios de sobrealimentación) o por un patrón de tipo “emocional”. Por consiguiente, tanto la ansiedad como la sensibilidad al estrés que pueden generar la exaltación de la afectividad negativa, podrían ser reguladas por parte de la persona a través de la alimentación problemática (que incluirá a la alimentación restringida y a la emocional), constituyéndose la misma en un mecanismo de control que traerá aparejadas condiciones médicas particulares, como por ejemplo la obesidad y el resto de las enfermedades a ella asociadas.

A los efectos de completar el análisis de las vinculaciones propuestas, los autores arriban a la conclusión que hay una alta correlación entre incremento del IMC y la adopción de las conductas alimentarias problemáticas ya nombradas (restrictiva y emocional), no habiendo evidencia entre aumento de IMC y conducta de alimentación externa.

Se entiende conveniente puntualizar, agregando a lo señalado previamente vinculado con la alimentación emocional, que este tipo de conducta alimenticia se intensifica a partir de la adolescencia y que las mujeres la presentan en mayor proporción que los hombres.

Por último, del trabajo de los citados autores, se destacan sus conclusiones finales. En ellas, hacen hincapié en la diferencia que podría marcar en la evolución de los problemas epidemiológicos por ellos estudiados (que no sólo se limitan a la obesidad), la posibilidad de fomentar a nivel país una correcta alfabetización emocional de la población. Definen a la alfabetización emocional como todo aprendizaje que promueva una mejora en el discernimiento, complejización y en el intercambio de la afectividad individual. Con esto, se ampliarían los procesos de regulación afectiva, pudiéndose

evitar el recurrir a la conducta alimentaria como “salida” de situaciones que se tornan poco tolerables.

A modo de reafirmación del concepto citado previamente y vinculado con las formas de manejar situaciones estresantes, Bersh (2006), coincide con la mirada propuesta, al sostener que habitualmente se acude a la comida para mitigar el desasosiego emocional de cualquier origen.

Por otra parte, la OMS, en su informe de 2015, destaca igualmente la incidencia de factores psicológicos y socioculturales como productores del sobrepeso y la obesidad. A vía de ejemplo, dentro de los socioculturales, señala los cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo, a la educación y la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud, agricultura, etc. Destacan como medios para enfrentar esta realidad, la posibilidad de disponer de alimentos sanos, espacios para la actividad física y cursos para concientizar acerca de los beneficios de la prevención y cuidados de la salud. Como muestra, la OMS sugiere la reducción en el consumo de azúcares como una nueva estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, (Guillén, 2015). Se volverá a este tema más adelante al hablar del informe de la OMS de 2016.

Del mismo modo, Cordella (2007), entiende que los trastornos alimenticios se constituyen en una psicopatología que incluye las dimensiones biológica, familiar y social de las personas y apunta al modo de pensar las intervenciones posibles. Esto implica un desafío para los especialistas en el entendido que deben integrar las conceptualizaciones necesarias para abarcar la idea de qué es lo enfermo y qué procesos están involucrados.

Todo lo anterior refuerza la idea de la necesidad del trabajo interdisciplinario para atender a cada uno de los elementos que inciden en esta problemática (Silvestri y Stavile, 2005).

El cuerpo. Esquema e Imagen corporal.

El cuerpo se constituye en el vehículo que nos permite adentrarnos en el estudio de los trastornos alimentarios y donde éstos se manifiestan y se muestran al mundo en primer lugar, por lo tanto, debería tenerse claro qué es. Diversos autores pertenecientes a diferentes disciplinas, se han encargado del tema de la corporeidad. A través de la historia, el cuerpo se ha visto creado y recreado de múltiples formas.

Esto determina que en cada época el relacionamiento con el mismo establezca diferentes placeres y diferentes padecimientos.

A continuación se expone de forma textual, una cita de Bryan Turner que resulta esclarecedora: “El cuerpo es a un mismo tiempo la cosa más sólida, más elusiva, ilusoria, concreta, metafórica, siempre presente y siempre distante: un sitio, un instrumento, un entorno, una singularidad y una multiplicidad” (citado por Alvarado, 2013, p. 49). La cita anterior, permite ver la variadas lecturas que a partir del cuerpo pueden realizarse, las que se traducirán en modos de conectarse desde él, intra e interpersonalmente. El relacionamiento que se tenga con el propio cuerpo se vuelve un factor fundamental a la hora de comprender la presencia o ausencia de patologías de diverso orden. Dicho relacionamiento permitirá que al cuerpo se lo disfrute o se lo sufra, que la persona se defina como cenestésica o “indiferente” a su propio cuerpo. Todo partirá del aprendizaje que haya propiciado la familia, la escuela, los pares, la sociedad, es decir, desde el poder que organiza la vida y la muerte como se intentará explicar en este trabajo.

En la misma línea de pensamiento, se puede ubicar David Le Breton (2002) dado que sostiene en su obra, que lo primero es la corporeidad: del cuerpo surgen los significados base de la existencia humana y social.

Un aporte sustancial para comprender la evolución del estudio del papel del cuerpo, fue realizado Michel Foucault (2005), al adentrarse en el mundo del disciplinamiento, de las pautas esperables para ser y hacer en sociedad. Puntualmente en “Historia de la sexualidad”, afirmó que la medicina definía la manera de vivir, de relacionarse con uno mismo y con su cuerpo, con los alimentos, con la vigilia y el sueño. Para esto, dicha ciencia se basaba en reglas y en un saber que le confería poder de decisión sobre el resto de las personas. Agregó que el poder ejercido sobre la vida se organizó en torno a las “disciplinas” del cuerpo y las regulaciones de los individuos. Estas disciplinas marcaron las patrones a seguir, lo esperable y para ello se necesitaban “cuerpos dóciles... [y *un cuerpo*]... transformado y perfeccionado...” (Foucault, 2002, p.140), dicho esto último en el sentido de cuerpo “normalizado”, y donde los imperativos sociales fueran aceptados y sirvieran de sostén para mantener ciertas estructuras corporales y por ende, sociales. Afirmaba además, que los procesos de disciplinamiento, vigilancia y normalización, eran los que nos iban constituyendo como sujetos. Estos procesos se daban desde nuestro nacimiento.

Por lo tanto, y como corolario de lo visto hasta este momento, la corporalidad y el relacionamiento que se construye con el cuerpo, se vuelven centrales para entender los trastornos de la conducta alimentaria.

En este punto, resulta interesante hacer un pequeño paréntesis y dedicar unas líneas a distinguir esquema corporal de imagen corporal.

El esquema corporal, según Pizarro (2005), corresponde a la forma de entender que el cuerpo ocupa un lugar en el espacio situacionalmente, vale decir, desarrollando y participando de diferentes tareas. Del mismo modo, para las autoras Arnáiz y Lozano (1992), el esquema corporal está constituido por las imágenes mentales que se tienen del propio cuerpo que involucran tanto su capacidad de movilidad como sus limitaciones, el lugar que ocupa en el espacio, su segmentación y sus posibilidades.

Por su parte, la imagen corporal para Pizarro (2005), comienza a generarse en la niñez y continúa en la adolescencia, pertenece al orden de lo abstracto. Es un constructo multidimensional, una representación mental que tienen los individuos del tamaño y forma de su cuerpo, y que se torna trascendental para el desarrollo psicosocial de la persona.

Con el fin de profundizar en la caracterización del concepto analizado, se propone recurrir al trabajo de Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007). Estos autores en su obra, reconocen tres tipos de atributos como constitutivos de la imagen corporal y que deben ser tenidos en cuenta en todo análisis que intente explicar cualquier tipo de problema que involucre al cuerpo. Ellos son los aspectos perceptivos, cognitivos-afectivos y conductuales.

Los primeros, los *perceptivos*, engloban la exactitud con la que se aprecia el tamaño, peso y forma del cuerpo (ya sea en su totalidad o por partes). Alteraciones en lo perceptivo, pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones corporales.

Los aspectos *cognitivo-afectivos* incluyen las actitudes, pensamientos y valoraciones que genera el cuerpo. Esto se traduce en que desde lo emocional, se agregan vivencias (placenteras o no), enojos, impotencias, etc., en definitiva, se refiere a la evaluación que el sujeto hace de su propio cuerpo.

Por último, los aspectos *conductuales* incluyen todo comportamiento derivado de la percepción del cuerpo y los sentimientos a él asociados, como por ejemplo, evitar mirarse al espejo si genera esto malestar por la imagen física.

Interesa subrayar asimismo, el aporte al tema de Françoise Dolto. Esta autora señala que la imagen del cuerpo está enlazada a cada sujeto y a su historia, es propia de cada uno. Se constituye en un breviario de experiencias emocionales de diferente índole. Y agrega que se le puede considerar como la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante y esto se da antes inclusive de que el individuo pueda designarse a sí mismo como "Yo". (Citado por Gallego del Castillo, 2009). A modo de resumen y según Thompson, puede decirse que la imagen corporal constituye la visión internalizada de la propia apariencia que hace actuar al individuo e influye en el procesamiento de la información con la que cuenta. Es la evaluación que el sujeto efectúa (mediante una representación mental), del tamaño, peso y cualquier otra característica de su cuerpo (Citado por Rodríguez y Gempeler, 1999).

Por otra parte, se entiende adecuado traer a colación el concepto de autoestima, dado que la misma está vinculada con la imagen corporal. En efecto, la autoestima se asienta en ésta. Por consiguiente, distorsiones en una, repercutirán en la otra, propiciando dificultades de diversa índole. Esta situación se vuelve más delicada al tomar en cuenta que en la sociedad actual la imagen y la inmediatez, lo son todo. Según Branden (1995), por autoestima se entiende la destreza de sentirse competente para afrontar los desafíos básicos de la vida y además merecedor del estado de bienestar. Lo anterior implica que sus dos componentes básicos los constituyen la eficacia personal y el respeto a uno mismo.

A los efectos de ahondar en el tema de la vinculación entre imagen corporal y autoestima asociada, puede atenderse la investigación que Nieves (2009), efectuó al respecto. En la misma se concluye que efectivamente la imagen corporal y la autoestima están íntimamente ligadas. La primera, como fuera señalado, incluye aspectos tales como los cognitivos, perceptivos, actitudinales, comportamentales, afectivos, donde estarían comprendidos el miedo a ser obeso, la predilección por la delgadez y la limitación al comer. Asimismo se reconoce que publicitariamente se promueve el ser delgado para asociarlo con estar en forma y mantenerse joven. La sociedad acepta más fácilmente a la mujer delgada que a la que no lo es, según conclusiones del trabajo, lo que lleva a que exista un verdadero anhelo por alcanzar lo que reconoce como un modelo social que se impone. Este modelo, de no lograrse, genera una insatisfacción corporal que influye en la calidad de vida laboral y en la autoestima de la persona. En efecto, la construcción social de la imagen corporal, desarrolla estándares difícilmente alcanzables por la mayoría de la población. Se constituyen entonces en pautas que permean la vida de las personas y la hacen

valorarse pobremente. Concretamente Carmen Bañuelos (1994), señala que los ideales estéticos son promovidos y sostenidos por los medios de comunicación, los que influyen de manera engañosa a la mayoría de la población.

Para terminar, interesa retomar en este punto a Silva et al. (2014), cuando señalan que la imagen corporal emparentada con la autoestima e inmersa en un ambiente obesogénico, recrea un tipo de caldo de cultivo facilitador del despliegue de estrategias de regulación emocional que se vinculen con una conducta alimentaria inadecuada y con desórdenes afectivos del orden de la depresión.

La construcción social del “ser obeso”.

Es importante, a partir de aquí, plantearse la mirada que el resto de la sociedad deposita en el obeso. Se ha dicho que es una persona que padece una enfermedad multicausal a la que deberían atender varias disciplinas. A esto debe sumarse que la estética ha impuesto (fundamentalmente desde el fin de la 2da. Guerra Mundial) el culto a la delgadez: hay una especie de obsesión por ser delgado donde el miedo a engordar se constituye en un elemento clave en el diagnóstico de los trastornos alimenticios según Jáuregui, López, Montaña y Morales (2008). Esto se configura en un problema que viene a sumarse a la vida no solo de los obesos, sino también de todos aquellos que no se “ajustan” a los cánones definidos socialmente, porque de construcciones sociales se está hablando.

Efectivamente, si se avanza por la línea de Foucault (2002), se verá que los dispositivos por él llamados de saber/poder, se articulan en el cuerpo de forma directa determinando que se asuma como verdades naturales, ciertas pautas creadas que fueron permeando el imaginario social mediante un mecanismo imperceptible, pero omnipresente. Foucault (2002), asimila al cuerpo a un texto sobre el que se escribe la realidad social utilizando para esto como principal arma, el discurso. Así la subjetividad se origina en cierto contexto histórico, político y social donde discursivamente y contra toda evidencia empírica (según los datos dados por la OMS ya expuestos), el modelo al que se debe aspirar es el de ser una persona extremadamente delgada. Esto se complica aún más al agregar otras aspiraciones del modelo imperante, siendo en la mujer en quien dicho modelo penetra más y donde la estigmatización del ser obeso se muestra de forma más profunda. El sondear en el conocimiento del tema de la estigmatización es fundamental para desarrollar estrategias que minimicen los estragos que provoca.

La obesidad, dentro de los trastornos alimentarios, se constituye en lo más temido. Con el fin de indagar sobre este tema y sobre las formas con las que el resto de la sociedad percibe al obeso, se realizó un estudio donde se recolectaron las siguientes calificaciones para las personas obesas: "...introvertidas, inhibidas y cooperadoras... cariñoso, auxiliador, complaciente, dependiente y dócil... excluido, tímido, susceptible, ansioso, rechazado, inseguro y pasivo,... solitario, vago, apagado, dependiente, miedoso, solo, infantil o impulsivo" (Jáuregui et al., 2008, p.225)³.

Resulta interesante señalar que estos autores sostienen que al llevar a cabo la investigación, las personas encuestadas más que "ver" a la otra persona, se referían a los estereotipos asociados e instalados en su percepción, referidos a los obesos. Esto los llevaba a calificarlos, además de lo planteado previamente, como "incapaces de trabajar duramente, menos fuertes, menos estables, menos autocontroladas, lentas, perezosas, blandas y débiles... menos atractivos, carentes de autodisciplina, impopulares, poco activos, poco inteligentes, no dispuestos a trabajar duro, con menos éxito y malos deportistas" (Jáuregui et al., 2008, pp.227-229). Los adjetivos de mayor frecuencia utilizados por los encuestados denotan una visión absolutamente negativa de la persona obesa. Esto hace concluir a los investigadores que estas personas sufren un patrón de denigración y condena u opresión civilizada, a modo de estigma social. Estos "estigmas sociales", según Buschiazzo y Saez (1997), inciden en el obeso disminuyendo las oportunidades de lograr trabajo y educación. Todo lo anterior contribuye además al empobrecimiento de su autoconcepto, de su autoimagen e incrementa su ansiedad. Del mismo modo, repercutirá en la calidad de sus relaciones interpersonales.

Por su parte Bañuelos (1994) sostiene, reafirmando así los conceptos anteriores, que la opinión propia del obeso se constituye en menos importante que la del entorno, dado que el obeso acaba interiorizando los mecanismos y opiniones sociales de quienes lo rodean, por lo que termina por sentirse culpable y responsable de los "defectos" que se le atribuyen.

Esta "verdad", se va incorporando desde la niñez, haciendo estragos en la adolescencia. Al respecto, el sociólogo David Le Breton (2016, p.63), en su obra "Cuerpos y adolescencia" señala que:

Las transformaciones corporales se imponen al adolescente. Le plantean el tema de la mirada de los otros a ese joven, a esa joven en quienes se están convirtiendo; así

³ Cabe consignar que en el estudio referido, se recogió asimismo la opinión que tienen sobre los obesos, algunos pacientes con Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa.

como su apertura al deseo y a su genitalidad. Sus cuerpos escapan a su control igual que el estatus que adquieren en el seno de la sociedad. Jugando con su apariencia el joven hace de su piel una herramienta de experimentación de sí mismo, de exploración y de búsqueda identitaria. Pero el cuerpo también proyecta el malestar de la adolescencia en el momento en que se debilitan sus referentes adultos. Las tentativas de apropiación y de control de la imagen de sí a través de los peinados, los tatuajes y las vestimentas pueden ser signos de sufrimiento y dentro de las conductas de riesgo, las adicciones y los problemas alimentarios, muestran una intención de escapar de una identidad que viven como insoportable.

Se entiende pertinente añadir que según Contreras (2002), la delgadez se asocia con el éxito y con lo atractivo, con el poder y con cualquier otro atributo que pueda considerarse valioso. Sin embargo, la gordura es considerada física y moralmente deleznable, obscena, desagradable. La aversión que engendra la obesidad además, hace que se la vincule a la malnutrición, pobreza y al exceso de grasas. Los cánones de belleza y delgadez, y el culto a la juventud (presentes en todas las edades) abarcan tanto a hombres como a mujeres e implican que la flacura y la apariencia juvenil sean el anhelo de todos en general y de las mujeres en particular, siendo en éstas donde el atractivo físico sigue siendo prioritario.

Asimismo, deberá prestarse atención a las dificultades prácticas que derivan del simple hecho de intentar comprarse ropa. Los conflictos y malestares que se suscitan ante la situación de no hallar qué vestir, minan el bienestar y la autoestima de la persona gorda. Se ha reinstalado en el mes de setiembre del año 2016, un proyecto de Ley que propicia la obligación de contar con todos los talles (lo que incluye a los más grandes), en el stock de prendas a ofrecer en las tiendas de ropa. Esto genera por un lado, esperanza en los usuarios y por otro, resistencia en los comerciantes porque a pesar que el nicho de mercado que generan los obesos es cada vez más amplio (lo que no obstante desde el punto de vista sanitario, obviamente constituye un problema importante como se ha visto), los empresarios no ven viables contar con tal variedad de talles. Se ha instalado el debate (paso fundamental para el surgimiento de soluciones), por lo cual se ha dado participación a diversos actores: desde los comerciantes hasta la Academia. Es así como puede leerse en un diario capitalino, el artículo de la periodista Valentina Giménez (2016, setiembre 18), “Un debate XXL: la ley de talles vuelve al Parlamento”. En dicho artículo, se expone la palabra de María Pimienta de Facultad de Psicología de la UDELAR, quien sostiene que el modelo imperante vincula el éxito y el autocontrol con la capacidad de lograr el estado de

delgadez y el control del peso. Dicha aspiración puede desembocar en trastornos alimenticios en virtud del rechazo que las sociedades actuales sienten por el obeso.

En función de lo ya señalado y siendo pertinente entonces considerar la etapa histórica social en la que nos hallamos donde todo es “use y tire”, donde todo debe ser rápido, urgente y resulta imperioso terminar algo para pasar a lo que sigue, cabe preguntarse concretamente acerca de la incidencia de la Hipermodernidad y su apuro, en la forma de relacionarnos con el otro y con la comida en particular.

Ana Ma. Araújo (2013), aporta su visión:

El Sujeto de la Modernidad: el sujeto de derecho de la Revolución Francesa; el sujeto de trabajo estudiado por Marx y el sujeto del deseo y del inconsciente analizado por Freud y Lacan se va transformando en un individuo cada vez más pautado por el cumplimiento del deseo inmediato, por la desmesura del Narcisismo y del consumo, por un individuo sumergido en un presente dilatado (p.29).

Todo este apresuramiento construido y pautado por lógicas no naturales y adquiridas a lo largo de nuestra vida va, a su vez, construyendo determinadas categorías y patologías. Muchas veces lo no resuelto, que incomoda y/o abruma se muestra, se observa o “se pesa”. Al hablar de la categoría “obeso”, se ha explicado cómo se ha ido construyendo su subjetividad por lo que no sería acertado hablar de un tipo de obesidad. Silvestri y Stavile (2005), lo resumen muy bien al reconocer que las variables que obran en una persona son numerosas y específicamente en los casos de obesidad, pueden ser tan vastas, que más que hablar de un tipo de obesidad, correspondería hablar de que “existen tantos casos de obesidad como obesos” (p. 2).

Una mirada desde la Psicología.

Hasta este momento se ha incursionado en la conceptualización de la obesidad y los diferentes ángulos que el tema comprende. Interesa, a partir de este punto, introducir una mirada desde la Psicología.

Se entendió como un recurso que proporcionaría riqueza expositiva, contar con la voz de los propios obesos. Para ello, se expondrán a los efectos de utilizarlas como disparadores de diferentes temas, frases dichas por los mismos (tomadas a modo de testimonio), las que fueron extraídas de algunos grupos donde se trabaja la problemática de la obesidad. En efecto, en el país (emulando modelos del exterior), existen colectivos de apoyo a personas con diferentes adicciones (alcoholismo, drogadicción, ludopatía, etc.). De forma similar, hay grupos de obesos que se reúnen con una asiduidad semanal para trabajar con su problemática siguiendo algunos de los

lineamientos constitutivos de aquéllos. Una de sus premisas es ayudar a la reeducación alimentaria. Las frases con las que se trabajará, se eligieron en virtud de que presentan situaciones interesantes a pensar y concomitantemente, no contienen ningún tipo de particularidad que propicie la identificación de sus autores, preservando así los lineamientos éticos básicos y obligatorios que deben regir el ejercicio profesional y de vida. Serán nominadas con la letra P (Persona) y numeradas a partir del número 1, indicando que fueron dichas cada una por una persona diferente en alguna de las reuniones mencionadas previamente. Se indicará el género y el rango etario de quien lo dice, en la medida que se entiende apropiado para contextualizar la situación.

“Yo me salí un poco del plan... es que en casa hicieron de eso que se hace los sábados de noche y me gusta tanto... y no pude evitarla... soy una desgracia...una estúpida...” (P. 1, Sra. de cuarenta y pocos años, en uno de los grupos semanales de reeducación alimentaria, señalado previamente).

Con el fin de entrar en tema, se volverá brevemente a la OMS, en su informe de junio de 2016. En la parte final del mismo, puede leerse que la Asamblea Mundial de la Salud se refiere a su vez, al informe de la Comisión para acabar con la Obesidad Infantil.

En la declaración referida en última instancia, se hacía hincapié en la necesidad de luchar contra la obesidad de ese grupo etario y en las recomendaciones contenidas para tratar el entorno obesogénico de los niños. Dentro de sus recomendaciones, se encontraba la necesidad de limitar la ingesta energética que proviniera tanto de la cantidad de grasa total como de **azúcares**. Se destacó con negrita el tema de los azúcares en virtud que interesa referirse al trabajo de Alejandro Vásquez (2004). En efecto, en dicho estudio se mencionó el carácter adictivo de los Carbohidratos Simples Refinados (CSR), los que sólo suministrarían calorías al carecer por completo de minerales, vitaminas o fibras. Dentro de esta categoría se incluía el azúcar refinado, los dulces, las bebidas carbonatadas y las harinas muy refinadas. Al aportar sólo calorías, su consumo a lo largo del tiempo, traería aparejado un incremento del IMC. El hecho de señalar el carácter “adictivo” resultará por demás interesante dado que hará pensar en otro tipo de drogas del orden de las que la sociedad define como ilícitas, a diferencia de aquéllas que se asumen como legales. La diferencia entre unas y otras dependerá de cada cultura, del momento de la historia en el que la misma se encuentre, en definitiva, las sociedades habitualmente definen, por medio de sus instituciones, cuáles sustancias serán consideradas ilegales y cuáles no y por ende, cuáles serán pasibles de sanción y cuáles no. Los diversos estudios mencionados en

el artículo, dieron cuenta de la manera en que incidía la ingesta de CSR en el ánimo de las personas (mujeres con Trastorno Disfórico Premenstrual que comían chocolate “como drogas”, al decir de los investigadores; personas con depresión invernal donde el cambio con respecto al verano era el tipo de alimentación que llevaban: en invierno era en base a azúcares; e incluso en ratas donde se vio que el suspenderles la ingesta de azúcar, se recreaban conductas acordes con el síndrome de abstinencia similares a los generados por la privación de opiáceos: temblores, inestabilidad motora, entre otros). Por lo tanto, puede afirmarse que los Carbohidratos Simples Refinados (se recuerda: dentro de los que se hallan el azúcar y las harinas refinadas) son sustancias psicoactivas y según el autor, cumplirían con los supuestos para “dependencia”, contenidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM IV). Sin embargo, no están incluidos dentro de los prohibidos, muy por el contrario, son socialmente aceptadas, el acceso a los mismos es sencillo y no presentan censura social alguna.

A modo de ejemplo se transcribe a continuación la descripción que recrea el consumo del chocolate, que la hace coincidente con la mirada del DSM IV:

- a) sensación de ansiedad o angustia producida por una frustración que inicia el consumo, por ejemplo, del chocolate;
- b) un “pico” de excitación, donde la persona puede alejar de su conciencia por un instante ese problema, comienza a sentirse mejor, (asimilable... a la eliminación de la Depresión Dolorosa);
- c) una caída de tipo ansiosa o depresiva lo que favorece la reiniciación del ciclo adictivo... (Vásquez, 2004, párr. 12)

Se vuelve a comer chocolate.

Esto apuntaría a que la obesidad pueda ser vista como un trastorno aunque no esté incluida específicamente en el DSM IV. Los beneficios de vincularla con un síndrome específico implican definir su etiología, máxime si se tiene en cuenta que el 75% de los obesos del país son adictos a los CSR. Asimismo, puede ayudar a definir un tratamiento específico (similar al de otras adicciones como alcohol y sustancias psicoactivas), dado que se vio que si se le suprimía, podría generar abstinencia y abandono del plan de alimentación diseñado. Se volverá sobre este punto al final del presente apartado.

Cabe destacar que se entiende conveniente aclarar un poco más acerca del DSM IV (1995). Este Manual incluye los Trastornos de alimentación correspondientes a Anorexia nerviosa (rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos

normales) y Bulimia nerviosa (comer grandes cantidades de alimento y luego tratar de compensar esta situación con vómito provocado, laxantes, diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo). En ambos, existe una “alteración de la percepción de la forma y el peso corporales” (p. 552).

No obstante, el DSM IV no incluye a la obesidad simple:

Aunque la obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, en el DSM-IV no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales (p.552).

Sin embargo, cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad, este hecho puede indicarse anotando la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico (p.692).

Existe una evidencia razonable para sugerir una asociación entre los factores psicológicos y el estado físico, aunque a menudo no es posible demostrar una causalidad directa o los mecanismos subyacentes de la relación. Los factores psicológicos y comportamentales pueden afectar el curso de casi todas las categorías mayores de enfermedad... (p.692).

En resumen, el Manual reconoce que los factores psicológicos o comportamentales tienen, potencialmente, una incidencia que no puede desconocerse ya sea en el tratamiento o en la manifestación de casi todas las enfermedades médicas. No obstante lo anterior y en tanto no exista una evidencia de una “causalidad directa”, se planteará la duda acerca de la posibilidad de que se hallen determinados factores psicológicos presentes en la obesidad que caractericen el ser obeso. Efectivamente, no hay unanimidad en este aspecto. Varios autores concluyeron que no existía evidencia contundente acerca de la posibilidad de que la personalidad del obeso poseyera características particulares. Por ejemplo, Carmen Bañuelos (1994), sostuvo en su trabajo que síntomas característicos de la obesidad como ansiedad, depresión, baja autoestima y pobre imagen, podrían verse como el resultado de la obesidad más que como su causa. En la misma línea entendía que no se podía afirmar que fueran los rasgos de la personalidad quienes causaren el ser obeso, sino que las posibles perturbaciones psicológicas provenían de las consecuencias que la obesidad tenía para la persona. Sin embargo, otros autores en investigaciones posteriores introdujeron cierto matiz (pero sólo esto, un matiz) en esta conclusión tal y como se expone en trabajo de Bravo Del Toro, Espinosa, Mancilla y Tello (2011). En efecto, en su trabajo de investigación concluyeron que se podrían determinar los rasgos de

personalidad predominantes en las personas con obesidad, aunque esto no resultara definitivo. Sugirieron seguir investigando para tener un panorama terminante.

A los efectos de cerrar este apartado, entonces, interesa volver al tema de los trastornos alimenticios emparentados con las adicciones. Según Soria (2011), no existe unanimidad de opiniones con respecto a este tema. Para algunos investigadores, existen evidencias del orden de las similitudes clínicas y bioquímicas, como para afirmar que los trastornos en las conductas alimentarias pueden encuadrarse en un modelo adictivo. Otros autores, sostienen que deberían ser otros los modelos que expliquen dichos problemas. Basan sus afirmaciones en la presencia de conductas impulsivas y la alta comorbilidad con trastornos de personalidad observados en sus estudios.

A continuación se expondrá sucintamente, las semejanzas entre un trastorno alimentario (cabe aclarar que no se limitan a la obesidad, sino que incluyen a la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa) y una adicción. Dichas similitudes incluirían: la dependencia a determinados comportamientos (por ejemplo la ingesta de comidas adictivas como los CSR, vista líneas arriba), la pérdida de control sobre la ingesta de determinados alimentos, deseo irreprímible de comer un alimento concreto, síndrome de abstinencia, manejo de la comida para bajar el estrés o estados emocionales negativos, denegación del trastorno y subsistencia del consumo a pesar de los efectos negativos y recaídas. Estas puntualizaciones coinciden con conductas presentes en los trastornos por consumo de sustancias, sin embargo, Soria (2011) señala que se hacen necesarias más investigaciones para lograr evidencias concluyentes. De todos modos, tener presente la existencia de dichas similitudes, proporciona herramientas para posibles tratamientos.

Por su parte, quienes no adhieren a la idea anterior, ven en algunos pacientes con trastornos alimentarios, proximidades básicamente con el trastorno de personalidad borderline (esencialmente en mujeres y en lo impulsivo de sus conductas: robos y relaciones sexuales no seguras).

Por último, interesa mencionar un trabajo de Ravenna (2006) en el que el autor alude a una personalidad de tipo adictivo y a una enfermedad adictiva, referidas ambas al problema específico de la obesidad. Refiere a una personalidad adictiva, en el entendido que en ella influyen ciertos estados emocionales particulares que se relacionan a su vez con factores químicos (neurotransmisores y neurorreceptores),

pero también biológicos, sociales y culturales. En tanto la enfermedad adictiva, la caracteriza con cuatro elementos que se conectan entre sí: **a.** Objeto droga: la comida se vuelve tóxica dado que no mantiene su característica nutricia, y puede provocar enfermedades físicas y/o psíquicas. El problema radica en la cantidad de comida que se ingiere y en el tipo de alimento, todo lo cual puede crear dependencia. **b.** La persona: una de las características del obeso es que no tiene límites con su ingesta, ni con su cuerpo ni con su comportamiento. **c.** La familia: ciertas familias fomentan la adicción desde etapas tempranas. **d.** Factores socioculturales: la incidencia de la mirada y el deseo de los otros presionan el comportamiento social de la persona obesa haciéndolo incluso mantener sus conductas adictivas.

“Yo no bajo más a la playa... no tengo pareja y ni me interesa... tampoco consigo ropa... estos pantalones los odio, son unas bolsas... pero es lo que hay... jajaja” (P. 2, Sra. de 45 años, en un grupo semanal de reeducación alimentaria).

En “Psicosis y Neurosis”, Freud (1924) describía dos momentos o pasos tanto en la constitución de la neurosis como en la de la psicosis (la cual no será abordada en esta oportunidad ya que excede los objetivos de este trabajo), donde se veían las características típicas que las definían y diferenciaban. En la etiología de ambas, sostenía que se encontraba la frustración de un deseo de la infancia: siempre se trataba de una frustración externa.

Brevemente interesa reseñar que Freud trabajó con las diferentes instancias constitutivas de su 2ª Tópica: el Yo como instancia que unifica (es la identidad, la conciencia que organiza el aparato psíquico). Sería quien tendría una posición intermedia entre el mundo exterior y el Ello, articulando los deseos del Ello, al Súper Yo y al Mundo Exterior. Está “sometido” a estos tres vasallajes.

El Ello incluye al mundo pulsional, al Inconsciente (ICC), lo reprimido, y se nutre de los deseos de la sexualidad infantil. En tanto que el Súper Yo constituye la internalización de las normas, reglas y prohibiciones parentales (resultando del desenlace del Complejo de Edipo).

Freud sostenía que lo subyacente en toda patología era la frustración de algún deseo no cumplido. Por lo tanto en los orígenes de la Neurosis, en un primer tiempo habría un conflicto entre el Yo y alguna pulsión del Ello. Esta situación de conflicto, se intentaría solucionar por parte del Yo, reprimiendo al Ello (el Yo se basaría en los lineamientos del Súper Yo y/o del Mundo exterior). Cuando esta represión deja de ser eficaz y el deseo del Ello sigue pugnando por salir, surge la angustia y las pulsiones implicadas podrán seguir buscando cómo lograr su propósito, subrogándose a otras

formaciones para burlar los mecanismos defensivos del Yo. Aparecerán así los Síntomas, como formación de compromiso entre el Yo y el mundo pulsional del Ello (a modo de “recordatorio” que hay algo no resuelto que no nos deja vivir plenamente). El desarrollo del síntoma, fundamentalmente, tiene que ver con el monto de angustia que la frustración de la satisfacción de deseos provoca. Pueden desarrollarse diferentes conductas que si bien resultan limitantes para la persona en algún sentido, en otro le permiten sobrellevar la angustia que pugna por salir como recordatorio de aquella pulsión no atendida, reprimida. Se constituyen en satisfacciones sustitutivas. Esto puede resumirse en que los síntomas para la Teoría Psicoanalítica tienen un sentido inconsciente que el sujeto ignora.

En el ser obeso operan múltiples y variadas lógicas que el análisis puede ayudar a develar.

“Iba bajando por una escalera caracol en mi trabajo y en la pared había un gran espejo. Cuando me vi reflejada con mi nueva figura, entré en pánico... ésa no podía ser yo... quería mis kilos de nuevo...” (P. 3, Sra. de treinta y pocos años, en un grupo semanal de reeducación alimentaria)

Green (1990), expuso acerca de cómo Freud en el desarrollo conceptual del Inconsciente, fue transitando por un proceso de descubrimiento que lo hizo hallar la parte inconsciente de la instancia del Yo en un momento donde entendía que la integralidad de éste, era necesaria para emprender un análisis.

Freud analizó la renuencia que operaba en su época a la idea del Inconsciente. Entendía que había una censura moral e intelectual a dicha noción. Sin embargo, había observado que cuando el analizado accedía a la asociación libre, ya no había un nexo racional al cual recurrir y la tarea del analista se hacía allí de primer orden a los efectos de hallar la lógica implícita (ajena a la razón común). Freud teorizó entonces acerca de los procesos primarios (regidos por el principio de placer) y los secundarios (gobernados por el principio de la realidad). En ambos reconoció una lógica que resultaba implícita en los primeros y era de tipo tradicional en los segundos. La lógica de los principios primarios, implicaba que se desconociera el tiempo, no se tomara en cuenta la negación, operaran por condensación y desplazamiento y no toleraran la espera ni la demora. Sorteaban todo aquello que intentara impedirles expresarse. Por lo tanto, de alguna manera, los deseos inconscientes lograban cumplirse: ya fuera mediante la creación de formaciones de compromiso o mediante otro tipo de pensamiento que garantizara la obtención del principio de placer. Freud (dice Green) sostenía que se había subestimado el aspecto saludable de dicho logro, haciéndose hincapié solamente en su aspecto patológico. El propio Freud admitía que el yo normal

poseía distintas distorsiones en el vínculo con la realidad, por lo que incluso el principio de placer y el orden de sus partes, podrían estar traspasados.

En lo que respecta al tema de la obesidad, puede pensarse a manera de hipótesis que quizás con esa forma de comer en la que el exceso es lo destacable (y más allá de consideraciones médicas), el sujeto halla un modo de cumplir con el principio de placer. Por lo tanto en lugar de ver a dicha forma como patológica, se le puede considerar (hasta tanto no pueda resolverlo de otra forma), como una manera “saludable” y sostenedora que el sujeto encuentra para lidiar con el choque entre su deseo reprimido y lo que su principio de realidad le indica. Esto (como se puntualizó), hasta tanto no encuentre otra manera de manejarse en su vida y liberarse de los fenómenos “...que apuntan a la presencia en la vida anímica de un poder que por sus metas, llamamos *pulsión de agresión o destrucción* y derivamos de la pulsión de muerte originaria...” (Freud citado por Green, 1990, p.37). En el caso de los neuróticos, dicha liberación podría traducirse en abandonar su “conciencia de culpa” o su “lógica de desesperanza”. Freud advirtió oportunamente, que la forma más fuerte de la resistencia es aquella que se defiende de la curación, pareciendo que asumiera no el principio del placer, sino el del displacer, operando así una lógica de la desesperanza.

En otros trabajos, puede observarse cómo las personas efectivamente temen verse delgadas, abonando así las conductas provenientes de la pulsión de agresión. La obesidad ofrecería una ganancia accesoría. En el trabajo de Silvestri y Stavile (2005), se admite que efectivamente las personas pueden temer ser delgadas. En el caso de los varones, prima el temor a perder su potencialidad. En las mujeres, por su parte, lo que apreciaron estos autores fue que la obesidad se convertía en un medio para tener algo a lo cual asirse: ya sea visitando médicos que las ayudaran en el proceso de adelgazamiento como convirtiendo a la obesidad en tema para hablar y vincularse con otro. Las personas se definían a través de la categoría “obeso”.

Con respecto a este punto, resulta interesante dejar asentado el trabajo de Molina (2015), en el que habla sobre la construcción de la subjetividad del obeso. En él cita y analiza los conceptos de la biopolítica (o modos de gobierno a partir de la Modernidad) de Michel Foucault, quien explica las vinculaciones entre el poder, la verdad y la reglamentación de la normalidad, entre otros aspectos conectados con el funcionamiento poblacional y su administración, como ya fuera señalado. Se centra la autora en destacar la acción del gobernar con el fin avalar las condiciones para prolongar la vida de los sujetos. El velar por esta garantía, le corresponderá a la ciencia médica, la que deberá entonces definir las verdades necesarias para preservar

la vida y perfeccionar la vitalidad. La subjetividad por su parte, que comprende las distintas formas de ser, hacer y sentir de un sujeto en determinado momento y en determinado contexto, se ve definida por los principios de la biopolítica. Por lo tanto, los sujetos deben ser capaces de preservar sus propias vidas a como dé lugar. El poder médico será quien les diga cómo y con este fin, creará categorías y normas a seguir. Dentro de esas categorías se encuentra el ser obeso. Es una construcción de subjetividad según el contexto, lo que no obsta al hecho que la obesidad es materialmente verificable y real. Sin embargo, lo que plantea la autora es que a la obesidad se la puede re-significar, dado que hoy se carga al sujeto con la responsabilidad de ser él mismo el problema, aceptando una verdad única: que el fin de la vida es estar vivo, prolongar la vida y estar lo más sano posible (según la definición que da el propio sistema). Por lo tanto el rótulo de obeso es responsabilidad única del sujeto y debe tomar las acciones necesarias para curar su obesidad. Esto lo llena de culpa y lo hace sentir por fuera del mundo “normal”, sin entender que él es más que una medida. Esta postura en la que se aspira a que la salud se centre en sensaciones y experiencias positivas, deja por fuera los estados de malestar, frustración e incomodidad que también son necesarios para la construcción de un sujeto que resignifique la propia corporalidad, la propia salud y la propia vida más allá del ideal de su prolongación. Molina (2015), apunta entonces a que no se condicione al sujeto según categorías (como la de obeso, en este caso) que restringen la exploración y construcción de otras subjetividades, desconociendo la capacidad de crear y significar el cuerpo, la vida y su ser.

Esta forma de entender al tema, en donde se indica una lucha contra una forma de normalización, plantea la idea que el resistirse a perder kilos, también puede tener su razón de ser.

P. 4 -Yo ya sé qué es lo que me hace mal... yo puedo manejarlo...

P. 5 -¿Pero recuperaste lo que habías bajado?

P. 4 -Sí, pero sé que si me pongo, lo vuelvo a lograr... quizás me guste ser gorda. Soy gorda”. (Sra. cincuentona, en grupo semanal de reeducación alimentaria)

En este apartado, puede verse cómo, otra mirada de la problemática, sostiene que muchas veces la comida puede ser tomada como objeto transicional desde el inicio del desarrollo del niño, lo que implica que se recurra a la comida como atenuante de un malestar emocional de cualquier procedencia. Esto es sostenido por Bersh (2006). Esta autora señala asimismo en el obeso su dificultad para distinguir y manejar sus emociones, lo que lo lleva a emplear tácticas inadecuadas para operarlas.

Cabe señalar que en general el obeso come por apetito, no por hambre. En artículo de Díaz Franco (2007), puede leerse que el deseo acompaña a la necesidad, en el entendido que el apetito va junto con el hambre. Sin embargo, esto no siempre se da y se verifica una disgregación entre ambos que hace que haya disociación entre el apetito y el hambre como puede darse en estados de ansiedad de cualquier tipo y en todas las situaciones distímicas.

Ibáñez (2002), define el “hambre” como la sensación fisiológica que se presenta cuando transcurrieron varias horas después de la última toma de alimento. El “apetito”, se ve influido por otro tipo de factores, según el mismo autor. Por ejemplo, al apetito se asocian ciertas reminiscencias de momentos de bienestar o pensamientos agradables vinculados a ciertas ingestas, u otros factores de tipo hedonista que hacen que se quiera comer determinado alimento que, se intuye, implicará revivir una experiencia placentera. El obeso comerá entonces para sentirse mejor, para taponear su angustia (de cuyo origen no es consciente), calmarse, evadirse, separarse de una realidad que no lo “llena” y la que, sin embargo, le da un lugar desde el cual actuar. Los vericuetos de ese lugar los conoce y domina muy bien, no obstante, la angustia sigue vigente y presente.

En la misma línea, Montero (2016), realiza un interesante análisis que vincula la teoría del apego con los trastornos alimentarios. Habla del apego a las figuras de referencia que se tiene desde el momento de nacer. El apego es una conducta instintiva que da al bebé protección y sirve como punto de partida seguro para entrar en situaciones nuevas o que de alguna manera resulten inciertas. Según como sea este apego en una primera instancia, será la forma en que la persona se relacionará de futuro dada la vinculación directa entre las relaciones tempranas y el funcionamiento psicológico posterior. En efecto, su relacionamiento temprano genera ciertos modelos funcionales internos, similares a una “plantilla” donde el individuo irá asentando maneras de interacción que parten de este vínculo con su figura de apego. Esa plantilla, generará a su vez, un modelo para relacionarse con el entorno y con los demás de futuro, lo que no significa que sea inamovible; a través de ciertos movimientos, como el análisis por ejemplo, dicha plantilla puede cambiarse.

Mary Ainsworth determinó en 1978 tres apegos principales:

- 1) Apego seguro: es la variante no disfuncional y que previene el desarrollo de psicopatología en la etapa adulta. El niño puede evitar la angustia que le provoca la ausencia de sus figuras de apego, mentalizándolas sin dificultad.

2) Apego inseguro-evitativo: el niño vivenció en relación con su figura de apego, alguna sensación de dolor, ansiedad, inseguridad, que lo lleva a inhibir o evitar su mundo emocional, a modo de mecanismo de defensa.

3) Apego inseguro-ambivalente: aquí el niño experimentó una vivencia vincular imprecisa que lo hace sentir no lo suficientemente valioso. Como forma de evitar que la figura de apego lo abandone, el niño a modo de defensa, aumenta las conductas de apego. (Citado por Montero, 2016).

Por lo tanto, el bebé podría aprender a reconocer sentimientos, creencias y pensamientos propios y de los demás a través del tipo de apego que las figuras de referencia le generaron.

Por su parte, en lo que respecta a la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria, Montero (2016), la define como bio-psico-social, con secuelas físicas elocuentes. Por lo tanto, si se unen ambas visiones se tendrá por un lado, una relación que modela y permite crear una identidad que da sostén al relacionamiento con los demás (el tipo de apego). Por otro lado, se observará una conducta alimentaria enrabada con aquélla, la que puede volverse problemática si la relación de apego se constituyó a partir de mecanismos defensivos de tipo evitativo o ambivalente. Consecuentemente, cuando se presenta una experiencia o emoción negativa que causa dolor, la opción puede ser resistirse a éste, intentando una reducción sintomática (incluso adoptando conductas que lleven al sufrimiento), lo que generará a su vez, un apego a la situación nombrada al intentar controlar el problema lo que propicia el mantenimiento del dolor emocional, creándose una situación que se retroalimenta.

A modo de cierre de este apartado, interesa vincular el trabajo de Rodríguez Rebutillo (2012) (que se enfoca en analizar la autoimagen de adultos obesos o con sobrepeso), con la última frase expresada por la Sra. nombrada como "P. 4". En el mencionado estudio, se analizó la autopercepción y el grado de aceptación de la obesidad o sobrepeso por parte de los participantes a nivel consciente (mediante entrevista en profundidad y aplicación de test de autopercepción) y a nivel inconsciente, aplicándoles el test de Machover. Los resultados indicaron que si bien a nivel consciente, la autoimagen se correspondía con lo esperable a priori (esto es: disconformidad con el exceso de peso, deseo de bajar los kilos de más e introducir cambios en este sentido), a nivel inconsciente, el discurso era otro. En efecto, los dibujos realizados y el reactivo verbal posterior, hablaban de un grado de conformidad con el propio cuerpo y el estado general del mismo, que hizo hipotetizar a la

investigadora con la posibilidad de que esta incongruencia fuera la causante del fracaso de cualquier programa que tienda a cambiar la calidad de obeso de las personas. Esto sugeriría una profundización en el estudio de la presunción de la existencia de ciertas resistencias inconscientes a la bajada de peso corporal.

“Yo no tengo problemas sexuales... pero bueno, cuando conquisto a una chica... me da más trabajo que antes que se fije en mí... y bueno... me cuesta todo más...” (P. 6, hombre de 50 años en grupo semanal de reeducación alimentaria)

El relacionamiento del obeso con su cuerpo y su corporalidad es clave en el desarrollo de la enfermedad, como fuera mencionado previamente. Dicho vínculo se ve básicamente en las creencias (distorsionadas o no) que tenga de su imagen corporal y en el lugar que asigna a la opinión de los demás sobre su apariencia física. Su autoestima se verá influida por esto, según lo ya visto. Silvestri y Stavile (2005), se refirieron al *registro del significado* (concepto similar al de los aspectos cognitivos-afectivos señalados al hablar de imagen corporal). Dicha noción específicamente, se vincularía con la idea de cuerpo erógeno, e incluiría entonces tanto las representaciones inconscientes del deseo y sus posibles acontecimientos como la posibilidad de comunicar, simbolizar y establecer relaciones de vínculo. Sin embargo, muchas veces establecer dichas relaciones de vínculo se dificulta y es en el área de las relaciones de orden sexual, donde más se manifiestan. En efecto, los problemas de tipo sexual, revisten en el obeso, ciertas características específicas. Un deseo frustrado de contacto sexual (ya sea porque su concreción no revistió placer o porque no pudo ser concretado) y que se haya mantenido en el tiempo, puede desembocar en buscar caminos alternativos de satisfacción. El comer, por ejemplo, podría servir como amortiguador de la insatisfacción sexual. Las consecuencias corporales del comer en exceso, a la larga, reforzaría la dificultad para el encuentro sexual, lo que redundaría en una especie de círculo que retroalimenta las conductas conflictivas.

Los citados autores, señalaron también que las relaciones sexuales podrían generar miedo por lo que las mismas serían obstaculizadas por el obeso a través de la propia obesidad. En efecto, el miedo de una relación de tipo afectivo-sexual haría que la persona se mantuviera en su estado de obesidad para sentirse menos atractiva, dificultando así su capacidad de relacionamiento sexual. Algunos de los ejemplos manejados por Silvestri y Stavile (2005), señalan el caso de mujeres que estando en pareja, temen ser infieles o que sienten que tienen una gran capacidad erótica y que fantasean con terminar padeciendo algún tipo de adicción al sexo en caso de

entregarse a su práctica de forma libre. Para evitar esto se “afean”, con los kilos de más. También puede verse en chicas jóvenes con miedo a iniciarse sexualmente ya sea por un imaginario donde el sexo es vivido como desagradable o con culpa. Puede darse también que prefieran posponer su ingreso a la vida adulta. Otras personas que están acostumbradas a ser obedientes, que nunca contradijeron norma alguna (lo que les aseguró el cariño de los mayores), temerían desprenderse de tabúes o prohibiciones que aprendieron, vinculados con la vida sexual. Otros, podrían no desear tener relaciones sexuales ni siquiera con su pareja, viven bajo el mismo techo a modo de compañeros más que como individuos unidos emocionalmente, por lo que no quieren encuentros íntimos. Entienden que en tanto pareja no pueden negarse a esos momentos pero advierten que si se muestran poco atractivos, la demanda de los mismos, disminuiría. Algunas mujeres con ciertas dificultades sexuales de orden genital (frigidez, vaginismo, rechazo sexual), ven en la obesidad un buen refugio, prevaleciendo esta especie de beneficio por encima del desagrado que les produce la obesidad en sí. De lo anterior, puede concluirse que tanto hombres como mujeres ven afectada su vida sexual por la obesidad aunque como se señaló, la mujer la usa más como ocultamiento. En el caso del varón, cuando su sobrepeso le dificulta los movimientos, la respiración y se torna peligroso para su salud, es cuando se vuelve más pasivo en este plano.

En el mismo sentido, interesa consignar el estudio realizado por Rodríguez y Gempeler (1999). En él se conceptualiza el papel que juega la corporalidad desde perspectivas cognoscitivo-afectivas, biológicas, socioculturales y psicosexuales. En este último aspecto, señalan que no puede dejar de reconocerse que no es casual que los senos, glúteos, caderas, abdomen y muslos sean las zonas que mayor insatisfacción o distorsión acarrear a la persona ya desde la pubertad, en la medida que simbolizan el proceso de maduración psicosexual. Este punto es crucial para entender el desarrollo de la obesidad en la adolescencia y su mantenimiento en el tiempo posterior, en el caso de no pocas personas. Ésas son las áreas que más se “desdibujan” con el aumento de peso por lo que contribuyen a “alejar” ciertos compromisos.

Para concluir, se comparte lo sostenido por Bersh (2006), en el entendido que el mantenimiento de la obesidad a pesar de implicar un alto costo emocional, protege a las personas de un mundo que perciben como amenazante ya sea en el plano laboral, afectivo y/o social. Dichas personas habitualmente presentan baja autoestima y tienen expectativa de fracaso y no de éxito, por lo tanto las situaciones que generan ansiedad

y reafirman el temor, pueden ser sobrellevadas a través de la comida, cuyo exceso tiende a perpetuar el estado de obesidad.

“En mi familia soy la única gorda... todos son flacos...” (P. 7, Sra. cuarentona y muy *simpática*, en grupo semanal de reeducación alimentaria)

Se han realizado estudios para investigar la familia de las personas con trastornos alimentarios. Dentro de éstos, se ha hecho más hincapié en la Anorexia y la Bulimia, aunque los trastornos alimentarios no especificados han sido también considerados. En general, los ambientes obesogénicos están presentes y adquieren determinadas características, a pesar de lo cual no se ha podido demostrar una clara causalidad entre éstas y el desarrollo de los desórdenes alimentarios, tal y como surge de trabajo de García-Camba (2001). Sin embargo, algunas de las particularidades se repiten en las investigaciones y han sido recogidas en ciertos escritos. A modo de ejemplo, se reconocen familias que son definidas como conflictivas, desorganizadas, críticas, poco cohesionadas, con hábitos dietéticos o de obesidad, de madres que tienen alteraciones en la percepción de su imagen corporal y con insatisfacción familiar. Corresponde remarcar que la percepción de los pacientes del grado de afectación familiar, difieren entre los distintos trastornos.

Ruiz, Vázquez, Mancilla, López, Álvarez y Tena (2010), realizaron un estudio para investigar el peso del accionar de la familia en el desarrollo de los diferentes trastornos alimentarios, en el entendido que tanto puede considerársele un factor etiológico como un factor sustentador de los síntomas a través del tiempo. Concluyeron que la práctica presente en las familias y que incide mayoritariamente en los diferentes trastornos alimentarios, corresponde a una pobre expresión emocional desde el momento en que se deja de compartir emociones y sentimientos, quedando así expuestas necesidades básicas de aceptación y afecto que no son atendidas en el ambiente familiar. Vinculado con este punto, interesa volver a la frase de la Persona 7 que encabeza este apartado. La *simpatía* de la Sra. destacada entre paréntesis, apuntaba a señalar que la misma sobresalía por su buena disposición para con el grupo, siempre estaba atenta a los problemas expuestos por el resto de los participantes (realizaba llamadas telefónicas ante la ausencia de alguien), se mostraba por demás solícita y bien dispuesta. Aunque sus logros en términos de reeducación alimentaria fueron exiguos, ella intentaba aglutinar y coadyuvar a desarrollar un ambiente “familiar”, según su propio decir.

“Me falta tanto... ahora me puedo agachar a atarme las sandalias... pero me falta tanto que no sé si lo voy a aguantar” (P. 8, Sra. de 55 años en un grupo semanal de reeducación alimentaria, refiriéndose al plan de alimentación que llevaba adelante para tratar su obesidad: la pérdida esperada de kilos era de cuarenta y llevaba bajados poco más de quince en un año y medio de tratamiento).

Importa indagar, en este punto, la forma de emprender el tratamiento de la obesidad. En la actualidad y ante el incremento tan impactante de su incidencia, lo que se busca no es sólo que el obeso alcance un peso saludable, sino que lo mantenga en el tiempo mediante el logro de un aprendizaje que le proporcione determinados anclajes que le sirvan de soporte ante posibles recaídas. Pero esencialmente, lo que sin duda podría contribuir a un cambio cualitativo de vida, sería el lograr el discernimiento de lo que subyace a su forma de comer. Éste no parece ser un camino sencillo. A esto se suma además, que en casos donde el kilaje a bajar es elevado, la estrategia a asumir debe proporcionar herramientas que permitan retroalimentar y mantener incentivos en el trabajo del cambio. Muchas han sido y son las miradas desde las cuales puede afrontarse su realidad.

La Obesidad, como se ha mencionado ya, es definida por la OMS como una enfermedad de etiología múltiple. Por lo tanto, limitar su tratamiento a establecer un plan de alimentación y un régimen de ejercicio físico, resultará por lo menos, incompleto e ineficaz. Esta mirada podría limitarse aún más, si se recurriera al agregado de alguna droga lícita o fármaco, tendiente a calmar la ansiedad que muchos obesos sostienen sentir al seguir un régimen alimenticio. No en pocos casos se suma al tratamiento una cirugía bariátrica (práctica bastante difundida en la actualidad en diferentes países). Como puede leerse en el trabajo de Molina (2015), dicha cirugía se compone de un conjunto de procedimientos quirúrgicos tendientes a modificar la anatomía de una porción del aparato digestivo que reduce tanto la capacidad del estómago como la absorción del intestino delgado. Con esto se altera la función natural de absorción de nutrientes, pero sólo se limita a cambios corporales. Artificialmente se ayuda al paciente a bajar de peso, pero no propicia un entendimiento de sí más profundo. En oposición a esta alternativa, Bravo et al. (2011), sugieren un tratamiento integral del paciente obeso a los efectos de lograr su fortalecimiento interno. Esto implica que no sólo se le instruya en temas de alimentación sino también en aquéllos, vinculados con el manejo de la ansiedad y discriminación de emociones y estados internos. El trabajo deberá ser por lo tanto multidisciplinario, siendo vital la ayuda terapéutica en la medida que el revisar los aspectos psicológicos asociados, podrá dar cuenta del origen del padecimiento que se canaliza a través de la comida.

De las alternativas que existen en el medio, dos serán las opciones que se expondrán a continuación: Psicoterapia cognitivo conductual (en formato de grupo) y Psicoterapia individual.

Según Bersh (2016), a través de la psicoterapia cognitivo conductual, se intentaría cambiar hábitos tanto alimenticios como de ejercicio físico. Se daría en un contexto grupal, con sesiones semanales, donde se realizaría un monitoreo del cumplimiento del plan mediante un registro detallado tanto de lo que se consumió como de las circunstancias en las que se hizo (horarios, lugar donde se comió, si se estaba solo o acompañado, etc.). Esto apuntaría a controlar estímulos a los efectos de restringir la exposición a situaciones que promuevan una ingesta inapropiada. El plan de alimentación sería flexible, y aportaría técnicas de manejo de estrés. Esto buscaría mejorar la imagen corporal del obeso y su autoestima. Para ello, se podría trabajar con elementos cognitivos que permitan reconocer las creencias distorsionadas que incidan negativamente en la experiencia de la imagen corporal, logrando que el paciente reconociera sus patrones de pensamiento, que viera la conexión entre ciertos sentimientos o pensamientos penosos y la forma de comer y discernir sobre la validez de ciertas creencias. Se esperaría que las que resulten erróneas, fueran sustituidas por otras más adecuadas, cambiando los pensamientos que se hagan presentes cuando se come de forma inapropiada tal y como expresan Larrañaga y García-Mayor (2007). Estos autores señalaron asimismo que la terapia cognitivo conductual estaría orientada al presente y que trataría de determinar qué se puede hacer y no el porqué de determinada conducta del hoy.

El problema de esta opción de tratamiento radica en la posibilidad de que si se interrumpe el proceso y la persona aún no se armó de las herramientas necesarias, la pérdida de peso no se mantenga en el tiempo y se vuelva a recuperar lo perdido. Efectivamente, estudios como el de Gordillo, Mestas, Arana, Salvador, Gordillo, y Tinao (2011), coincidieron en la idea que la incorporación de técnicas cognitivas a las conductuales produjo mejoras en los tratamientos reductores de peso. Desde el punto de vista cognitivo, trabajar con nociones como autoconcepto, volición, motivación y autorreflexión lograron resultados más profundos. Por ejemplo, mediante la autorreflexión, la persona fue capaz de darse cuenta de las capacidades con las que contaba, desarrollando así un autoconcepto que sería de mucho valor para seguir su plan de alimentación. Pero para esto tenía que existir una motivación que se sustentara en un acto voluntario (el que tendría una finalidad, para poder mantenerse). El proceso de volición incluiría al deseo y al discernimiento acerca de los resultados posibles.

No obstante la incorporación de las cogniciones mencionadas en última instancia, los resultados no son definitivos en general y la bajada de peso obtenida si la persona no permanece en los grupos referidos, se reduciría hasta perderse en el mediano plazo. El control cognitivo que pueda lograrse fallará por hambre, estrés, ansiedad, depresión, estímulos alimenticios y fisuras en la voluntad (Bersh, 2006). Según Gordillo et al. (2011), del peso bajado, se recuperan las dos terceras partes en el año siguiente a abandonar los grupos y la tercera parte restante, en los cinco años posteriores.

Cabe consignar otro punto interesante y no menos preocupante incorporado por Bersh (2006), en su trabajo: quienes oscilan frecuentemente en su peso, presentan una tasa metabólica basal (gasto energético en reposo) menor que quienes mantienen su peso estable. Esto implica que la capacidad de perder peso disminuye con las dietas sucesivas.

En lo que tiene relación con la Psicoterapia Individual, se optó por indagar en la de corte Psicoanalítico. Según una revisión bibliográfica y manual acerca de la eficacia del Psicoanálisis llevada a cabo por Vallvé (2013), puede concluirse que en una terapia prolongada de corte psicoanalítico, para los casos de obesidad estudiados, dicha terapia resultó útil tanto en la bajada de peso como en la conservación del peso alcanzado, una vez terminado el tratamiento. Sin embargo, el propio autor sugiere contrastar este resultado con otras modalidades de terapia. De todas formas, y como corolario de lo visto hasta este punto y en el entendido que la obesidad es una realidad que responde a variadísimas circunstancias, es insoslayable la necesidad de una terapia individual que atienda específicamente a la realidad particularísima de cada sujeto. En efecto, Freud (1991) sugiere que muchas veces la persona repite diversas actitudes vinculadas con situaciones penosas del pasado de las cuales no es consciente. Por lo tanto el trabajo del analista será reconstruir lo olvidado o ayudar a recordar con el fin de reelaborar la situación traumática que incide en la vida del sujeto hoy. En tales circunstancias entonces, el desenlace del proceso dependerá del punto hasta donde la persona desea o pueda llegar.

Conclusiones

*Entonces se desnudó
Y donde ella aseguraba que sobraban kilos
Yo juré que le faltaban besos.*

*Ernesto Pérez Vallejo*⁴

La OMS, a la obesidad, la define como “una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento de la grasa corporal, asociada a mayor riesgo para la salud” (Moreno, 2012, p. 124). Es una enfermedad que ha adquirido en las últimas décadas la categoría de pandemia y a la que se la asocia con otras enfermedades.

A lo largo de las lecturas expuestas en el presente trabajo puede concluirse que impera la coincidencia entre los diferentes autores al destacar que la etiología de la obesidad es multifactorial. Sin embargo, lo que no existe es coincidencia acerca de la presencia o no de características psíquicas particulares en la persona obesa. En general, se entiende que no las hay, aunque algunos estudios sí lo sugieren. Por lo tanto, faltan aún investigaciones que puedan asegurar fehacientemente esta posición (Bravo del Toro et al., 2011).

A pesar de los condicionamientos médicos relacionados con la comorbilidad de la obesidad, comprender los condicionamientos psicológicos y de contexto presentes en la misma, es fundamental. Éstos abarcan las creencias del sujeto, su capacidad o no de manejar sus emociones, sus costumbres, los hábitos familiares que lo habitan, su realidad socio-económica y educativa, tal y como pudo observarse en los trabajos de Montero (2016) y Cabello y Zúñiga (2007), entre otros. Con el análisis de los mencionados condicionamientos, quizás se pueda ir desbrozando el porqué de la sobreingesta: se intentará discernir si el comer en exceso reduce la ansiedad o si dicho exceso simboliza trastornos psicológicos del obeso que decantan en esas conductas. Se ha descartado hasta hoy, la posibilidad de ver a la obesidad como una forma de adicción y de ver al obeso como un adicto, sin embargo, sí se ha comprobado científicamente que los Carbohidratos Simples Refinados (CSR), crean adicción como surge del trabajo de Vásquez (2004). Entonces, trabajar con la potencial “adicción” a los CSR, abre una posibilidad de tratamiento. En todos los casos, la capacidad de autorreflexión del sujeto se vuelve vital.

⁴ <http://atintazul.blogspot.com.uy/2015/01/entrevista-ernesto-perez-vallejo.html>

A través de Freud (1924), se pudo observar cómo discrepancias entre los deseos inconscientes de las personas y la posibilidad de su concreción a nivel consciente, fueron creando estados necesarios como para la aparición de sintomatología y de ciertas formaciones de compromiso que le permitieran a la persona canalizar sus deseos reprimidos. La obesidad obraría como una manifestación de conflicto y condensador de goce, como síntoma egosintónico que facilita al sujeto una cohesión y una identidad. El comer en exceso, la concreción de un kilaje que le permita poner “distancia” entre su cuerpo y el de otros, puede implicar un medio para mantenerse al margen de “circular” por la vida, resistiéndose de este modo a la supresión del síntoma. Será así como el obeso no perderá sus kilos y la Neurosis quedará instalada.

Se realizó un acercamiento a la visión que Gladys Tato (1999) tiene de la enfermedad, incluso de aquélla que puede considerarse como netamente orgánica. En efecto, para la misma, toda enfermedad guarda relación con los estados de ánimo y con los problemas conscientes o inconscientes, tal y como la autora entiende que fue sostenido por el propio Freud al reconocer el vínculo entre la biografía de la persona y sus padecimientos. Esto determinaría que para el tratamiento de la obesidad en tanto que enfermedad, deba bucearse en los conflictos ocultos para el paciente, dado que dentro de sus conductas, repite situaciones que lo ponen en un lugar de sufrimiento. Freud (1991), entendió que efectivamente la persona repite situaciones que remiten a traumas del pasado. Por ejemplo, la persona obesa comerá de forma irracional una vez y otra vez, en cada momento que se sienta emocionalmente comprometido.

En otro orden, el obeso es una persona que en general sufre la estigmatización del entorno porque entiende (y el contexto además se lo hace sentir), que su imagen corporal (y las características personales a ella asociadas) no se adecuan a los ideales estéticos y de salud promovidos por el sistema sociocultural imperante. Esto puede observarse en trabajo de Jáuregui et al. (2008). Vinculado con esta afirmación, resulta interesante pensar en el planteo que enlaza la Biopolítica y la Subjetividad construida desde el “ser” obeso, extremo que se expone en la obra de Molina (2015). Según esta hipótesis de investigación la categoría obeso la construye, como tantas otras, el sistema imperante vigente como forma de ejercer su poder y así perpetuarse. Por lo tanto se hace necesario instalar la idea del autocuidado para obtener personas que se mantengan sanas y puedan vivir mucho tiempo. Esto va de la mano entonces con responsabilizar a la propia persona de su estado, haciéndola sentir culpable y viéndose a sí misma desde ese único lugar posible: el de no “normal”. Sin embargo, más allá de que la obesidad es objetivable y se puede definir cabalmente, la categoría

“obeso” es la que invita a pensar. Si la persona pudiera libremente construirse desde otros parámetros, le sería más fácil sentirse libre y aceptarse sin culpa. Se re-significaría como sujeto.

Cabe destacar asimismo, la conclusión de la investigación de Rodríguez Rebutillo (2012), la que vinculó la autopercepción del obeso a nivel consciente e inconsciente. Lo esperable a priori era que hubiera coincidencia entre ambas, sin embargo, los resultados fueron otros. En efecto, a nivel consciente, los sujetos refirieron sentirse disconformes con su estado, deseosos de perder peso, inapropiados y deficientes. A nivel inconsciente, no obstante, se sintieron conformes consigo mismos, con su peso e incluso, se vieron atractivos. Esto aproxima una explicación al fracaso de varios planes de adelgazamiento y hace presumir la existencia de algunas resistencias inconscientes a cambiar el estado físico. Por lo tanto, aquí se presenta otra posible línea a investigar que hace pensar el estado de obesidad desde una mirada diferente.

Como puede observarse, el tema de la Obesidad, resulta extenso y tiene múltiples líneas a seguir. No obstante, sea cual sea la dirección que se quiera tomar, subyacente estará el sufrimiento del sujeto, su no adaptación, su no poder expresar ni su deseo más profundo ni su querer. Ya sea que quiera dejar de cargar con kilos de más o quiera quedárselos, hasta tanto no pueda elaborar una decisión u otra, habrá un conflicto entre sus deseos más profundos y lo que entiende que puede realizar, entre los deseos del Ello y los permisos del Yo. Instalarse conflictivamente entre estas dos instancias, da lugar a la Neurosis. Ésta, se entiende que ha estado presente en general, en el desarrollo de todo el trabajo.

Por lo tanto, retomando la idea de la multiplicidad de causas presentes en la obesidad, y en el caso que quiera atenderse efectivamente como un cuadro patológico, la modalidad apropiada será multi o interdisciplinaria. Se hará necesaria la participación de diferentes miradas y saberes. En el caso que el sujeto desee trabajar su condición de obeso (para dejar de estar en dicha categoría, por ejemplo), el abordaje que se realice puntualmente desde la disciplina psicológica, deberá considerar las creencias del paciente, el manejo de sus estados emocionales, los hábitos familiares que lo han conformado, sus costumbres, etc., tal y como sostienen Larrañaga y García-Mayor (2007). Todo esto deberá realizarse de forma profunda e individual. Vale decir, el abordaje deberá ser específico para cada consultante, sin generalizaciones, debiéndosele instrumentar integralmente a los efectos de cambiar sus hábitos alimenticios, su estilo de vida y ayudarlo en su fortalecimiento interno. El

facilitarle el aprendizaje de técnicas para el manejo de su ansiedad y que aprenda a discriminar sus emociones, es prioritario para su recuperación y mantenimiento en un estado de “sobriedad” alimentaria. En definitiva, sobre la base de sus formas de padecimiento, hallar sus raíces, llevar a la luz traumas del pasado y reelaborarlos, constituye un camino prioritario para la cura de su sufrir.

No obstante lo previamente referido, se ha probado que participar en grupos inspirados en los lineamientos de la terapia cognitivo conductual (ya sea concomitantemente o no con la terapia individual), constituye un medio eficaz para una reeducación alimentaria efectiva. Sin embargo, interesa volver a señalar que en cualquier caso que la condición de obeso esté asociada con alguna forma de sufrimiento, como por ejemplo en los casos donde la persona se siente “deficiente”, el abordaje terapéutico no solo resultará necesario sino también prioritario.

Referencias

- Alvarado, K. (2013). *Ojos abiertos-boca cerrada Factores socioculturales incidentes en el desencadenamiento de un trastorno de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes chilenas*. (Memoria para optar al título profesional de Socióloga). Facultad de Ciencias Sociales Departamento de Sociología. Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/113973/cs39-alvaradok1173.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Araújo, A.M. (2013). *Todos los tiempos el tiempo trabajo, vida cotidiana e hipermodernidad*. Montevideo: Psicolibros.
- Arnaíz, P. y Lozano, J. (1992). Esquema corporal: evaluación e intervención psicomotriz. *Anales de Pedagogía*, 10, 221-239. Recuperado de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/50132/1/Esquema%20corporal.pdf>
- Bañuelos, C. (1994). *Los patrones estéticos en los albores del siglo XXI. Hacia una revisión de los estudios en torno a este tema*. Universidad Complutense. Recuperado de http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_068_08.pdf
- Barceló, M. y Borroto, G. (2001). Estilo de vida: factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 20(4), 287-295. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002001000400009&lng=es&tlng=es.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537-546. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n4/v35n4a07.pdf>
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Buenos Aires: Paidós.
- Bravo Del Toro, A., Espinosa, T., Mancilla, L. y Tello, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 16(1), 115-123. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963010>

- Buschiazzo, D. y Sáez, C. (1997). Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. *Bol. Esc. Med*, 26(1), 38-41. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=229124&indexSearch=ID>
- Cabello, M. y Zúñiga J. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*, 10(2). Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/1770/1/OBESIDAD.pdf>
- Contreras, J. (2002). La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Form Contin Nutr Obes*, 5(6), 275-86. Recuperado de <http://www.iutep.tec.ve/uftp/images/Descargas/materialwr/articulos/LaObesidad-UnaPerspectivaSociocultural.PDF>
- Cordella, P. (2010). Bibliografía. In *Anorexia, bulimia y obesidad: Experiencia y reflexión con pacientes y familia*, (pp. 253-262). Ediciones UC. Retrieved from <http://www.jstor.org.proxy.timbo.org.uy:443/stable/j.ctt15hvtfw.15>
- Díaz Franco, J. J. (2007). Estrés alimentario y salud laboral vs. estrés laboral y alimentación equilibrada. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 53(209), 93-99. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007004400112&lng=es&tlng=es.
- DSM IV TR (1995) *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: MASSON. Recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2005). *Historia de la Sexualidad*. (Vol.3). 1a ed. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (1924). *Psicosis y neurosis*. Recuperado de http://ciney psicopatologia.weebly.com/uploads/2/5/4/6/2546789/http_www_el_ortiba_org_freud5_html.pdf
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Recuperado de <http://caece.opac.com.ar/gsd/collect/apuntes/index/assoc/HASHd33f.dir/doc.pdf>

- Freud, S. (1991). *Recordar, repetir y reelaborar. (Nuevos consejos sobre la técnica del Psicoanálisis, II) (1914). En Obras Completas (Volumen XII, 1911 - 13).* Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2015). *Más allá del principio del placer.* Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Gallego del Castillo, D. (2009). Esquema corporal e Imagen corporal. *Revista Española de Educación Física y Deportes*, (386), 45.
- García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad.* Barcelona: Masson
- Giménez, V. (2016, setiembre 18). Un debate XXL: la ley de talles vuelve al Parlamento. *El País*. Recuperado de <http://www.elpais.com.uy/que-pasa/debate-xxl-ley-talles-vuelve.html>
- Gordillo, F., Mestas, L., Arana, J., Salvador, J., Gordillo, A. y Tinao, J. (2011). ¿Son relevantes los procesos volitivos y de autorreflexión en los programas de reducción de peso? *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(2), 94-103. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v2n2/v2n2a5.pdf>
- Green, A. (1990). *De locuras privadas.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Guillén, R. (abril - junio de 2015). Editorial. *Universidad Nacional Autónoma de México*, 5(18) Recuperado de: <http://www.comepsi.mx/.../PSIC%20OBESIDAD%20Año%205%20No%2018%20abril%20a%20j>
- Ibáñez, N. R. (2002). Hambre, saciedad y apetito. Su repercusión en el estado de nutrición de los individuos. *Nutrición clínica*, 5(4), 296-308. Recuperado de http://misentornos.com/asp_folder_gallery/images/documentos_articulos/obesidad_articulos/hambre_saciedad_y_apetito.pdf
- Jáuregui, I., López, I. M., Montaña, M. T. y Morales, M. T. (2008). Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición hospitalaria*, 23(3), 226-233. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n3/original5.pdf>
- Larrañaga, A. y García-Mayor, R. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina clínica*, 129(10), 387-391. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Garcia-

[Mayor/publication/246617311 Tratamiento psicologico de la obesidad/links/54df2cd40cf2510fcee631dd.pdf](http://www.mayor.com/publication/246617311_Tratamiento_psicologico_de_la_obesidad/links/54df2cd40cf2510fcee631dd.pdf)

Le Breton, D. (2002). *“La Sociología Del Cuerpo”*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión. Recuperado de http://perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/lebreton.sociologia_del_cuerpo.pdf

Le Breton, D. (2016). *Corps et adolescence*. [Cuerpo y adolescencia] Recuperado de <http://www.yapaka.be/livre/corps-et-adolescence>

Les transformations corporelles s'imposent à l'adolescent. Elles soulèvent la question du regard des autres sur le jeune homme ou la jeune fille qu'il devient, l'ouverture au désir et à la génitalité. Son corps échappe à son contrôle, de même le statut qu'il acquiert au sein du social. En jouant de son apparence, le jeune fait de sa peau un outil d'expérimentation de soi, d'exploration et de recherche identitaire.

Mais aussi, le corps se fait projection du mal-être de l'adolescent quand ses repères manquent et que s'affaiblit la solidité du monde des adultes. Les tentatives d'appropriation et de contrôle de l'image de soi par la coiffure, les tatouages, les vêtements peuvent s'avérer signes de détresse dans les conduites à risque, les addictions, les troubles alimentaires qui disent une volonté d'échapper à une identité insupportable. Traducción mía.

Lizarzaburu, J. (2013). Síndrome metabólico: concepto y aplicación práctica. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(4), 315-320. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832013000400009&script=sci_arttext

Molina, N. (2015). *Construcción de subjetividad en los llamados obesos: un análisis biopolítico en la cirugía bariátrica* (Doctoral dissertation). Recuperado de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/8841>

Montero, E. (2016, setiembre). Trauma de Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, VI, 35-53. Recuperado de http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Trauma_de_apego_y_TCA.pdf

Moreno, G. M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702882>

MSP (2013) *2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles*
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/2DA_ENCUESTA_NACIONAL_final2_digital.pdf

- Nieves, I. (2009). La imagen corporal: hacia una construcción social para la Psicología Industrial Organizacional. *Revista Poiésis*, 9(18).
- O.M.S. (2015) Bulletin World Health Organization (2015); BOLETÍN No. 93: pp. 446–456 <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/7/14-150565.pdf?ua=1>
- O.M.S. (2016). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva N°311, Junio de 2016. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Peña, M. y Bacallao, J. (2000). La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas. La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. *Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud*, 3-11. Recuperado de <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd61/pena.pdf>
- Pizarro, H. (2005). Esquema corporal: Una conducta básica para el aprendizaje del niño con autismo. *Revista Educación*, 29(2), 207-215. Recuperado de <file:///C:/Users/Ma.Gabriela/Downloads/2248-3607-1-SM.pdf>
- Ravenna, M. (2006). *Una delgada línea: entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna
- Rodríguez, M. y Gempeler, J. (1999). *La corporalidad en los trastornos de la alimentación*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v28n4/v28n4a03>
- Rodríguez Rebastillo, C. (2012) *Psicología Online Autoimagen en un Grupo de Adultos Obesos y con Sobrepeso*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/2012/autoimagen-y-obesidad.html>
- Ruiz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., López, X., Álvarez, G. & Tena, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2) 447-455. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/804/463>
- Salaberria, K., Rodríguez, S., y Cruz, S. (2007). *Percepción de la imagen corporal*. *Osasunaz*. 8,171-183. Recuperado de <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>
- Silva J., Lecannelier F., Reyes G., Sapunar J. y Cordella P. (2014). Informe nacional de conductas alimentarias problemáticas y obesidad. Consideraciones para el

desarrollo de programas de intervención y políticas públicas.: *Publicaciones Psicología UDD*. Recuperado de <http://psicologia.udd.cl/files/2016/08/informe-CAweb.pdf>

Silvestri, E. y Staville, A. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad*. Córdoba, Argentina: Posgrado en Obesidad a Distancia. Universidad Favaloro. Recuperado de www.medic.ula.ve/cip/docs/obesidad.pdf

Soria, I. (2011). *Trastornos de la conducta alimentaria, ¿una adicción?* Recuperado de [http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/trastornos de la conduca alimentaria.pdf](http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/trastornos_de_la_conduca_alimentar_ia.pdf)

Tato, G. (1999). *Cuando el cuerpo habla*. Montevideo: Trilce

Vallvé, C. (2013) *Estudios sobre la eficacia terapéutica de los tratamientos psicoanalíticos*. (Tesis doctoral). Recuperado de http://ddd.uab.cat/pub/tesis/2013/hdl_10803_126030/cv11de1.pdf#page=154

Vandevijvere, S., Chow, C., Hall, K., Umali, E. & Swinburn, B. (2015). Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a global analysis. 8/9/2016, de Bulletin of the World Health Organization Sitio web: <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/7/14-150565.pdf?ua=1>

Vásquez, A. (2004). Estudio de la teoría de la adicción a los carbohidratos. *Revista del instituto de Psicología Clínica de la facultad de Psicología de la Universidad de la República (Uruguay) 1 (1)*. Recuperado de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/Estudiodelateoriadelaadiciona loscarbohidratos.htm>

Bibliografía

- Freud, S. (1992). *Obras completas. Volumen 7 (1901-05) Fragmento de análisis de un caso de histeria Tres ensayos de teoría sexual y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Gerstenblüth, M. & Rossi, M. (2009). ¿Son más felices las personas saludables? La evidencia de Chile y Uruguay. *dECON WP*, 25(09). Recuperado de https://scholar.google.com.uy/scholar?start=10&hl=es&as_sdt=0,5&scilib=1
- Larocca, F. (s/f). Los enigmas de la Obesidad: Sus causas. En monografías.com. Recuperado de https://scholar.google.com.uy/scholar?cites=7037583163615138562&as_sdt=2005&scioldt=0,5&hl=es
- World Health Organization. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894, World Health Organization, Geneva Recuperado de http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/