



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Una lectura psicoanalítica de la obesidad

Modalidad de presentación: Ensayo

Autora: Mastroiani Lucila

Legajo: M-5326/1

Docente responsable: Yanina Perlo Saenz

2024

Agradecimientos

A mi familia por su apoyo incondicional y su confianza en mí desde el primer

momento.

A Ramiro por motivarme y acompañarme.

A mis amigos por sus aportes y contención.

A Yanina Perlo Sáenz, por brindarme su tiempo, paciencia, compromiso y sabiduría generando un impacto en mi futura formación académica y profesional.

Al espacio TIF.

A esta honorable casa de estudios de la que estoy orgullosa de formar parte, por brindarme una formación integral que me ha permitido crecer, tanto como mujer como profesional.

A esta increíble Nación que permite que hoy culmine sus estudios la primera universitaria de mi familia.

Y a mi, porque nunca me permití bajar los brazos

Índice

· Resumen.....	4 ·
Palabras claves.....	4 ·
Introducción.....	5 ·

Primeros contactos alimenticios y su relación con el amor a la vida.....	7
· El vínculo con la comida y la importancia que adquiere el ritual.....	10 ·
La Obesidad como Enfermedad.....	12 ·
La Concepción del Síntoma en el Psicoanálisis.....	14 ·
Consideraciones finales.....	18 ·
Referencias bibliográficas.....	19

Resumen

En el presente ensayo se aborda el vínculo entre la obesidad y la relación del sujeto con el Otro desde el marco del psicoanálisis, siguiendo a Freud y a Lacan. Se hace un recorrido que comienza por la lactancia, destacando la importancia de estos procesos tempranos en la configuración de la relación del sujeto con la comida, indagando también

sobre la importancia del ritual y la oferta de un menú variado. Se explora la intersección entre alimentación, cultura y sociedad, exponiendo cómo los nuevos modos de producción proponen nuevas formas de relacionarse con los otros, y con la alimentación. Por último, se realiza un contrapunto con el paradigma médico que propone a la obesidad como una enfermedad, presentándola como un síntoma desde el psicoanálisis.

Palabras Clave

Obesidad, psicoanálisis, lactancia, síntoma.

Introducción

El ser humano es una especie particular que necesita de un Otro, invariablemente, que atienda sus necesidades primordiales y necesidades fisiológicas. Entre ellas, podemos encontrar a la alimentación, la cual también es una de las vías por las que se produce la libidinización de las zonas erógenas del niño, desde los primeros contactos

alimenticios, ya que no se trata simplemente de un acto de alimentar, sino que al niño se lo mira, se lo acaricia, se le habla, es puesto como objeto de la demanda del Otro, para básicamente, poder sobrevivir, crecer y desarrollarse. Para poder pasar así, de ser un cuerpo en esencia biológico a poder reconocerse como un cuerpo erógeno, gracias a este Otro que lo aloja.

Las distintas formas que el humano ha tenido para relacionarse con el alimento han ido evolucionando a lo largo de la historia. Desde las primeras comunidades, que eran nómades y se alimentaban de lo que proveía la zona de paso, hacia el establecimiento en tribus, que tenían una dieta marcada por lo que el terreno podía proveer. La alimentación era variada, pero ligada a las épocas del año, a los tiempos de crecimiento de los animales y al clima, ya que situaciones externas como temporadas de sequía o intensas lluvias eran factores determinantes para la alimentación.

En la actualidad, y gracias a los nuevos modos de producción, podemos encontrarnos con un amplio abanico de oferta en cuanto a alimentos, que son genéticamente modificados, para así poder explotar todo su potencial y facilitar su accesibilidad. Durante todo el año es posible comprarlos en cualquier comercio barrial, gracias a innovaciones como cultivos hidropónicos (sin suelo) y viveros que permiten la cosecha de hortalizas fuera de estación, cámaras de conservación que detienen su maduración, avances fitosanitarios. La globalización de cultivos exóticos y las nuevas logísticas de transporte permiten traer producción de otros lugares para así poder consumir alimentos que en el país no se pueden sembrar; estas innovaciones abarcan desde la agricultura hasta la ganadería. Pensemos en un alimento tan clásico de nuestros hogares como la banana, que se cultiva a cuatro mil kilómetros de nuestro país, en Ecuador; sin estos avances del mundo moderno no formaría parte de nuestra cotidianidad.

Sin embargo, de manera paradójica, y a pesar de estas facilidades, quienes tienen la accesibilidad de servirse de estas mejoras, muchas veces no lo aprovechan y los efectos de esto se ven reflejados en los altos índices de obesidad infantil, no sólo en nuestro país sino a nivel mundial.

Así como los nuevos tiempos nos han brindado tecnología, información y acceso, también provocan un ritmo de vida vertiginoso. Cuidadores que trabajan, estudian y crían infancias mientras corren contra el tiempo, queriendo cumplir con todas las tareas del mundo moderno.

Este acelerado estilo de vida da lugar a campañas engañosas de marketing que promocionan alimentos rápidos, empaquetados, ultra procesados, ofertados como “la solución nutritiva y rica”. También se debe considerar la sobre oferta de locales de comidas rápidas, colmadas de grasa, que resultan tentadoras y eficaces, en cierto modo para “salir del paso” por ser rápidas y prácticas. Es necesario resaltar que el objetivo de este ensayo no es demonizar a los alimentos, sino dejar en claro que la comida rápida no debe ser lo cotidiano ni la base de la alimentación de ninguna infancia.

Será desarrollado posteriormente, pero es preciso en este punto resaltar que hay una implicancia del Otro fundamental con respecto al menú, a la oferta, a la variedad que la dieta que debe cumplir. Si este menú carece de matices y el foco solo está puesto en este tipo de alimentos que se venden como festivos, corremos el riesgo de que se establezca una asociación negativa para la salud, de vincular comida rápida con felicidad. Así como señala el eslogan de una conocidísima cadena multinacional que vende estos alimentos.

Considero necesaria hacer esta salvedad porque no se trata de evitar o aislar a los niños de los eventos sociales que convocan los *snacks* y comidas rápidas, sino de

Esto, en parte, es producto del cambio que genera el nuevo modo de producción capitalista. El capitalismo produce, en sí mismo, una forma del Otro y ciertas formas de relación entre sujeto y objeto, que están intervenidas por la necesidad de consumo sostenida por la inmediatez que se plantea en dicho modelo.

El alimento paulatinamente está dejando de lado su rol como la entidad de ritual familiar, la excusa para la reunión, de ser un vehículo de la cultura como lo conocieron generaciones anteriores. Pensemos en las familias de inmigrantes que habitaron este país, que al venir, priorizaron sus recetas autóctonas, transmitiéndoles a los más pequeños para así poder preservar su identidad; las familias reuniéndose los domingos con la excusa de “esa” comida en particular, hecha por las abuelas o abuelos colmada de cariño, con un conocimiento sobre todo del origen de los alimentos, de su producción, pensando minuciosamente en cómo aprovecharlos al máximo y en cómo combinarlos para explotar sus sabores en el paladar. Si bien el ritual es respetado aún en algunas familias, sobre todo del interior del país, se está perdiendo en el común de la sociedad, debido al nuevo estilo de vida

También, es importante mencionar el rol que operan las pantallas en este trastrocamiento del ritual familiar, y la desconexión con el otro que provocan, que no solo es con el otro, sino también con la misma comida, ya que suelen terminar comiendo alienados, sin tener en cuenta el apetito real y no se detienen a ver, a sentir a oler o a mirar que es lo que se ingiere.

En este punto se hace evidente que la obesidad es multifactorial. Hay elementos económicos, sociales, culturales, y genéticos que influyen, y también, que su origen no depende de hábitos alimenticios puramente, ya que como mencionamos anteriormente, al cachorro humano se le brinda amor y alimento por la misma vía, así que va a depender en gran medida cómo el Otro se posicione desde el inicio en el primer contacto alimenticio: la lactancia. Ésta es de vital importancia para la alimentación y la posición subjetiva del niño y será desarrollado por esto mismo, en el capítulo especial que merece. Siguiendo esta idea, en el presente escrito se buscará fundamentalmente problematizar, con los elementos que nos brinda el psicoanálisis, el vínculo entre la obesidad y la relación del sujeto con el Otro.

Si se trata de correr el foco de la obesidad como un desorden o problema alimenticio meramente, ¿podríamos, entonces, pensarla como un síntoma de la demanda del Otro? Esto implica suponer que si el Otro, siguiendo a Lacan, es la atmósfera del sujeto- en otras palabras, el encargado de mostrarle y crearle un mundo, de alimentarlo, erogenizarlo, introducirlo en la cultura, es decir, todo lo que lo rodea al inicio de la vida- se vuelve necesario pensar respuestas específicas del sujeto ante esta configuración. Este planteo está dado en torno a la relación que se presenta entre el sujeto y el objeto, pensando también que el alimento se constituye en un objeto libidinal que se entrama en la lógica de tres destinos posibles: la voracidad, la compulsión y el comer de forma equilibrada, los cuales se pueden superponer o verse aislados en una misma persona.

Primeros contactos alimenticios y su relación con el amor a la vida

En el primer párrafo de la introducción de este ensayo se expone la vital importancia del Otro para el desarrollo del cachorro humano. Es preciso entonces retomar lo enunciado por Freud (1950), en Proyecto de una Psicología para Neurólogos, donde explica la importancia de la primera vivencia de satisfacción para el aparato psíquico. En ese escrito nos relata este hito que comienza en el cuerpo del niño, con la necesidad biológica del hambre, la cual se le presenta como un estado de tensión corporal y anímica, que requiere una acción específica por parte de la madre o quien lleve a cabo esa función para poder satisfacerla. En esa satisfacción primera no sólo se resuelve una necesidad biológica, sino que ésta es acompañada por una acción libidinizada por parte de la madre hacia el niño. Esta vivencia deja una huella en el aparato psíquico, que hará que cuando el hambre vuelva a aparecer, el recién nacido no sólo busque alimentarse, sino que intentará recuperar esa primera experiencia que le generó tanto placer. Y es que, la relación con la comida en el humano, coincide desde siempre con la relación con el otro.

Siguiendo a Lacan (1958) en La significación del falo, es el Otro que aparece como primordial quien cuida a ese cachorro humano, que aparece indefenso y dependiente de ese auxilio ajeno; así, el Otro deberá leer, e interpretar ese llanto, ese grito, esos espasmos corporales que realiza el niño. En esta entrada al lenguaje, cuando necesite algo deberá pedirlo, deberá hacerlo pasar, dirá Lacan (1958) en La dirección de la cura y los principios de su poder, por el desfiladero del significante. También es este Otro primordial quién le introducirá en la dialéctica humana del amor y del deseo, porque se genera un resto entre lo que el niño necesita, lo que demanda, y lo que interpreta la madre.

La demanda queda escindida en demanda del objeto de necesidad y demanda de amor y, por el otro lado, aparece el deseo, como respuesta al vacío que produjo ese resto que le dejó la interacción.

Es necesario, en este trabajo, dedicarle un apartado a este primer contacto alimenticio del ser humano, la lactancia materna. En estos últimos años, en la cultura popular y gracias a la Organización Mundial de la Salud se ha puesto más foco en el tema, y se promueve la Lactancia Materna Exclusiva (LME), pero no siempre fue así. Hubo épocas en las que la leche de fórmula cobró protagonismo y se ubicó como el principal alimento de los recién nacidos. Existen diversas cuestiones a abordar en cuanto a esta temática: practicidad, economía, pudor, prejuicios de la sociedad, costo-beneficio, madres que trabajan, ingredientes, etc.

Sin embargo, el foco de este trabajo no está puesto solo en la leche materna en cuanto alimento, sino a lo que trae consigo. No sólo se brinda un alimento fisiológico para satisfacer las necesidades biológicas, sino también el alimento afectivo necesario para el

aparato psíquico del infante, y que obtiene, a la vez, un goce oral. De esta manera, a esa discusión social anteriormente mencionada de “leche de fórmula o materna” yo le sumaría otro ítem, igual de importante que la nutrición, que es la forma en la que ésta se provee, y el afecto que acompaña a esa entrega. En palabras de

Marie Langer (1994): “una mamadera dada con cariño y lentamente, a un niño que tenga en sus brazos, el cual no teme mostrar su amor y estar cerca significaría menos frustración oral que el pecho dado fríamente”.

Así es como la autora nos plantea una relación directa entre el amor a la vida y las primeras experiencias orales. Langer para llegar a ese decreto hace un paralelismo siguiendo los estudios de Margaret Mead, quien se dedicó a estudiar dos tribus de Nueva Guinea. Por un lado estaban los Arapesh, quienes priorizaban, protegían la infancia y ponían el acento en la lactancia materna y tenían índices nulos de suicidio en adolescentes y adultos. Por otro lado, los Mundugumor trataban con total rechazo y desprecio a los niños, les proveían solo el alimento necesario y obtenían de esta forma altos índices de suicidio. Además, Langer recurre a experimentos realizados con monos, con tribus, con niños, para graficar su teoría, la cual respalda, de la incidencia directa que

7

implica la lactancia en la vida del niño, y posteriormente del adulto.

La lactancia materna implica, por parte de la madre, la postergación de los deseos y urgencias individuales. El desprenderse de una imagen corporal, de una rutina, de actividades, de tiempo laboral y de ocio, y de arriesgarse al dolor que implica en muchos casos como lo son los de las madres que padecen mastitis, grietas e infecciones. Es la renuncia misma a un estilo de vida, y habrá madres que estén dispuestas y madres que no a relegar su tiempo y su individualidad en pos de poder calmar el hambre y necesidades afectivas y de contacto físico que requiera el cuidado de un recién nacido.

Es necesario hacer ciertas salvedades y recalcar que, por mayor deseo y entrega que haya por parte de la madre, hay casos en los que no es posible por otras cuestiones, como pueden ser una baja producción de leche (hipogalactia), ser paciente oncológico, padecer virus como VIH o el virus de la leucemia humana de células T, un bebé con galactosemia. Otro caso que imposibilita la lactancia se relaciona con aquella madre que atraviesa una depresión post parto o se encuentra realizando una terapia con psicofármacos. En este caso considero necesario, desde mi punto de vista, priorizar la salud mental de la madre y recurrir a la lactancia con biberón.

Además, tampoco podemos ser ajenos a la realidad social y económica de nuestro país. No todas las madres tienen licencia por maternidad, permiso de retirarse para amamantar, o lugares donde extraerse leche en el trabajo sintiéndose cómodas (lactarios); por más entrega y fuerza de voluntad que ofrezcan, a veces la situación económica les es, lógicamente, más urgente.

Todas estas situaciones refieren a casos en los que la madre no puede dar el pecho, lo que es muy diferente a no querer. No querer por vergüenza, por no alterar su estética corporal, por preferir retomar rápidamente el trabajo e ignorar la licencia por maternidad, etc. Situaciones en las que la madre por motivos propios no está dispuesta a ceder de sí misma ofertar el don del amor, o que no puede mantener esta complicada función de ser el Otro primordial.

Si bien he tomado una postura con respecto a la lactancia materna o con biberón, en ambas considero necesario resaltar el componente afectivo. Hay allí toda una comunicación relacional, un lenguaje, un diálogo tónico entre lactante y auxiliar. Este diálogo está basado en la postura corporal, en la respiración, en los latidos del corazón, en el timbre y volumen de la voz que le habla al lactante, todo esto va a influir en la posición subjetiva del niño, convirtiéndose en una vivencia que deja marcas. Para favorecer este intercambio la madre o auxiliar idealmente debe alojar a este bebe, mimarlo, mirarlo a los ojos, brindarle privacidad y atención plena, porque no es lo mismo

amamantar en un espacio público, mirando el celular, que tomarse la privacidad para ese espacio de conexión entre dos. Esta relación cuerpo a cuerpo posibilita que el niño construya un cuerpo imaginario a partir de la relación que establece con la imagen del Otro, sostenido por su mirada unificadora a la cual el yo queda identificado, así como explica Lacan (2008). La matriz simbólica es esa mirada unificadora, que permite que se forme el Yo. A esta matriz simbólica también se la puede entender como el deseo materno, que empuja al infante a identificarse con eso que ella desea. El deseo materno de un hijo se transmite mediante la mirada amorosa de la madre. Lacan, de diferentes formas, plantea que “el Yo es otro”, es decir que la imagen que el niño asume como propia, su Imago, constituye una unidad ilusoria porque proviene de Otro, es función del deseo de la madre. Y así es como logra hacer de esas partes un todo, así, el niño apoyado en el Otro primordial, puede asimismo hacerse como una Gestalt, con palabras que nombran su cuerpo. Hay en el encuentro entre madre y bebé una experiencia de goce mítico, para ambos.

También si hablamos de lactancia materna exclusiva, hay un tema que tomó relevancia en la opinión pública, particularmente pediatras y puericulturas: “la teta a libre demanda”. Esta nueva modalidad se apoya en que el bebé maneje los tiempos, cuándo y hasta cuándo tomar implica básicamente que, ante el mínimo movimiento, llanto, queja o mueca del bebé, se le brinde el pecho, a cualquier hora y en cualquier situación. Esta postura, opino, no se detiene en las necesidades particulares del lactante, ni se le presta

8

especial atención, solo se lo intenta acallar con el pecho. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la lactancia materna exclusiva se debe dar hasta los seis meses de vida, y con alimentación complementaria, hasta los dos años. Sin embargo, dentro del nicho de la libre demanda, hay quienes profesan que es el mismo niño quien debe decidir cuándo es momento del “destete”. Así, encontramos infantes atravesando la primaria y aún amamantando. Sé que parece exagerado pero mi experiencia laboral me lo ha demostrado, con diversos casos, en los que las madres sabiendo que hay algo que no está bien intentan ocultarlo. Pero los trastornos del habla, la infantilización, los desfases con los pares, etc., evidencian que algo sucede, y al ser interrogadas lo admiten, y la mayoría deja expuesto que es más difícil afrontar este proceso de separación, de individuación. Para ellas que para el niño en sí.

Si bien sostengo la postura de que el proceso de “destete” debe ser respetuoso para ambos, también considero que es necesario para el desarrollo individual, para la subjetividad del niño que sea más temprano, quizá cuando comienza la alimentación o como mínimo antes del proceso de escolarización, porque si no ¿de qué manera podemos implicar a la ley de esta forma? ¿Cómo se enfrenta el niño a la frustración? Si todo le es entregado a su majestad. Me apoyo en la recomendación de los pediatras expertos en alimentación, que sugieren los primeros meses darles de lactar respetando un ritmo monótono, despertarlos si es necesario, y en esos baches atender a su llanto, sus espasmos, con cariño corporal, con maternés, y con otras formas de brindar afecto que no son solo el alimento. Porque si es eso lo que le estamos enseñando al niño, a cubrir todas las necesidades posibles con alimento, corremos el riesgo de que vincule necesidad de afecto con alimento, con angustia, ansiedad, como si el alimento por sí solo bastará para calmarlo y, claramente, una de las posibles vías de desarrollo para este niño es la obesidad, si sólo le enseñaron a calmarse comiendo. Fuentes Rojas (2014) dirá que el niño dará más importancia al amor que le procura la relación con el Otro primordial, que la satisfacción de la necesidad, y el alimento pasa a ser un intermediario entre el Otro y el niño. Unos años después, en la publicación de Tres ensayos de una teoría sexual, Freud (1988) habla de la función del niño chupeteador y dice que ésta se rige por la búsqueda de un placer ya vivenciado y ahora recordado. La primera actividad, la más importante para su vida que será el mamar del pecho de la madre (o de un biberón), no hace más

que familiarizarse con ese placer. Los labios del niño funcionan como zona erógena y la estimulación por el cálido flujo de leche fue la causa de la sensación placentera. Lo que acá se pone en juego es esta acción tierna, amorosa por parte de la madre o cuidador, de libidinizar, de estimular esta zona erógena, como son los labios, pero también con su mirada tierna, con su calor corporal, con sus caricias, sus palabras, con su contacto, va sexualizando a este niño. Así la madre se convertirá en un lugar inevitable, generando una marca simbólica, que deja huella en el cuerpo. Este niño, de ahora en adelante, no solo llorará en requerimientos fisiológicos sino también reclamando una necesidad que tendrá de por vida: ser objeto de la demanda del Otro, dirá Lacan años después.

Esa necesidad, en la década de los '50, René Spitz (1990) la graficaría con su teoría del hospitalismo construida a partir de la observación de niños y niñas en hospitales y orfanatos. Esta teoría demostró que los niños y niñas que eran separados por un largo período de su madre, y a quienes solo les atendían sus necesidades fisiológicas de forma anónima e impersonal, no tenían un soporte libidinal, simbólico, creado por un Otro para soportar la emergencia de la pulsión de muerte, ni para estimular y libidinizar ese cuerpo correrlos del estado cero. A raíz de ello, sufrían terribles consecuencias como por ejemplo, según el psicoanalista, una “depresión anaclítica” (término que él introdujo) que los llevaba al marasmo e incluso a la muerte. Así, Spitz demostraría con pruebas algo que años atrás planteaba Lacan, que el cachorro humano no podría sobrevivir sin todo lo que conlleva la demanda del Otro.

En Tres ensayos, Freud (1988) comenta que este quehacer sexual, que surge apuntalado, luego se independiza de la función biológica, se divorcia de la necesidad de buscar alimento, y ahora en más no llorará buscando solo cumplir necesidades

9

fisiológicas, sino para sentir aquella ternura. Con estos esbozos que se nos presentan desde la teoría freudiana, se deja en claro que el alimento y el amor se le brindan al bebé anclados, enlazados, por lo tanto, se podría deducir que, luego, cuando el niño va probando y conociendo otras comidas, relacionándose con el alimento, va anclando a ellos también marcas de la relación con el Otro, y cuando atraviesa esta primera infancia, se determina cierto vínculo con alimentos en particular también.

El vínculo con la comida y la importancia que adquiere el ritual.

En niños muy pequeños, desde los tres o cuatro años ya se puede observar cómo le otorgan una simbolización a alimentos que es muy significativa, y es en el mismo cuerpo social con los pares en el que se señalan también connotaciones negativas frente a ciertos alimentos, se cree, por ejemplo, que el que come hamburguesas y papas fritas de cadenas de comidas rápidas es “afortunado” “premiado por los padres”.

También, los alimentos hechos en casa para la hora del recreo, adquieren connotación positiva que requiere que los niños se acerquen y cuenten con orgullo que se los hicieron “con amor”, o incluso que ellos fueron participe del momento de elaboración. Cada vianda que los niños llevan al colegio, trae consigo toda una carga simbólica más allá del mero acto alimenticio que, insisto, comienza desde los primeros anclajes del bebé recién nacido con el alimento, y como en Tres Ensayos se establece, dependerá en cierta manera de ese anclaje y de cómo lo decodifique en particular cada niño, cómo será su relación con la comida, que puede ser de devoración, de rechazo, de indiferencia y por qué no, una relación sana y normal, de reconocimiento con la comida. En el escrito de Freud mencionado anteriormente, cuando el autor hace referencia a la primera vivencia de satisfacción, indica que la necesidad de repetirla lleva al niño, por ejemplo, a chuparse

el dedo pero menciona que no son todos los niños chupeteadores, sino solo aquellos en quienes está constitucionalmente reforzado el valor erógeno de la zona de los labios, y que estos niños, de grandes, gustaran besar o fumar o beberán, pero que si sobreviene la represión, presentarán un verdadero asco frente a las comidas. Así, Freud señala que la represión invade la pulsión de nutrirse. ¿Está, en ese momento, introduciéndonos a la teoría un trastorno alimenticio? Porque podríamos pensar, en el sentido contrario, que si no sobrevino la represión con este asco frente a las comidas, en el otro extremo de los casos, si se sobreexcita la zona y deviene una fijación, podría generarse una compulsión, no solo a beber y a fumar como el menciona, sino también al atracón, al sin freno frente a la comida, a repetir esta estimulación oral que provee el acto de comer.

Preciso con esto señalar varios destinos posibles de relacionarse con la comida, porque ella también está libinizada, erogenizada, como ya hemos mencionado. Podemos entre estos destinos encontrar, por un lado, un extremo bien marcado, el de la voracidad, en el que no se puede parar de comer, que se come apurado, hasta no poder levantarse de la mesa, hasta que no entra un trago de agua, arrebatarse frente al plato sin pausa y sin detenerse a medir, a reflexionar o siquiera a racionalizarlo, devorar de forma casi animal en cada oportunidad, de no poder ver que quedan restos en la mesa. Por otro lado, tenemos la compulsión, que la considero ese estado de necesidad de estar todo el día comiendo sin parar, “picoteo” como dicen las nutricionistas popularmente, de forma repetitiva. Quizás no consiste en un atracón episódico como aparece en la voracidad, sino en algo menos llamativo para el ojo ajeno, simplemente estar masticando siempre algo, estar todo el tiempo comiendo lo que sea. Y como otro posible destino encontramos a la alimentación que solo cumple una satisfacción biológica, que no hace lazo social, que tampoco disfruta ni conecta con el alimento. Escuché a varias personas con este tipo de vínculo mencionar “quisiera solo alimentarme de pastillas”, que preferiría no tener que comer porque no encuentra el placer allí, Por mi parte sugiero que el placer es otra

10

salida, la más sana. Quien come por placer, busca nutrirse y comer adecuadamente pero reconoce en cada comida su subjetividad, la impronta que le fue asignada, que es medida, que es sensato y que se detiene a seleccionar en función no de la compulsión ni de lo meramente biológico, sino desde el placer, desde tener en cuenta la nutrición, que es lo que va a comer.

También es preciso mencionar la importancia no solo del alimento en sí, sino del momento de sentarse a comer, del ritual que allí acontece en cada familia, donde los adultos son responsables de proveer a los niños un clima sano y tranquilo, donde se busca que el niño interactúe tanto con lo que tiene en su plato como con lo que tiene en frente y lado, su compañía. Que se introduzca en la dinámica familiar, en las conversaciones, en el placer por compartir, para lograrlo, es necesario poner una pausa, y alejar a los niños de las pantallas, para que no se alimenten como un simple acto automático, con la mirada fija en otro lado, sino que puedan concentrarse en lo que están haciendo, en que su mirada está focalizada en la comida, que puedan registrar, seleccionar, relacionarse con el alimento y con quienes se comparte la mesa.

Es sumamente importante ser conscientes del momento, de los alimentos, de su origen, hacer a los niños partícipes de este acto de preparar la situación, promover hábitos saludables, y sobre todo, hablando de hábitos, hacer énfasis en los hábitos horarios que operan como regulación del goce, como organizadores de toda una rutina necesaria para brindar bordes de contención, límites. Comprendo que no es algo sencillo en los primeros tiempos de la alimentación complementaria de los bebés poder lograr un ritmo, pero es preciso que la madre tenga una adecuada regulación de lo simbólico y no atiborrar al bebé con una cucharada tras otra, sin darle tiempo al conocimiento, al contacto con el alimento y a que surja la necesidad, que el niño lo requiera.

Los niños a los que más les cuesta adaptarse a los hábitos y normas básicas que

la institución escolar requiere, los niños que son difíciles de contener, y que sufren crisis constantes, coinciden con un desbalance de rutina horaria. Suelen ser niños que se duermen a horarios muy cambiantes, que no tienen una rutina establecida para la hora del almuerzo y que se les dificulta mucho compartir con sus compañeros y docentes, ya que necesitan constante estimulación, porque la estimulación olfativa, gustativa que provee el alimento no les es suficiente, y cuando se realiza una reunión con los padres, para indagar en sus rutinas aparece esto, horarios descontrolados, platos redundantes, rutinarios y con poco esmero, poco variados en colores estimulantes y nutritivos. Se recurre a lo seguro, pero no solo en el colegio por una cuestión de practicidad, sino también en el hogar, y así la dieta de los niños se ve reducida a dos o tres comidas en bucle. En este sentido, es un aspecto importante a mencionar también desde la alimentación, la cuestión de la oferta de menú, para hacer frente a esta demanda del niño de ser alimentado, no solo como acabamos de mencionar oferta de atención, de cuidados, de dedicación, sino también de alimentos variados coloridos de origen local, accesibles, nutritivos.

Es Piero Camporesi (1999) quien advierte sobre la difusión de este proceso de homogeneización, de una cocina universal, estéril, que le sea funcional a los tiempos del discurso capitalista.

Se trata de hacer frente a las comidas grises y homogéneas, de brindar un menú rico en nutrientes pero también estimulante, de ofrecerle todo lo que sea posible al niño, para que sea consciente de la cantidad de propuestas gastronómicas que están a su alcance, pero también es preciso tener en cuenta la realidad, que son seres sociales, que van a estar en contacto no solo con alimentos saludables, sino con todo tipo de comidas, porque no se trata de llevar a cabo un simple reduccionismo dictatorial alimenticio desde el prohibicionismo, sino a sumergirlos en un abanico de posibilidades, estimular sus paladares y con el ejemplo también, porque no podemos pretender los adultos con el celular en la mesa comiendo comida rápida, que los niños disfruten una sopa mirando la nada. La conexión debe idealmente ser mutua, y hacer parte a un niño de la mesa también es incluirlo en la alimentación de los adultos, el “menú infantil” se tiene que terminar.

11

Es necesario, y realista también, destacar la posibilidad de que los niños rechacen por épocas ciertos alimentos, se cierren a un menú rutinario y luego vayan variando o sugiriendo combinaciones nuevas. Es allí donde la oferta se vuelve fundamental porque, aunque no quiera comer otra cosa, las conoce, sabe que están y es posible que se olvide de algo que no le gusta, o lo pruebe cocinado de otra forma, o de la misma pero lo vuelva a probar y allí le guste y lo incorpore a su rutina.

No es algo nuevo lo que propongo, ya que los banquetes que se mencionan en los relatos de los antiguos griegos funcionaban como metáfora constitutiva reguladora del sujeto con la comida, los banquetes solían organizarse en torno a un objetivo de debate, o celebración por lo tanto había que respetar ciertas normas para poder llevar a cabo una organización que les permita a todos poder desarrollar sus ideas. Por ello, era necesario seguir el protocolo, lavarse las manos y quitarse las sandalias, una vez sentados se disponían a comer, y se debatía en la ronda, mientras uno hablaba, el otro podía comer, escuchándolo. Luego se levantaba la comida y se degustaba el vino donde podían si pararse de la mesa a disfrutar de juegos y entretenimientos. El tema de las normas y las pausas en la cena no es menor, marca un antes y un después en la civilización y en la relación que tiene la comida y sus rituales para los hombres. Si un joven era invitado al banquete, dejaba de ser un niño, para ser comprendido ahora si por la sociedad, como un hombre.

Lacan (1958) reafirmará esta cuestión cuando desarrolla la importancia del momento del ingreso a la mesa del padre. Él menciona que es este acto el que colabora

con la ley de la castración simbólica, el que aparta al niño de la simbiosis con la madre y lo introduce a la mesa del padre, por lo tanto es una entrada simbólica en el discurso alimentario, esto implica como mencionamos antes una regulación, una pérdida, hay aquí un goce del Otro, y se vuelve pulsional la relación con los alimentos en un marco simbólico.

Para ser parte de esta mesa es preciso que se pase por un ordenamiento simbólico, para poder lograr así la regulación por medio de la obtención del goce fálico. Para ello hay que mantenerse sentados, mirarse a los ojos, estar dispuesto a compartir, a escuchar, dejar de lado por un rato los aparatos tecnológicos que requieran una atención constante o cualquier otro “chupete” que los distraiga de la conexión con el momento y los alimentos. Lacan (1999) en *Tres tiempos del Edipo*, explica que así se da la ley que funda la cultura y regula los intercambios sociales.

Ya es cuestión de ver las fallas en el estatuto de este escenario de la comensalidad, que este problema entonces que es con el otro, está inscripto en el campo del Otro. Y considerar de nuevo, si se produce un trastorno en esta relación, si aterriza en un goce desubjetivado, o en una evitación total, un muro evitativo frente a este encuentro con la falta.

La Obesidad como Enfermedad: Un Análisis Crítico del Enfoque Médico y sus Implicaciones.

El inconsciente es el discurso del Otro

Jacques Lacan, 1959.

Lacan (2010) desarrolla en lo extenso de su obra, que la formación de la identidad está en constante relación con el Otro y con las formas de la cultura. Indica que es el discurso del Otro, el que desempeña un papel fundamental en la formación del sujeto, por lo tanto es importante indagar cómo es vista la obesidad desde el discurso de uno de los paradigmas más relevantes para nuestra sociedad, el de la medicina.

Desde la Organización Mundial de la Salud (2021) se define la obesidad como una acumulación de grasa anormal que puede ser perjudicial para la salud; se mide teniendo en cuenta los índices de masa corporales de los individuos y se explica que la

12

causa es simplemente la ingesta de alimentos de alto contenido calórico, ricos en grasa y el sedentarismo. Reduce sus consecuencias a enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, trastornos respiratorios, del aparato locomotor y cáncer. Claramente la salud mental no es algo que la OMS tenga en cuenta; solo se la nombra cuando dice que la obesidad puede tener “efectos psicológicos”. Una reducción alucinante.

Desde el paradigma médico se define a la obesidad como una enfermedad crónica degenerativa (Ceballos Macias, et. al 2018). En este, y en muchos artículos médicos cuando se remiten a las causas de la obesidad, se explayan nombrando factores moleculares, genéticos hereditarios, alimenticios, algunos nombran al pasar los factores “psicológicos”, pero solo se hace énfasis en las consecuencias corporales de la obesidad, y cuando se buscan las posibles soluciones se habla de dietas, actividad física, de fármacos, hasta de cirugías para reducir la capacidad estomacal, pero no encontré en ningún artículo que se cuestione el por qué el obeso no puede parar de comer, por qué no puede comer menos, por qué no hace actividad física. Al preguntarle a una joven cardióloga de la ciudad de Rosario, cómo concibe la obesidad respondió “una enfermedad biopsicosocial”. Podemos ver un enfoque más integral en esa definición, porque estamos

frente a nuevas generaciones dentro del paradigma de la medicina que se forman, investigan y ponen eje en la salud mental, pero se la sigue considerando una enfermedad, e incluso se le encausa como una epidemia mundial, (Pascuala Urrejona, 2007).

Además, la principal preocupación de todos estos artículos médicos es la alta probabilidad de morbilidad en los pacientes. También es necesario cuestionarnos cuáles son las causas que movilizan a los médicos a considerar la obesidad como enfermedad. Desde la comunidad sostienen que hacerlo implicaría mejorar el acceso de los pacientes a tratamientos, y también ayudaría a atenuar los prejuicios y estigmas sociales que pesan sobre la persona obesa. De hecho, en nuestro país la obesidad es considerada una enfermedad dentro del marco de la Ley Nacional N°26396 de *Prevención y control de los trastornos alimentarios*. *Obesidad, bulimia y anorexia nerviosa* (2008): “Entiéndase por trastornos alimentarios, a los efectos de esta ley, a la obesidad, a la bulimia y a la anorexia nerviosa, y a las demás enfermedades que la reglamentación determine, relacionadas con inadecuadas formas de ingesta alimenticia”.

Esta ley hace énfasis en lo necesario que es realizar actividades de promoción de la salud y prevención de estos trastornos, Propender al desarrollo de actividades de investigación y limitar las campañas publicitarias que incitan a la hegemonía de cuerpos “perfectos”. Incluso está el Decreto 330 (2017) dictado por el Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.) que establece el *Día Nacional de Lucha contra la Obesidad*.

También me llamó la atención el

Artículo 9° que indica que “los quioscos y demás establecimientos de expendio de alimentos dentro de los establecimientos escolares deberán ofrecer productos que integren una alimentación saludable y variada, debiendo estar los mismos debidamente exhibidos”.

En la mayoría de los colegios de nuestro país, no hay una oferta de alimentos saludables, solo ultra procesados que incluso son perjudiciales para la salud. Tengamos en cuenta para este punto, que la mayoría de los comercios que se encuentran dentro de colegios son concesiones a un organismo privado, una persona va y “alquila” el “kiosquito” de la escuela así que la escuela está en condición y obligación de hacer cumplir este artículo de la ley, y que sean estos inquilinos quienes se encarguen de los trámites burocráticos. De todos modos en los colegios públicos en los que se brinda comedor, tampoco se respeta la ley, ya que en los colegios se suelen ofrecer como merienda solo ultra procesados, como budines de paquete, turrone, galletitas, etc.

13

Pero, volviendo a la utilización del término “enfermedad”, desde el paradigma de la medicina lo que yo opino que es la razón que impulsa más esta decisión médica de plantear a la obesidad como una enfermedad, está enmarcada desde la Resolución 742 (2009) Dictada por el Ministerio De Salud que solicita la incorporación al PMO las prestaciones básicas esenciales para la cobertura de la obesidad en pacientes, es decir que comprenderá la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, y las medidas tendientes a evitar su propagación.

También es entendible desde un punto de vista más cultural, el nombrar a la obesidad como una enfermedad, ya que cambia la forma en que las personas ven y tratan a quienes la padecen. Las personas obesas sufren constantemente el señalamiento social por no ajustarse a los cánones de belleza actuales, por creer que son personas con muchos problemas de salud, o que lo que les sucede es por “falta de voluntad”.

Últimamente, es una temática muy exitosa en las redes sociales el “*body positive*”, que busca normalizar todos los tipos de cuerpo, romper un poco con la hegemonía de los modelos europeos esculpidos, y en ese positivismo se visualizan los cuerpos obesos, a veces se cuestiona si se cae en la apología a la obesidad o si se trata de inocentemente ayudar un poco a este padecimiento. Dentro de estos movimientos, la queja constante es que ante cualquier problema médico, laboral o personal, el consejo que reciben es “baja de peso”, cualquier patología que se les presente así sea algo dermatológico, psicológico o hasta incluso, capilar reciben esa directiva. Si bien la obesidad trae múltiples consecuencias y complicaciones, es un poco reduccionista señalar que todos los padecimientos por lo que una persona atraviesa están directamente ligados a eso, y si a la obesidad se la nombra como “enfermedad” quizás se evita un poco este señalamiento tan brusco y falto de empatía, y se busca también indagar en otras cuestiones o causas que puedan ayudar.

Al darle tratamiento de “enfermedad” la sociedad comprende de mejor manera el padecimiento de algunas personas obesas. Así se evita caer en reduccionismos y etiquetas innecesarias y perjudiciales para la salud mental de quienes padecen.

Si bien comprendo que es una causal en su mayoría legal y que busca beneficiar a los pacientes, difiero con llamar a la obesidad una enfermedad, desde la óptica psicoanalítica al menos ya que según mi criterio se podría encauzar más como un síntoma, que no es nada más ni nada menos que la expresión de un conflicto inconsciente, y es por medio del análisis que se podría re significar esta relación con los alimentos.

La Concepción del Síntoma en el Psicoanálisis

El síntoma no es definible de otro modo que por la manera en que cada uno goza del Inconsciente en tanto que el Inconsciente lo determina.

Jacques Lacan, 1975

Desde la postura del psicoanálisis, sostengo que la obesidad podría ser vista como un síntoma porque, precisamente, es Freud (1995) quien en “Estudios sobre la histeria” explica que el síntoma es una manifestación física que puede ser utilizada por el sujeto para expresar deseos y conflictos psíquicos inconscientes.

14

Lacan (1995) agrega: “el síntoma es significativo de un significado reprimido de la conciencia del sujeto”. Según la teoría lacaniana, el sujeto se relaciona con el mundo a través de una serie de símbolos y significados que son mediados por el lenguaje; dicho esto, se puede concluir que el inconsciente obedece estas leyes y por lo tanto está estructurado como un lenguaje. Siguiendo esta idea, recordemos que para Lacan el síntoma es una formación del inconsciente y también está estructurado como un lenguaje. El inconsciente habla con un lenguaje propio; en este caso, nos referimos al síntoma pero también se manifiesta en otras formaciones, como el chiste, los sueños, y es tarea del psicoanálisis descifrar ese lenguaje.

Es necesario, aquí, introducir primero que Lacan retoma el concepto de las leyes del lenguaje que fueron propuestas por Jakobson (metáfora y metonimia) y las aplica al

contenido de las leyes o mecanismos que gobiernan el inconsciente que fueron desarrollados por Freud (tales como condensación y desplazamiento). Teniendo en cuenta estos conceptos, Lacan (1990) se refiere al síntoma como una metáfora, como un mensaje encriptado que va dirigido al Otro. Utiliza ese término siguiendo la idea de que una metáfora corresponde a la fórmula según la cual un significante sustituye a otro, tomando su lugar en la cadena significante; podríamos decir más coloquialmente que se trata de "una palabra por otra". Lacan sugiere, así, que los síntomas no son simples manifestaciones aleatorias, sino que tienen un significado oculto que refleja conflictos y deseos inconscientes, y que es en el análisis de un síntoma donde se comienza a desentrañar la metáfora implícita para acceder al contenido inconsciente que está siendo expresado de manera simbólica. Lacan (1990) dice que es un retorno de la verdad, en fallas de un saber. Hablamos del inconsciente, entonces hablamos de una falla de este que es representada en la metáfora. Es este inconsciente entendido como un saber, de articulación significante que es insuficiente para dar cuenta de lo real, es por eso aparece la falla. El síntoma es una respuesta al Otro, es la forma, el intento de construcción ante el decir del Otro en tiempos instituyentes, es un recurso fallido, porque se padece.

Si el inconsciente y el síntoma quedan formulados, entonces, como fenómenos de lenguaje, nos habilita a intervenir sobre ello con el lenguaje. "El síntoma se resuelve por entero en un análisis del lenguaje, porque el mismo está estructurado como un lenguaje, porque es lenguaje cuya palabra debe ser liberada" (Lacan, 1959). Por lo tanto, el análisis psicoanalítico de la obesidad en términos lacanianos podría buscar descifrar el significado simbólico detrás de esta manifestación física. Ahora bien, en un segundo recorrido, Lacan (1959) va a dar cuenta que el síntoma no habla a nadie, no demanda interpretación, sino que lo que buscamos en el análisis será hacerlo hablar y luego el síntoma caerá por añadidura. Todos los momentos de silencio serán momentos de goce, que desde mi óptica puedo leer y equiparar a las resistencias que planteaba Freud. Es más, fue en "Más allá del principio de placer" que él descubrió que las resistencias parten de la parte inconsciente del yo.

El síntoma es un modo de gozar del inconsciente, es la detención de la cadena significante. El síntoma se padece, es decir, hace sufrir al paciente. Lacan (1988) mencionaba que "[...] la verdad halla en el goce cómo resistir al saber. Esto es lo que el psicoanálisis descubre en lo que se llama síntoma" (p.52).

Podríamos, siguiendo la teoría lacaniana desde el Seminario 23, decir que el síntoma es analizable, de todos modos, gracias a sus dos caras. Si bien nos enfrentamos a su cara de goce, real, muda, que hace que el síntoma no cese y se vuelva cada vez más difícil de desentrañar para hacerlo caer, por otro lado, nos presenta una cara simbólica, desde la vía significante, que lo hace hablar para ponerlo en análisis y preguntarle, ahora sí, qué goce está en juego.

Sigmund Freud, en 1917 desde la Conferencia 23 titulada "Los caminos de la formación del síntoma" realizó un detallado recorrido, buscando explicar el origen y formación de los síntomas. La conferencia comienza con un señalamiento muy claro, que más tarde desarrollará. Expresa terminantemente, que los síntomas son perjudiciales para la vida de la persona, porque al representar un gran gasto anímico, afectan la reserva de energía que se utiliza para lo esencial de la vida. ¿Qué quiere decir Freud con

15

esto? que el sujeto, gasta tanta energía en llevar a cabo el síntoma, en sostenerlo, en ocultarlo, que lo perjudica constantemente en su vida diaria, que lo imposibilita a realizar muchas tareas y lo frena, que le ocupa demasiado tiempo. Además de los múltiples síntomas que afectan la salud corporal del individuo, como el síntoma que en este trabajo se desarrolla, el de la obesidad.

Freud, en la Conferencia 22 (1933) , comienza a esbozar sobre el origen de los síntomas, el allí explica que es la frustración, que hace que la libido pierda su satisfacción

y se vea obligada a buscar otros objetos y caminos, porque los que tenía le provocan enojo, malestar, y así, es como las aspiraciones libidinosas que fueron rechazadas logran imponerse dando ciertos rodeos (por donde pasan, por ejemplo, desfiguraciones) estos rodeos son los llamados “caminos de la formación del síntoma”, porque son ellos esa satisfacción mera, sustitutiva que ahora se vuelve necesaria por causa de la frustración.

Retomando a Freud en la Conferencia 23, se expone en cuanto al tema, declarando que los síntomas son el resultado de un conflicto en torno a una nueva modalidad de satisfacción pulsional que se presenta en el adulto. En ella, hay dos fuerzas que se reconcilian en esta formación del síntoma y que por eso es tan fuerte, porque está sostenido desde ambos lados de la fuerza. Uno de esos lados, se encuentra representado por la libido insatisfecha, que como su objeto original se vio frustrado, busca un camino regresivo para embestir algo que ya había sido superado o resignado. Es en esa regresión, es que la libido se topa con las fijaciones que fue dejando atrás, en esos lugares donde se desarrolló y ahora están sometidas a las leyes del sistema inconsciente, que las somete a sus procesos de condensación y desplazamiento, y es así cómo el síntoma se forma como un “retoño” del cumplimiento del deseo libidinoso inconsciente. Las fijaciones las podemos encontrar en las vivencias sexuales infantiles, afanes que fueron parcialmente abandonados u objetos resignados de la niñez.

Entonces, en resumidas cuentas, es así como Freud presenta al síntoma como un sustituto para la satisfacción frustrada, que por medio de la regresión a las épocas anteriores se va ligando a estados anteriores del desarrollo en la elección de objeto o de la organización. Este síntoma repite aquella modalidad de satisfacción en edad temprana, cuando todo era perfecto e ideal, solo que ahora se ve desfigurada por la censura del conflicto volcada en una sensación de sufrimiento y mezclada con elementos que provienen de la ocasión en la que enfermó. Esa persona lo sufre, pero igual en ese sufrimiento, encuentra cierta satisfacción. Podríamos pensar entonces al síntoma como medio de satisfacción libidinoso en la que se prescinde de objeto y así designa el vínculo con la realidad exterior, y que como consecuencia del extrañamiento del principio de realidad y retroceso al principio de placer y autoerotismo, reemplazan una modificación en el mundo exterior por una modificación del mundo interno, lo que antes le provocaba placer, hoy presenta resistencia.

Como hemos visto, el síntoma dentro de la teoría psicoanalítica consta de dos dimensiones; la primera de ellas corresponde al retorno de lo reprimido, en la que la cadena de recuerdos hace que el síntoma se despliegue y sea dialectizable, presentado como retoños de procesos inconscientes. Y la otra dimensión del síntoma es a modo, podríamos decir, de satisfacción sustitutiva: en el síntoma se satisface, entonces, a la pulsión. Podríamos retomar lo que explica Lacan, ya avanzada su teoría en el Seminario 23, cuando trabaja el nudo borromeo, presentando al síntoma con sus dos caras, explicando que hay una cara simbólica, que permite que el sujeto pueda hablar del malestar que le provoca el síntoma y, por otro lado, una cara de goce, que hace que el sujeto quede fijado al síntoma. Esta modalidad de satisfacción que el síntoma aporta es irreconocible para la persona, y por lo tanto displacentera, y genera resistencias en análisis.

Veámoslo un poco más en detalle. El síntoma aparece como la continuación del goce pulsional, de lo que Freud llamaba la satisfacción pulsional por otros medios. Entonces, si miramos las cosas desde la perspectiva del síntoma-goce, podemos decir que el ser hablante goza siempre de un modo sintomático. Esto fundamenta la queja habitual;

porque cada uno se queja que su goce no es exactamente el que debería ser o el que querría que fuera; o que no se termina por adecuar a lo que el sujeto quiere.

Hago hincapié en que la obesidad desde el psicoanálisis podría ser vista como un síntoma a modo de respuesta del sujeto al Otro. Pensémoslo así, el Otro demanda porque está en falta y busca, intenta tajarla, y el obeso se posiciona como el objeto porque es lo único que puede tajarla en su posición fantasmática. Está en posición de objeto, para no encontrarse con la falta del otro. El problema del obeso es que la quiere tapar, que no lo quiere reconocer al Otro como castrado.

El obeso queda, así, como objeto de la demanda del Otro. Como consecuencia de esta operación, taponar la falta del Otro no accediendo a su propio deseo; se produce en él un rechazo, lo elude, le escapa, porque, como dijimos, queda como objeto de la demanda del Otro, así que no hay lugar para el deseo propio. Esto explica porque en la obesidad lo que se evita es el conflicto. El sujeto hace lo que puede para no encontrarse con la castración del Otro, con la pérdida de omnipotencia imaginaria del Otro y por consecuencia su propio deseo, porque aceptar los dos puntos anteriores traería como obligación escucharse a sí mismo, ser responsable y habitar el deseo propio, y queda obturando la falta del Otro a través de la posición fantasmática.

A modo de cierre, la obesidad se puede pensar desde dos puntos de vista. Desde donde lo venía trabajando anteriormente (posición fantasmática) o podríamos pensar la obesidad en tanto síntoma desde la lectura de Lacan, en el grafo de la subversión del sujeto, cuando dice que el síntoma es una respuesta al Otro.

Domenico Cosenza (2013), en "La comida y el inconsciente" dice:

Frente a la frustración de la demanda de amor del niño, que está en la base de cualquier demanda de sujeto, y ante la falta de una señal de amor como significante del deseo del Otro hacia el sujeto, el objeto de la necesidad, la comida en primer lugar, puede adquirir, a través del consumo de un objeto real, el estatuto de compensación imaginaria de esta frustración fundamental. (p.40).

Este autor, pieza clave para el desarrollo de este trabajo, explica que ante la falta de señal de amor, lo que se busca, es la comida, porque es lo más próximo, ya que fue el primer objeto que se le brindó al bebé frente a su necesidad al nacer. Ese primer contacto, momento cuasi mitológico en el que entregan al bebé en la sala de partos, es difuso pero, en el mejor de los casos, el bebé nace, se coloca en el pecho de su madre, se le hacen los controles en neonatología y se le vuelve a entregar para poder amamantarlo. En "Tres ensayos..." Freud dirá que el bebé confunde boca y pezón, porque al principio para él son lo mismo. Esos son sus primeros contactos con este Otro que será fundamental para su desarrollo: en ese momento se lo acaricia, se lo mira, se lo aloja y a la vez se lo alimenta. Para él, al principio, todo es alimento y en ese mismo período descubre la satisfacción. El niño descubre al alimentarse una satisfacción pulsional que luego se traslada a satisfacciones orales independientes de la nutrición como el chupeteo, que apunta Freud que es la primera actividad sexual independiente de la nutrición.

Amor y alimento mezclados, interrelacionados por la misma vía. No podemos pretender, entonces, que un adulto no las confunda después. Como se mencionó anteriormente en este trabajo, si la madre está dispuesta, o no a brindar este don de amor, influirá entonces en la forma en que el sujeto posteriormente abordará el deseo y buscará la satisfacción en otros aspectos de la vida.

Referencias bibliográficas

Camporesi, Piero. (1999). *El Pan Salvaje* . México Fondo de Cultura Económica.

Castro, Mariela. (2009) *Aspectos psicofisiológicos de la lactancia materna*. Rosario. Ficha de la cátedra Estructura Biológica del Sujeto II- Anatomía y Psicofisiología.

Ceballos-Macías JJ, Pérez N-JR, Flores-Real JA, Vargas-Sánchez J, Ortega-Gutiérrez G, Madriz-Prado R. et al. (2018). *Obesidad, Pandemia del siglo XXI*. Ciudad de México. Rev. Sanid. Disponible en:

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000400332

Constitución Nacional De La República Argentina. (2008). Ley 26.396, Trastornos Alimentarios. Sancionada por el Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina el 2008/09/03. Disponible en

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26396-144033/texto> .

Constitución Nacional De La República Argentina. (2009). Resolución 742 / 2009. Dictada por el Ministerio de Salud para Programa Médico Obligatorio (PMO). Fecha de sanción 21/05/2009 Publicada en el Boletín Nacional del 01-Jun-2009, complementa la Ley 26.396. Disponible en

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-742-2009-153945/actualizacion> .

Constitución Nacional De La República Argentina. (2017) Decreto 330 / 2017 dictado por el Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.) en Declaraciones Oficiales. Día Nacional De Lucha Contra La Obesidad. Sancionado el 11/05/2017. Publicada en el Boletín Nacional del 12-Mayo-2017. Disponible en

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-330-2017-274609> .

Cosenza, D. (2013). *La comida y el inconsciente: psicoanálisis y trastornos alimentarios*. Buenos Aires: Tres Haches.

Freud, S. (1984). *Obras Completas*, Vol. XVI. Buenos Aires. Amorrortu.

Freud, S. (1988) *Tres ensayos sobre una teoría sexual*. En *Obras Completas*, Hyspamérica.

Freud, S. (1995). *Obras Completas*, Vol. II. Buenos Aires.

Amorrortu. Freud, S. (1950). *Obras Completas*, Vol I. Buenos Aires.

Amorrortu.

Fuentes Rojas, José Ignacio. (2014). *Las lógicas del alimento en la obesidad infantil*. [Tesis de grado para UAHC]
<https://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/handle/123456789/3212>

Lacan, J (2009) La dirección de la cura y los principios de su poder. *Escritos, Tomo 2*. Ed. Siglo XXI Editores.

Lacan, J. (2008) El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. *Escritos 1*, Siglo XXI.

19

Lacan, J. (1958) *Seminario 5: Las formaciones del inconsciente. La metáfora paterna I y II*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1959) Función y campo de la palabra y el lenguaje. *Escritos 1*. México. Siglo XX Editores.

Lacan, J. (1988). Del psicoanálisis en sus relaciones con la realidad. *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires. Manantial.

Lacan, J. (1990) *La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud*. México. Escritos 1, S. XXI Editores.

Lacan, J. (2005) La significación del falo. *Escritos II*. Buenos Aires. Siglo XXI

Editores. Lacan, J. (2006). *El seminario. Libro 23: El sinthome*, Paidós, Buenos Aires.

Lacan, J. (2010). *Seminario 18, De un discurso que no fuera del semblante*. Barcelona. Paidós.

Lacan, J. *Seminario 22: R.S.I. (Versión Crítica) Clase 6: 18 de Febrero de 1975*, p.14 disponible en <https://e-diccionesjustine-elp.net/wp-content/uploads/2019/10/RSI.pdf>

Langer, M. (1984). *Problemas psicológicos de la lactancia, en Maternidad y Sexo*, Paidós. México.

Mead, M. (1935) *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Nueva York. William Morrow & Company.

Organización Mundial de la Salud. (9 de junio de 2021). *Obesidad y sobrepeso*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Spitz, R. A. (1990). *The First Year of Life: A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations*. New York, Int. Univ. Press. Inc. 1965. *El Primer Año de Vida*. Buenos Aires, Ed. Fondo de Cultura Económica, 8° reimpresión

Urrejola N, Pascuala. (2007) *¿Por qué la obesidad es una enfermedad?* Revista chilena de pediatría. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062007000400012> .