

**Universidad Nacional de Rosario**  
**Facultad de Psicología**



**Trabajo Integrador Final**

ENSAYO

“Lo que no corta el bisturí”

Autor:

Pablo Fragapane

Legajo:

F-5047/4

Docente responsable:

Ps. Quadrelli, Natalia

**-2017-**

## **AGRADECIMIENTOS**

Primeramente quiero agradecer a mi familia que en todo momento me ha acompañado, dado ánimo, ayuda y con quienes, por medio de innumerables charlas, pude construir la temática a desarrollar en el presente trabajo.

A mi docente responsable Natalia Quadrelli, en primer lugar por acceder a acompañarme en este último desafío de mi carrera universitaria, por ayudarme a darle forma y orden a una temática tan compleja de abordar y quien en todo momento fomentó una posición crítica, pero sobre todo propia.

A mis amigos, que me ayudaron incontables veces a lo largo de la escritura de este ensayo, intercambiando ideas, razonando conjuntamente o simplemente prestando su oído y dándome ánimo.

En último, lugar pero no menos importante, a los docentes del espacio TIF. Agradecer no sólo por su predisposición para ayudar a despejar inquietudes sino también calmar las ansias frente a este, como mencioné anteriormente, desafío.

## ÍNDICE:

RESUMEN .....	1
INTRODUCCIÓN .....	2
DESDE LA VENUS PREHISTÓRICA A TWIGGY .....	3
¿QUÉ SIGNIFICA COMER?.....	4
Y LA OBESIDAD... ¿QUÉ ES? .....	6
REDONDO, REDONDO, BARRIL SIN FONDO .....	7
SOBRE LA CIRUGÍA .....	8
NO SERÁ MAS EL MISMO QUE ERA.....	9
CONCLUSIÓN .....	11
BIBLIOGRAFÍA.....	13

## **RESUMEN**

Considerando que la problemática de la obesidad ha ido incrementándose a lo largo de los años alcanzando cifras alarmantes en la actualidad, se han buscado diferentes estrategias e intervenciones para hacer frente a dicha problemática. Una de ellas ha sido la intervención quirúrgica que por diversas técnicas busca reducir la capacidad estomacal, reducir la ingesta y por consecuencia el descenso de peso en pacientes con obesidad.

En el presente trabajo intentaré abordar la problemática de la obesidad, contemplando su complejidad y entendiendo que ante un problema en el que influyen múltiples factores no se puede responder con una única solución. Por ello, se resalta la importancia de la interdisciplinariedad y la articulación entre discursos para lograr un trabajo en conjunto.

En vistas de lo anterior, realizaré una breve reseña de las concepciones de la obesidad en distintos periodos de la historia, también se reflexionará sobre el *comer* como actividad entre lo natural y lo cultural. A continuación, partiendo de la pregunta ¿Qué es la obesidad?, expondré algunas definiciones que circulan en la actualidad e intentaré construir una posible respuesta sirviéndome de la teoría psicoanalítica. Luego, se describirá abreviadamente en qué consiste la intervención quirúrgica, denominada bariátrica, considerando sus resultados en el cuerpo y reflexionando sobre sus efectos en la subjetividad.

Me interesó concluir pensando en los aportes del psicoanálisis en esta problemática, siendo la escucha una herramienta fundamental para que aquello que no puede parar y parece no tener límite pueda comenzar a ser tramitado por la palabra.

**Palabras Claves: Obesidad - Cirugía bariátrica - Compulsión - Goce**

## **INTRODUCCIÓN**

Las problemáticas de la alimentación dejaron de ser algo ocasional para convertirse en un tema corriente. Entre ellas, la obesidad ha ido creciendo de manera exponencial y su cifra sigue aumentando constituyéndose en un gran problema de salud en la sociedad.

En parte, además de ser una temática que siempre me interesó, su plena vigencia fue una de las razones que me llevó a elegirla para tratarla en el presente trabajo. También lo fue el hecho de no ser una temática muy tratada en la carrera y en los cursos que tomé en los cuales, en muchos casos, la teoría sobre la obesidad resulta bastante escaso.

Siempre me llamó la atención que sólo unos kilómetros de distancia separaban dos concepciones totalmente opuestas de la obesidad. En la ciudad siempre estuvo fuertemente instaurado que la obesidad era un problema/enfermedad a ser tratada, mientras que en zonas rurales el sobrepeso es bien visto e incluso indica salud. También pude ir conociendo las diferentes concepciones que se han tenido sobre el tema a lo largo de la historia y como han ido cambiando hasta llegar, en la actualidad, a constituirse como una epidemia que causa gran preocupación.

Al mismo tiempo que se convierte en una preocupación de salud pública, el mercado encuentra allí una oportunidad y lo que hace es ofrecer. Ofrece dietas, productos light, suplementos nutricionales, tratamientos de descenso de peso y entre esta serie de ofertas también encontramos la cirugía bariátrica. En nuestra provincia contamos con servicios de cirugía bariátrica que apuestan a un tratamiento que abordan la problemática de manera interdisciplinaria, es decir, planteando la cirugía como una posibilidad y no como la solución definitiva a la problemática de la obesidad.

Compartiendo esta postura, dentro de los equipos encontramos que hay profesionales de la salud mental, entre ellos psicólogos. Estos tienen mucho más que ofrecer que una prueba de admisión. Desde el lugar del analista se ofrece la escucha, para posibilitar un espacio de interrogación y de surgimiento de la subjetividad, de manera tal que el paciente pueda tomar una decisión consiente de aquello a lo que se expone y con expectativas realistas de sus efectos.

A través de los años, la demanda del procedimiento quirúrgico ha ido aumentando de manera exponencial, pero ¿es la solución definitiva a la obesidad?, aquellos que la solicitan, ¿conocen los riesgos y consecuencias que conlleva la cirugía?, ¿qué expectativas se ponen en la cirugía y qué pasa cuando no son alcanzadas?, ¿Qué función cumple la cirugía y cuáles son sus consecuencias subjetivas?, son algunas preguntas que irán guiando en la escritura.

Advierto que no se encontraran conclusiones cerradas, más bien, planteo el desarrollo de una temática sobre la cual me permito seguir reflexionando, enriqueciéndola, problematizándola. De todos modos, sí se podrán advertir posicionamientos que dejo explícitos, son el trabajo interdisciplinario el cual implica una articulación entre discursos y un trabajo conjunto con profesionales de otras disciplinas, la escucha como aporte desde el psicoanálisis y siempre considerando la obesidad como una problemática en la que influyen múltiples factores.

## DESDE LA VENUS PREHISTÓRICA A TWIGGY

Para comenzar, me gustaría hacer un repaso sobre algunas concepciones de la obesidad a lo largo de la historia. No me voy a detener en cada período y prometo ser breve en cada uno de ellos, pero me resulta interesante poder pensar como cada sociedad en cada período de la historia fue cambiando los modos de percibir lo que hoy se ha constituido como un problema en la salud mundial. En definitiva, pretendo poder hacer un rápido recorrido del pasado para saber en dónde nos encontramos en el presente, pasando de ser un estereotipo de riqueza, fertilidad, belleza a la de una epidemia del siglo XXI.

La Venus de Willendorf es una pequeña escultura de un cuerpo femenino que se caracteriza por mostrar una figura de grandes pechos, abdomen de gran tamaño, características de las cuales se puede incidir que la gordura en tiempos de la *prehistoria* estuvo asociada con el atractivo físico, la fuerza y la fertilidad.

En cambio, ya en la *Edad Antigua*, en las culturas de Grecia y Roma la obesidad comenzaba a ser percibida como algo relacionado a lo inmoderado o desequilibrado, siendo Hipócrates uno de los primeros que se interesó por la nutrición propiamente dicha y las formas de poder reestablecer este equilibrio. En la cultura cristiana esta noción de lo inmoderado se sigue manteniendo llegando a incorporar la glotonería como uno de los pecados capitales.

Continuando en el tiempo, en la *Edad Media*, aunque la iglesia mantenía su desaprobación frente a la glotonería considerándola pecaminosa, entre los nobles los cuerpos obesos eran exaltados como signo de bienestar. Este pensamiento se mantendrá a lo largo de la edad moderna. Creo que Aguirre (2010) pudo expresarlo acertadamente en el siguiente fragmento:

dos formas de vivir y de comer darán origen a dos cuerpos: el de los aristócratas y la alta cocina (gordo, identificado con el bienestar, la belleza, la opulencia y la salud) y el del pueblo (flaco, identificado con el esfuerzo, la fealdad, la escasez y la enfermedad). (p.44)

A principios de la *Edad Contemporánea*, surgen las grandes escuelas de medicina, la francesa, alemana y la inglesa, y con ellas un gran interés por la obesidad o también llamada *polisarcia*. Aun así, a los fines estéticos, persiste el visto bueno sobre los cuerpos redondeados, tal como se puede apreciar en el cuadro de las tres Gracias de Pedro Pablo Rubens, donde podemos observar tres mujeres desnudas con una figura que claramente no se ajustarían a los cánones actuales de cuerpo esbelto.

Mucho más cercano a nuestros tiempos, ese ideal de voluptuosidad y cuerpo curvilíneo se hizo carne en la actriz, modelo y símbolo sexual Marilyn Monroe. La mejor amiga de los diamantes era erigida como ícono e ideal de la imagen de la mujer de los años 50s, con un cuerpo curvilíneo y esbelto que lejos de generar críticas cosechaba elogios y por qué no más de un suspiro.

Luego de su trágica muerte y situándonos en la década de los `60 las tapas de revistas de moda ya no exponían cuerpos voluptuosos, las curvas quedaban *out* y se abrió paso una nueva imagen, la nueva *it girl* Twiggy, de grandes ojos pero pequeña contextura, en extremo delgada, extremadamente a la moda. La nueva delgadez parecía despreciar las viejas curvas y situándonos en la actualidad podemos decir que era una imagen que venía para quedarse.

En la actualidad, si bien hay múltiples campañas de concientización sobre la extrema delgadez, modelos XXL abren cada vez más paso en el mundo de la publicidad y la moda, no deja de estar latente ese ideal de delgadez que cada tanto aparece en su peor expresión en alguna publicidad de marcas renombradas de moda o en alguna publicidad televisiva.

De este modo llegamos a las concepciones actuales de la obesidad, la OMS la definió como la epidemia del siglo XXI y aunque alguna vez fue considerada un problema de

países de ingresos altos, en la actualidad se encuentra en aumento en los países con ingresos bajos y medios de manera exponencial. Otra preocupación importante es que la problemática es cada vez más creciente en los niños, para lo cual la OMS lanzó un Informe para acabar con la obesidad infantil buscando estrategias para poder lidiar con esta problemática.

La obesidad además de ser una problemática en sí misma, representa un factor de riesgo para el desencadenamiento de otras enfermedades como hipertensión, diabetes, entre otras y no repercute únicamente en lo fisiológico sino que también tiene consecuencias a nivel psíquico y social, ya que por lo general las personas que lo padecen son estigmatizadas.

## **¿QUÉ SIGNIFICA COMER?**

El ser humano para llevar a cabo todos los procesos vitales del organismo y su rutina, gasta cierta cantidad de energía, dicha cantidad (medida en calorías) dependerá de las actividades que realice y cuanta energía le insuman las mismas. Para la obtención de esta energía, planteándolo en un modo simple, necesitamos *combustible*, en el caso del ser humano lo encuentra en los alimentos.

Lejos estamos de aquel hombre que cazaba animales para la obtención de alimento, incluso nos resulta lejana la huerta que algunos abuelos solían cultivar. El hombre moderno tiene una amplia variedad de fuentes de alimentos, supermercados, verdulerías, carnicerías, rotiserías, restaurantes y dentro de cada uno de ellos una amplia variedad de productos que se ofertan.

Ya con el changuito en mano recorreremos los pasillos llenos de góndolas, a su vez llenas de alimentos que seleccionamos según calidad, marca, aspecto, precio, gusto, etc. O sino, fijamos la mirada frente a algún variado menú buscando aquel plato que satisfaga nuestro antojo. Por lo tanto, ya podemos dilucidar que comer resulta algo más que la ingesta de nutrientes.

Tal como lo expresa Rossi (2013) "Comer no pertenece únicamente ni a la naturaleza ni a la cultura. Está entre la una y la otra. Participa de ambas" (p.31). Es verdad, necesitamos incorporar esa energía que hace funcionar nuestro organismo pero al mismo tiempo comemos una variada tablita de fiambres antes del asado en familia, degustamos un cup cake de frutos rojos en algún té de amigas, bebemos champagne en una celebración y café en un velorio.

Freud (1905) menciona la actividad del chupeteo como ejemplo de exteriorización de la sexualidad infantil. Esta se apuntala en la función nutricia que le permite conservar la vida, pero se independiza de ella para pasar a ser una búsqueda de placer y no únicamente de alimento. No significa que no tenga la sensación fisiológica del hambre, sino que una vez que ésta es percibida y racionalizada deja de ser algo meramente fisiológico. Se buscará un objeto (alimento) que satisfaga dicha sensación pero también se buscará que sea placentera y de mi gusto, para ejemplificarlo en un modo más explícito es lo que presentamos cuando decimos: *Hoy tengo ganas de comer tal o cual cosa*.

Por lo tanto, el hambre y su modo de satisfacción, el comer, no son aspectos únicamente de lo biológico, sino que allí también encontramos algo de lo pulsional.

La idea planteada anteriormente queda plasmada en lo que plantea Recalcati (2004) en el siguiente fragmento:

Existen dos declinaciones posibles del hambre, diferentes y al mismo tiempo montadas una sobre la otra. El hambre de comida como objeto de la necesidad, de la comida como objeto que aplaca el hambre y el hambre que ningún objeto puede calmar porque es el hambre del seno, no de comida, del seno como significante del primer objeto (perdido) de satisfacción. (p.46)

Retomando nuevamente a Rossi (2013) “La comida no sólo se ingiere. Antes de llevársela uno a la boca, se planea y se piensa detalladamente lo que se va a comer. Adquiere lo que comúnmente se denomina un valor simbólico” (p.33). Valor que es otorgado por el entramado social y cultural.

Al formar la alimentación parte de la cultura, la misma se complejiza, no es un simple hecho natural, se teje una red de significación que da como resultado cuales son los alimentos a ingerir, cuando hacerlo (desayuno, almuerzo, merienda y cena) y con quien. Pensemos únicamente en lo irracional que resulta, nutricionalmente hablando, ingerir alimentos como frutos secos, pasas bañadas en chocolate, garrapiñada, turrone y una excesiva cantidad de alimentos hipercalóricos en una de las épocas más calurosas de nuestro país, estoy hablando del veinticinco de diciembre, aun así es navidad y dichos alimentos no solo están permitidos sino que son bien vistos en la mesa festiva.

Estos tejidos culturales sobre los alimentos y la alimentación, también se entrelazan con los cuerpos. Por ejemplo, en la Edad Media, había una marcada diferencia entre aristocracia y plebe, no únicamente por lo económico, bienes, etc. También en el aspecto físico era notorio, constituyéndose como lo llama Aguirre (2010) cuerpos de clase, el del aristócrata que en concordancia con su opulencia económica y estatus social, su peso era elevado y el del pueblo con un cuerpo delgado y de bajo peso que expresaban el esfuerzo, trabajo y con ellos su posición social inferior. Como ya he mencionado, en la modernidad estos roles quedan disfuncionales, a la sociedad toda se le impone un cuerpo esbelto, delgado, musculoso, como parámetros de belleza.

Si hablamos del aspecto cultural de la cuestión, no podemos omitir lo que el mercado nos ofrece, en el cual encontramos una amplia gama de productos, los hay orgánicos, de cámara, intervenidos genéticamente, carne de feed-lot, verduras frescas, verduras congeladas, enlatados, sopa en polvo, sopa en cubos, pollo de granja, pollo de criadero, patitas de pollo, sabor en sobres, sopa en bandeja, sopa para microondas... También los modos de alimentación son variados, por ejemplo podemos ser omnívoros, veganos, ovo-vegetarianos, ovo-lacto vegetarianos.

Tal vez la confusión masiva que se produce en muchos por esta marea de opciones llevó a Michael Pollan a redactar un breve libro llamado *Saber comer*, contiene 64 reglas básicas para aprender a comer *bien* basándose en el principio: *Come comida. Con moderación. Sobre todo vegetales*. Pero cae en la trampa de sumarse como otra voz que se alza adjudicándose la respuesta a la mala alimentación y haciendo del comer un acto sobre el cual puede ejercerse pleno control e incluso aprender a comer.

Si bien no voy a detenerme en el desarrollo del libro, un fragmento llama mi atención el siguiente fragmento:

Al contrario que los anglosajones, que dicen *I'm hungry* (Estoy hambriento), en francés, como en español, se dice *Tengo hambre*. Al terminar, sin embargo, los franceses no dicen *Estoy lleno* (*I'm full*, dicen los anglosajones), sino *Je n'ai plus faim*, *Ya no tengo más hambre*.

En nuestro país a diferencia de los franceses también resulta común escuchar *estoy lleno*. En la actualidad la satisfacción que se busca es inmediata y compulsiva, como buscando *estar lleno* permanentemente. Para ello la sociedad bajo el imperativo de consumo ofrece objetos, entre ellos la comida. Por lo tanto, muchas personas buscan llenarse de comida, sobrepasando el umbral de la satisfacción nutricia.

Los alimentos pasan del orden de la necesidad al de dependencia. El no querer saber nada con ese vacío provoca angustia que resulta imposible articular, existe un malestar pero resulta dificultoso determinar sobre qué. En su lugar como dice G. Soto (2015) en el sujeto surgen intentos de solución que se receta a sí mismo, pero esta dependencia enraizada en el inconsciente termina haciéndole sufrir.

Entonces, el comer compulsivamente, ¿es un intento de solución ante la angustia? Intentando acercarnos a una respuesta a la pregunta anteriormente formulada, Freud (1926) escribe, “los síntomas son creados para evitar el desarrollo de angustia” (p122), es decir, que si tomamos la ingesta compulsiva como un síntoma podemos pensar que efectivamente es un recurso del sujeto para no toparse con la angustia. De hecho, en el mismo escrito, el autor advierte que hay un nexo entre inhibición y angustia, de modo tal que la inhibición de una función se produce ya que de llevarse a cabo se desarrollaría angustia. En el caso de la función nutricia, si bien, nombra el asco y la renuncia del alimento tampoco descarta la compulsión a comer como respuesta de la angustia de morir de hambre.

## **Y LA OBESIDAD... ¿QUÉ ES?**

A la hora de poder pensar qué es la obesidad, traía acuñadas múltiples definiciones o nociones de la misma sobre las cuales no había reflexionado demasiado y que ya era momento de poder desglosarlas, poder extrañarme de ellas y comenzar a reconstruirlas. Tomaba definiciones como la de la Organización Mundial de la Salud que define la obesidad como una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Para determinarlo toma como referencia el Índice de Masa Corporal (IMC), definido como la relación entre el peso y la talla ( $\text{kg} / \text{m}^2$ ), en donde se considera sobrepeso a un IMC igual o superior a 25 y obesidad, un IMC igual o superior a 30. (OMS, 2016)

Otra fuente a consultar fue el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), si bien el más conocido es el DSM IV, ya se encuentra disponible el DSM V. Resulta curioso, que si bien encontramos un apartado dedicado a los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), en él se clasifican la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa pero no la obesidad.

En la quinta versión, un cambio que se realizó fue constituir el Trastorno por Atracón como categoría diagnóstica propia. Para su diagnóstico la sobreingesta, entendida como la ingesta de una cantidad de alimento mayor a la promedio de manera frecuente, debe ser al menos una vez a la semana durante tres meses con falta de control, es decir, no poder controlar la cantidad, acompañado por sentimientos de malestar psicológico. Además, debe contar con al menos tres de las siguientes características:

- Ingesta más rápida de lo normal
- Ingesta hasta sentirse inconfortablemente lleno
- Ingesta de gran cantidad de alimento sin sentirse físicamente hambriento
- ingesta en soledad por sentimientos de vergüenza asociados a la cantidad ingerida
- sentimientos negativos sobre sí mismo (asco, depresión, culpa) posteriores a la ingesta

En cambio en el CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud), existe un apartado de *Obesidad y otros tipos de hiperalimentación*, en donde se incluyen Adiposidad Localizada (E65), Obesidad (E66), Otros tipos de hiperalimentación (E67) y Secuelas de hiperalimentación (E68). Al ser un sistema de categorías no encontramos un criterio diagnóstico o alguna noción de la misma, sino que su utilidad es más bien epidemiológica ya que convierte los términos diagnósticos, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su registro, almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información.

Si bien son muchas las miradas sobre esta problemática en donde se incluyen la elaboración de los alimentos, las estrategias de la industria alimenticia para provocar los efectos adictivos de los alimentos procesados, los genes como responsables, el ambiente, las políticas etc. También encontramos la posibilidad de la escucha, un momento en donde se deja de llenar con significado, diagnóstico, patologización, para dar lugar al despliegue del síntoma y en donde el sujeto puede comenzar a enfrentar en vez de evitar. El psicoanálisis, a diferencia de otras disciplinas, tiene para aportar la escucha. Facilita un espacio en el cual

un sujeto acongojado por su propio síntoma pueda realizar un despliegue de su padecer, su historia, su singularidad.

Frente a las diferentes definiciones de obesidad, en su mayoría enmarcadas en cifras, o tomando como referencia una conducta *normal* y otra que se desvía de ella resultando en un trastorno, propongo entender la obesidad como *consecuencia de...* ya que sea por un exceso de ingesta y poco gasto calórico, por un IMC elevado, por compulsividad en la ingesta, sea cual sea el caso la obesidad surge como algo posterior, un efecto. El aumento de peso no se da de un día para el otro, es progresivo, decíamos que la obesidad, incluyendo la mórbida, se diagnostican en las cifras más altas del IMC. Por lo tanto hay un camino anterior que se ha recorrido para llegar a ese estado.

En el caso de la obesidad nos encontramos que hay compulsión, una pérdida del control sobre la ingesta, una especie de no registro de cantidad. No importa cuánto sea necesario ingerir mientras se acerque aunque sea de manera momentánea a esa llenura que eclipsa el vacío del que hablaba anteriormente, incluso como dice Freud (1609), si esta acción, interpretada como síntoma, sea contra la voluntad y conlleve displacer o sufrimiento.

Siendo la epidemia del siglo XXI podemos imaginar que muchas personas que llegan a las clínicas, lo hacen con el mismo diagnóstico. Pero un mismo diagnóstico no implica dejar de lado los efectos singulares que produce en cada uno. Es esta dimensión la que recoge el psicoanálisis, esa singularidad que quiere decir y no encuentra del todo en donde ser escuchada.

En definitiva, como lo expresa Castro Soto (2015) “el psicoanálisis, en cambio, escucha en el sujeto dependiente un intento de tratamiento, como una solución, que el sujeto encuentra en su propio camino, para enfrentar algo que resulta insoportable en su existencia” (p.8).

### **REDONDO, REDONDO, BARRIL SIN FONDO**

Aguirre (2010) desarrolla el concepto de *comensalidad*, el cual puede definirse como la manera de comer juntos. En el acto de comer, al tratarse de un acto social, no solo se comparten los alimentos sino que se produce un intercambio simbólico, claros ejemplos de estas situaciones son el caso de la mesa familiar o en una comida con amigos donde además de reunirse a compartir los alimentos se comparten discusiones, anécdotas, charlas, etc. Aunque nos reunimos con la excusa de comer un asado, una picada, facturas con mates, en fin comer comida, utilizamos estas situaciones como medio para socializar, es decir, propiciar un escenario donde se producen continuamente intercambios y por lo tanto establecemos lazo con otro u otros.

Muy diferente es el caso de la ingesta compulsiva. Una situación en donde la comida es el centro de atención y el comer la actividad principal. Entonces esta comensalidad de la que hablaba anteriormente se encuentra ausente, no hay un otro con quien compartir, se convierte en una actividad que se lleva a cabo de manera aislada.

En este sentido, podríamos agregar que se convierte en un puro acto, donde no hay mediación simbólica, sólo se mastica y traga comida, donde ni siquiera hay registro de aquello que se come y en la magnitud en la que se lo hace. No quiero dejar pasar este aspecto que acabo de mencionar, ya que la mayoría de veces que se trata el tema de la obesidad aparece algo del *no registro*. En concreto, me refiero cuando no hay una percepción de la cantidad de alimento ingerido. Esto me recuerda imágenes de un programa cuyos participantes son obesos, se encontraban en un tenedor libre y algunos de ellos iban *picoteando* a medida que pasaban por las bandejas que presentaban suculentas preparaciones, al mismo tiempo que iban llenando hasta desbordar el plato que sostenían. Seguramente, una vez finalizada la noche si se les preguntaba qué y cuánto habían comido de cada cosa, recordarían alguna que otra pero quedaría una gran mayoría por fuera y aquí no estamos tratando un problema de memoria sino de una cierta ausencia de reflexión,

percepción del momento en el que se come. En muchos tipos de tratamiento de la obesidad los profesionales, especialmente los nutricionistas, piden a sus pacientes un registro alimentario, no sólo para conocer el estilo de alimentación sino para poder producir justamente un registro de las ingestas.

Me remito al concepto de Freud de *autoerotismo* para poder pensar el acto compulsivo de comer como una acción autoerótica, actividad de la cual se obtiene placer pero que queda cooptada del lazo social. Y es que la mayoría, sino todos, obtenemos cierto placer en el acto de comer, ya sea que lo hagamos por una necesidad, el hambre, o simplemente por el placer que causa saborear algo de nuestro agrado. Pero cuando no se puede parar de comer, cuando un momento placentero comienza a convertirse en algo fuera de control, ¿entonces?

Siguiendo las teorizaciones de Freud, si bien hay una tendencia constante a la búsqueda de placer también existe un *más allá* de este principio. Pero ir más allá tiene su precio, el dolor. Es lo que Lacan llamará goce, este placer doloroso pero que no deja de repetirse. Puede pensarse como una satisfacción paradójica, ya que de la propia satisfacción es de donde deriva el sufrimiento. (Evans, 2011: 103)

En el acto compulsivo de comer hay sufrimiento en la culpa luego de un atracón, los reproches, las (falsas) promesas de empezar una dieta al día siguiente, e incluso un sufrimiento que no se restringe a lo psíquico llegando también a lo corporal, dolores de estómago, acidez, distensión abdominal, ataques al hígado, etc.

Por lo tanto, el comer compulsivo sobrepasa una búsqueda de placer, quedando situado en lo gozoso. Como ya he mencionado, excede la búsqueda de satisfacción de una necesidad y también la búsqueda de placer, tornándose displacentero y solitario.

## **SOBRE LA CIRUGÍA**

En el acto quirúrgico tanto el nutricionista como el paciente están bajando los brazos y se rinden: no piensan más juntos en cómo frenar la gordura sino que ya el adelgazamiento pertenece a un hábil bisturí. (Ravenna, 2011: 100)

La cirugía bariátrica en el último tiempo se ha posicionado como la intervención más efectiva para el tratamiento de la obesidad. La etimología del término cirugía bariátrica deriva del griego *baros* que significa peso, y consiste en un conjunto de procedimientos quirúrgicos diseñados para lograr una pérdida significativa de peso corporal. Además de la pérdida de peso tiene un efecto positivo en las comorbilidades asociadas, incluso en muchos pacientes que ya presentaban diabetes tipo II, luego de la cirugía se ha observado una alta tasa de remisión de la misma.

La cirugía tiene un conjunto de indicaciones entre las que se encuentran:

-Indicado para pacientes entre los 18 y 60 años

-IMC mayor/igual a 40

-IMC entre 35/40 con comorbilidades con expectativas de mejorar con la intervención quirúrgica

-indicado para pacientes que a pesar de haber realizados los tratamientos convencionales no logran perder peso o mantener el descenso del mismo a largo plazo

El procedimiento consiste en realizar una intervención quirúrgica con el fin de modificar la capacidad gástrica o la absorción. Para ello existen diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos, los hay restrictivos y malabsortivos. Por lo general los cuatro procedimientos más utilizados son la banda gástrica ajustable, gastrectomía vertical en banda, derivación bilio-pancreática y tal vez uno de los más escuchados el bypass gástrico. El procedimiento a utilizar será determinado de acuerdo a las indicaciones anteriormente enumeradas y otros aspectos como la preferencia del paciente, control de peso y/o metabólico, riesgos, entre otros (Lima-Martínez et al. ,2015).

En la Provincia de Santa Fe, la primera cirugía llevada a cabo en un medio público fue en el Hospital Centenario de la ciudad de Rosario en el año 2008. Hoy en día dicho Hospital y el Hospital Provincial, ambos en la ciudad de Rosario, trabajan conjuntamente.

El tratamiento se plantea en tres etapas, se comienza con la llamada etapa clínica, seguida de una etapa pre-quirúrgica y la última post-quirúrgica. La primera tiene seis meses de duración, es previa a la cirugía y en su transcurso se realiza la admisión del paciente, se toman los datos filiatorios, se controlan los requisitos para el ingreso (ser mayor de dieciocho años y ser diagnosticado con obesidad mórbida), además de la realización de talleres, grupos y consultas individuales. Esta etapa se centra en una serie de objetivos:

- Informar al paciente y su familia las pautas y etapas del tratamiento.
- Acercar al paciente al conocimiento y entendimiento de la patología.
- Conocer los riesgos de la enfermedad.
- Conocer los beneficios de realizar un tratamiento adecuado.

En este momento también se realiza el ingreso del paciente que consiste en la realización de evaluaciones, historia clínica, examen físico entre otros. El mismo es llevado a cabo por los profesionales que integran el equipo del servicio de obesidad mórbida, entre los cuales se encuentra el psicólogo.

Sierra Muguía (2013) destaca la labor del psicólogo en el equipo interdisciplinario de cirugía bariátrica marcando la importancia en su preparación para atender estas problemáticas. El rol principal del psicólogo en el equipo y a lo largo del tratamiento consiste en la evaluación inicial del paciente con el fin de determinar la capacidad para afrontar los cambios en el estilo de vida que son necesarios antes y después de la cirugía y preparar al paciente para estos cambios, de modo tal que el paciente pueda tomar una decisión informada acerca de someterse o no a la cirugía.

A su vez, en esta instancia el paciente llega con ciertas expectativas y fantasías con respecto a su cirugía, a lo que sucederá después de ella, etc. Con respecto a esto la autora señala que “Esta preparación ayuda al paciente a tener expectativas realistas sobre los resultados del procedimiento al que se quiere someter y disminuir el sentimiento de incertidumbre que a su vez es generador de ansiedad”. (Sierra Muguía, 2013: 194)

En suma, podemos reflexionar sobre la importancia de la presencia del psicólogo en el equipo interdisciplinario de los servicios de cirugía bariátrica, de modo que aquellas personas que llegan con la intención de realizarse la cirugía puedan antes considerar otras posibilidades, teniendo en cuenta que un procedimiento como el bypass gástrico es irreversible y, de llevarse a cabo la cirugía, poder comenzar a acompañar al paciente en los emergentes del presente y en las incertidumbres del futuro. Sin embargo insisto, será el paciente quien deberá tomar la decisión de llevarla a cabo o no.

## **NO SERÁ MAS EL MISMO QUE ERA**

A lo largo del recorrido de la carrera de psicología, en varias oportunidades pude escuchar sobre el efecto taponador de los fármacos. Taponan el síntoma, es decir, aquello que insiste y no termina de inscribirse, no da lugar a la palabra sino que termina siendo un sustituto de aquellas técnicas que alguna vez utilizó Freud, me refiero a la hipnosis y la presión sobre la frente, donde ante una orden eso que molestaba desaparecía, y el síntoma callaba...al menos por un tiempo.

En línea con lo anterior, comencé a pensar la cirugía bariátrica en este mismo orden, como una especie de parche, una solución parcial de un problema mucho más complejo que subyace. En vistas de los resultados inmediatos que resultan de la mencionada intervención, muchas personas quedan fascinadas y la consideran como única solución a su problema de obesidad, ignorando el proceso, los riesgos y los cambios, en muchos casos definitivos, que conlleva.

La frase de muchos colegas (no cirujanos): “uno no será más el mismo que era”, no se refiere solamente al efecto adelgazante sino a que la gente tenga la idea que luego de esto no hay retorno ni arrepentimiento... es irreversible y definitivo. (Ravenna, 2011: 97)

Siguiendo mi planteamiento sobre la concepción de la obesidad como *consecuencia de*, también desde el psicoanálisis podemos pensar la obesidad como consecuencia de una modalidad de goce. Esta manera de gozar se muestra de manera desmesurada, compulsiva, donde el límite tiene fronteras tan difusas que parece no haber límite en absoluto. En este sentido, coincido con la observación que hace Sirtori Gual (2011) sobre

“...la condición narcisista del hombre que se niega a aceptar límites al principio de placer y a renunciar al sueño de omnipotencia narcisista”...“a falta de la palabra y de los espacios para su simbolización buscan su expresión en fenómenos conversivos” (p149).

Con respecto a lo que menciona como *fenómenos conversivos*, lo entiendo en tanto causa efectos en el cuerpo real, más allá que coincida con la histeria en la neurosis.

Retomo una frase de una charla que pude mantener con una profesional del servicio de cirugía bariátrica, en donde me comenta que muchas de las personas que llegan al servicio parecen no interrogarse acerca de qué hacen allí, por qué están allí. Ante estas situaciones incluso es necesario construir ese síntoma que aparece inadvertido, es decir, que este sujeto “pueda implicarse, pensar en lo que le ocurre y por qué no, construirse otras formas de vivir” (Morales et. al, 2014: 90).

En esta misma línea argumental, pienso en aquellas personas que acuden a algún servicio, clínica, con el fin de realizarse la cirugía. Efectivamente allí hay un pedido... y uno de ayuda. Entonces, me pregunto sobre qué es que se pide ayuda, ¿A bajar de peso?, ¿A cambiar/mejorar su imagen?, ¿Mejorar su salud? o también podemos pensar, sirviéndonos del psicoanálisis, que el pedido de ayuda es un pedido a un Otro para que venga a poner coto a este modo de gozar fuera de control.

Es la función paterna la encargada de instaurar la ley, una ley que prohíbe pero que al mismo tiempo habilita, “la intervención del padre introduce aquí el orden simbólico..., el reino de la ley” (Lacan, 2013: 229) dejando inscripta una falta que dará paso al deseo propio y constituyendo así un sujeto deseante. Pero como ya he desarrollado, cuando esta modalidad gozosa involucra sufrimiento, entonces el sujeto es “absorbido y devorado por aquello que había encontrado como solución a su malestar insostenible” (Castro, 2015: 8). Esto me llevó a pensar si la cirugía, además de estar idealizada, es puesta en lugar de este padre que viene a prohibir, limitar, poner medida.

Citando nuevamente al doctor Ravenna (2011), “a la estructura, la adicción, el carácter y la conducta no se los puede operar...es que ¿Dónde se colocan las tensiones, las angustias o las frustraciones?”(p.100).

Recogiendo esta pregunta, el síntoma como ya fue desarrollado cumple una función, alejar al sujeto de la angustia. Pero si este síntoma no puede continuar, por la intervención de la cirugía por ejemplo, entonces lo único que se provoca es la emergencia de la angustia y la construcción de otro síntoma para poder evitarla nuevamente. De este modo, “en lugar de atravesar el dolor y el vacío, el sujeto responde con una solución alternativa”, es decir, otro síntoma. (Castro, 2015: 9)

Me interesa volver a retomar la intervención del psicoanálisis en estas problemáticas. Allí donde la sociedad de consumo ofrece objetos, incluyendo la comida, para llenar ese vacío, el psicoanálisis ofrece escuchar algo de aquello que angustia, poder decir algo de esa falta de la cual nada se quiere saber pero que es motor del deseo.

## CONCLUSIÓN

Para concluir, lejos de generar un cierre, el presente ensayo fue escrito con la intención de *recoger* una temática con poco desarrollo, en comparación a otros tópicos, poder reflexionar sobre ella y comenzar a generar una postura, ciertamente factible de ser cambiada.

Si bien contaba con algunos conocimientos previos sobre la problemática de la obesidad, ya sea por cursos, lecturas, investigación propia y curiosidad, este ensayo me confrontó conmigo mismo para poder rever todos esos conocimientos, recortarlos, compararlos, ponerlos en tensión, y así ir construyendo los propios. En tal sentido, comencé a pensar la temática del trabajo concibiendo la obesidad como un síntoma, idea que iría cambiando a medida que buscaba una definición de la misma.

Pues bien, desde el discurso médico encontraba diferentes definiciones que se basaban en el peso, en la relación de este con la altura, o desequilibrios neurobioquímicos, que si bien son válidos, en ningún caso hallaba una definición que pudiera adoptar como propia. Aun así, fueron útiles para poder llegar a la conclusión de que la obesidad se presenta como una *consecuencia de*. Con esto me refiero que ya sea un conflicto neurológico, bioquímico, genético, de kilos y/o un conflicto del psiquismo, en todos los casos su consecuencia final es la obesidad.

Concibiendo la obesidad como un cuadro que se va constituyendo en el tiempo, pude diferenciarlo del síntoma, que irrumpe en el sujeto y se repite manteniéndose en el tiempo, allí ubico la compulsión de comer. Es la compulsión en la ingesta lo que se repite una y otra vez de manera desmesurada, fuera de control, y que irá constituyéndose en un modo de goce del sujeto, es decir, una satisfacción paradójica en la cual el placer y el displacer se entrelazan y convierten en un sufrimiento para el sujeto.

A su vez, con respecto a la comida fue pensada no únicamente como objeto para satisfacer una necesidad biológica, sino considerarlo como objeto de la cultura que lo atraviesa. Sucede igual con el comer, que si bien se apuntala en la función nutricia, en la compulsividad sus límites se van difuminando sobrepasando la función fisiológica del hambre y yendo más allá del principio de placer. Rossi (2013) dirá, "Comer no pertenece únicamente ni a la naturaleza ni a la cultura. Está entre la una y la otra. Participa de ambas" (p.31).

Teniendo esto en mente, se realizó un breve desarrollo sobre las concepciones de la obesidad a lo largo de la historia de manera tal de poder pensarla como una concepción cambiante y dinámica, arribando a la actual que la concibe como una epidemia del siglo XXI. En respuesta a esta problemática, entre todas las que hay, tomé la de la cirugía bariátrica, ya que se presenta como uno de los tratamientos más efectivos a largo plazo y cuya demanda se incrementa cada vez más. Quise resaltar lo irreversible de este procedimiento y la expectativa casi mágica sobre ella, ignorando los riesgos y cambios en el estilo de vida que genera. Aun así muchas personas demandan este procedimiento que viene a ocupar el lugar de un Otro paterno que vendría a poner coto a ese goce desmedido.

Si bien quedo con la deuda de ofrecer cifras, que fueron buscadas pero no pude hallar estudios epidemiológicos consistentes de la Argentina, es sabido que las recaídas post quirúrgicas son altas, al igual que los cuadros depresivos. Esto podemos pensarlo en lo que se desarrolló a propósito de la angustia y el síntoma. El síntoma cumple el propósito de alejar al sujeto de la angustia, pero cuando este no puede cumplir más dicho propósito, emerge nuevamente esa angustia.

Por lo tanto, si bien no es mi intención darle un cierre a lo que he desarrollado y muy por el contrario me deja preguntas, reflexiones y una gran curiosidad para seguir indagando, sí me interesa dejar una postura sobre el tema, a saber: la cirugía por sí sola nada puede resolver del conflicto que se da en el sujeto. Puede revertir una diabetes, producir un descenso de peso y desde ya causará efectos en la subjetividad, pero es necesaria la

articulación entre discursos para la búsqueda de estrategias conjuntas para lograr realmente un cambio de posicionamiento subjetivo.

De igual modo, el psicoanálisis ofrece escuchar, algo de aquello que angustia, poder decir algo de esa falta de la cual nada se quiere saber pero que es motor del deseo. Retomando a Freud (1915) podría pensarse como intentar dejar de repetir en la vida algo que sólo se debe recordar. Pero también debe contemplar las intervenciones del campo médico, ya que la problemática de la obesidad causa estragos en el cuerpo Real, conviviendo con otras complicaciones que deben ser atendidas con la misma importancia. Al mismo tiempo, se debe contemplar que muchas personas con obesidad tienen una concepción errada o desconocimiento sobre los alimentos. Entonces, es necesario contar con profesionales aptos en la materia para poder asesorarlos en cuestiones de la alimentación como lo son los nutricionistas.

Así, contrariamente al aislamiento, apuesto a una clínica que se abre, dialoga y se articula con otros discursos y profesionales que conjuntamente pueden trabajar en la búsqueda de estrategias para un tratamiento del paciente con obesidad, de manera de mitigar su sufrimiento y poder realizar movimientos en la subjetividad que permitan un corrimiento de la repetición para poder dar lugar al propio deseo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Aguirre, P. (2004). *Ricos Flacos y gordos pobres, la alimentación en crisis*, Buenos Aires, Capital Intelectual
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría, (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV, Barcelona, Masson, 1ra edición
- Castro Soto, M.G. (2014). *Horizontes del Psicoanálisis en el siglo XXI: El psicoanálisis ante los síntomas actuales*, Conferencia en Espacio Psicoanalítico, apertura de la Maestría en Psicoanálisis, 21 de febrero de 2014
- Clasificación Internacional de Enfermedades. 10° CIE. 10° REVISION, en [http://www.cie10.org/Cie10\\_Que\\_es\\_cie10.php](http://www.cie10.org/Cie10_Que_es_cie10.php)
- Evans D. (2011). *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*. 1ed. Buenos Aires. Paidós
- Freud, S. (1917). *23° Conferencia. Los caminos de la formación de síntoma*. Vol. XVII, Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1915). *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Buenos Aires: Amorrortu
- Jáuregui Lobera, Ignacio. *Manual Diagnóstico de los trastornos mentales V*, Instituto de Ciencias de la Conducta (ICC). Sevilla, España
- Lacan, Jaques (1994). El seminario 4: la relación con el objeto. Buenos Aires. Paidós.
- Ley 26.396 en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/144033/norma.htm>. Visita 17 de abril de 2017
- Lima-Martínez, Marcos et all. (2015). *Tratamiento con cirugía bariátrica en el paciente obeso*. Revista Venezolana de Endocrinología en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375540236007>
- Morales, María de los Milagros et.al. (2014). *Obesidad Infantil. Caminos Posibles para Generar una Demanda cuando nada parece faltar*. en International Journal of Good Conscience, 8,N°1 pp.83-93
- OMS. (2016). *Obesidad y sobrepeso*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>  
*Obesidad*. En <http://www.who.int/topics/obesity/es/>. Vista 21 de abril de 2017.
- Pollan, Michael, (2012). *Saber comer: 64 reglas básicas para aprender a comer bien*. 1ª ed., Buenos Aires, Debate
- *Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad* en <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/programas/programa-nacional-de-alimentacion-saludable>. Visita 17 de abril de 2017
- Resolución 732/2016 en [http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2016-09\\_resolucion-732-programa-nacional-alimentacion-saludable.pdf](http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2016-09_resolucion-732-programa-nacional-alimentacion-saludable.pdf). Visita 17 de abril de 2017

- Rivera, Mariana. (2008). *Primera cirugía de reducción gástrica que se realiza en un hospital provincial*. Sección Salud. El Litoral del martes 30 de diciembre de 2008 En <http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2008/12/30/salud/SALUD-01.html>
- Rossi, Paolo. (2013) *Comer. Necesidad, deseo, obsesión*, 1ª ed., Buenos Aires, Fondo de cultura económica.
- Sierra Murguía, Mariana Alejandra (2013). El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de cirugía bariátrica. *Interdisciplinaria*. México D.F. pp. 191-199
- Sirtori Gual, Virginia. (2011). *Psiquismo, Salud y Cultura. Un enfoque Psicoanalítico*. Academia Libre, Universidad Libre, Año 8, N°9, pp 135-152
- Tomayconza, Hever. (2008). *Historia de la obesidad en el mundo*. En <http://www.monografias.com/trabajos65/historia-obesidad/historia-obesidad2.shtml>
- Unidad Interhospitalaria de Obesidad Mórbida. Metodología de Trabajo. en [www.fucimed.org/miscfiles/metodologia.doc](http://www.fucimed.org/miscfiles/metodologia.doc) consultado 28/04/2017