



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología
Magíster en Psicología Clínica de Adultos

**Tesis para optar al Grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos
Factores Psíquicos Implicados en la Etiología de la Obesidad: Revisión y
Sistematización de los aportes en Psicoanálisis.**

Autor: Nicolás Canales Bravo.
Profesor Guía: Dr. Hugo Rojas Olea.

Santiago, Enero de 2014

“Un cierto príncipe...sufría de melancolía y tenía la ilusión de creerse una vaca...; mugía como ese animal y causaba molestias a todo el mundo, gritando: “Mátenme y así se podrá hacer un buen guiso de mi carne”; por último dejó de comer totalmente...Se convenció a Avicena de que tomara este caso...En primer lugar, le envió una nota al paciente dándole la buena nueva de que el carnicero se dirigía hacia él para matarlo, a lo cual el enfermo se alegró. Poco tiempo después, Avicena, sosteniendo un cuchillo en la mano, entró en la habitación del paciente diciendo: -¿Dónde está la vaca para que la mate?- Y éste mugió para identificar dónde se encontraba. A la orden de Avicena, fue tendido en el suelo, atado de pies y manos; entonces Avicena le palpó todo el cuerpo y dijo: -Está demasiado flaco y todavía, no está para el matadero; debe engordar-. Así le ofrecieron una comida conveniente de la cual participó con gusto el enfermo; y poco a poco recuperó su fuerza, se libró de la ilusión y se curó de todo”.

(Browne, 1921, págs. 88-89, citado por Coleman J,C, en Psicopatología, Paidós, Buenos Aires, 1977).

Resumen.

La presente tesis de investigación apunta a desarrollar una revisión bibliográfica de los principales conocimientos aportados por el psicoanálisis sobre factores psíquicos que intervienen en la génesis y perpetuación de la Obesidad. Específicamente, el trabajo consiste en revisar y sistematizar las principales teorías planteadas por la psicología psicoanalítica respecto al fenómeno de la Obesidad, tratando de identificar parte de las diferentes problemáticas psicológicas y psicopatológicas que se podrían encontrar asociadas a su etiopatogenia. A partir de la presentación de los datos encontrados, se discuten las diferentes propuestas teóricas sobre el tema y se reflexiona sobre la relevancia de considerar estos aportes a la hora de prevenir, diagnosticar y dar tratamiento a las personas que sufren esta enfermedad.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO 1: ETIOLOGÍA DE LA OBESIDAD.....	7
1. 1. Obesidad: Aspectos generales.....	7
1.1.1. Definición, diagnóstico y clasificación.....	7
1.1.2. Comorbilidad, riesgos a la salud y calidad de vida.	8
1.1.3. Prevalencia y epidemiología.....	9
1.2. Etiología de la Obesidad.	10
1.2.1. Factores biomédicos.	11
1.2.2. Factores ambientales y socioculturales.	14
1.2.3. Factores psicológicos y psiquiátricos.....	17
CAPÍTULO 2. REVISIÓN HISTÓRICO-CONCEPTUAL DE LOS ESTUDIOS SOBRE OBESIDAD EN PSICOANÁLISIS.	21
2.1. Primeros estudios psicoanalíticos sobre Obesidad en Estados Unidos.....	22
2.2. Los estudios de la Escuela Argentina de Psicoanálisis.	30
2.3. Nuevas perspectivas al estudio de la Obesidad en Psicoanálisis.....	34
2.4. Otros autores que han aportado al tema de la Obesidad en Psicoanálisis.	42
CAPÍTULO 3. SISTEMATIZACIÓN DE FACTORES PSÍQUICOS IMPLICADOS EN LA ETIOLOGÍA DE LA OBESIDAD.....	44
3.1. Factores psíquicos que derivan en alteraciones del comportamiento alimentario.	44
3.2. Factores psíquicos que derivan en alteraciones de la imagen y el esquema corporal.....	49
3.3. Factores psíquicos que derivan de las características psicológicas del medio familiar.	54
CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	67

INTRODUCCIÓN.

La Obesidad es considerada actualmente un problema de salud pública a nivel nacional e internacional, cuya prevalencia ha tenido un aumento progresivo en la población global, pese a la existencia de variadas ofertas terapéuticas. Solamente en Chile, se estima que las tasas de Obesidad se han duplicado en los últimos 20 años, llegando a una prevalencia nacional del 25% de la población adulta, tanto en hombres como en mujeres (Minsal, 2011). A raíz de este panorama, en los últimos años ha existido un creciente interés en la comunidad científica por conocer las diferentes causas que determinan esta enfermedad.

Aunque hoy existe mucha información respecto al papel que cumplen los mecanismos biológicos y ambientales en la etiología de esta enfermedad, los estudios sobre factores psíquicos de la Obesidad están peor documentados (Buchwald, 2009). Ante esta situación, desde el campo de la psicología resulta necesario seguir profundizando y aportando datos que ayuden a entender mejor esta patología desde una perspectiva multidisciplinaria e integral, con el objeto de poder ofrecer pautas encaminadas tanto a la prevención como al tratamiento de la Obesidad.

La presente tesis de investigación apunta a desarrollar una revisión bibliográfica de los principales conocimientos aportados por el psicoanálisis sobre factores psíquicos que intervienen en la génesis y desarrollo de la Obesidad. Para ello, se propone revisar y sistematizar las principales teorías planteadas por la psicología psicoanalítica respecto al fenómeno de la Obesidad, con el propósito de poder conocer y establecer qué tipo de problemáticas psicológicas y psicopatológicas se encuentran asociadas a la etiología de esta enfermedad.

Con el fin de dar un ordenamiento lógico y coherente a la información recopilada en esta memoria, la exposición de los datos se organiza en torno a cuatro capítulos. En el primero, a modo de antecedente, se describen algunas consideraciones generales acerca de la Obesidad (definición, clasificación, diagnóstico) y de los principales factores que intervienen en su etiología. En el segundo, se presentan de forma cronológica todas las referencias bibliográficas encontradas sobre el tema de la Obesidad en psicoanálisis. En

el tercer capítulo, se identifican y agrupan los principales hallazgos encontrados en psicoanálisis sobre factores psíquicos que intervienen en la etiología de la Obesidad. Finalmente, en el último capítulo se desarrolla una discusión en torno a las diferentes aportaciones psicoanalíticas sobre el tema de la Obesidad, además de reflexionar sobre la relevancia de considerar estos aportes a la hora de prevenir, diagnosticar y dar tratamiento a las personas que sufren esta enfermedad.

CAPÍTULO 1: ETIOLOGÍA DE LA OBESIDAD.

1. 1. Obesidad: Aspectos generales.

1.1.1. Definición, diagnóstico y clasificación.

Desde una perspectiva sanitaria, la Obesidad es definida actualmente como una enfermedad nutricional crónica de origen multifactorial, con implicación de factores biológicos, ambientales, socioculturales y psicológicos, que se manifiesta por una alteración en la composición corporal caracterizada por un aumento del tejido adiposo o cuerpo graso (OMS, 2012). Este aumento en la mayoría de los casos se acompaña de un incremento de peso corporal, lo que eleva considerablemente el riesgo de aparición de enfermedades o complicaciones que afectan la calidad y esperanza de vida (Hill, Catenacci & Wyatt, 2005).

Para realizar el diagnóstico clínico de Obesidad, el médico o profesional de salud debe tomar como base el Índice de Masa Corporal (IMC), que se determina como el peso (kg) dividido por la estatura al cuadrado (m^2). Desde la base que un IMC saludable varía entre 18,5 y 24,5 kg/m^2 , el sobrepeso se determina con un IMC entre 25 y 29,9 kg/m^2 , y la Obesidad, con un IMC de al menos 30 kg/m^2 (Hill et. al, 2005). Adicionalmente, la Obesidad puede subdividirse según las diferentes subclases de IMC, entre las que se encuentra: Obesidad tipo I, Obesidad tipo II y Obesidad tipo III o Mórbida (OMS, 2012). El método de medición de circunferencia de cintura (MCC) también puede ser utilizado en combinación con el valor de IMC para evaluar el nivel de riesgo de la salud en los individuos (Kushner & Roth, 2007), tal como se observa en la Figura N°1.

Figura 1. Categorías de Índice de Masa Corporal y riesgo de enfermedad relativo al peso normal y al perímetro de cintura (Kushner & Roth, 2007).

	IMC kg/m^2	Perímetro de Cintura (Nivel de Riesgo) Hombres > a 102 Mujeres > a 88
Normal	18,5 - 24,9	****
Sobrepeso	25,0 - 29,9	Aumentado
Obesidad	30,0 - 34,9	Alto
Obesidad tipo II	35,0 - 39,9	Muy alto

	IMC kg/m ²	Perímetro de Cintura (Nivel de Riesgo) Hombres > a 102 Mujeres > a 88
Obesidad tipo III	40	Extremadamente alto

Otro aspecto importante a tener en cuenta en el diagnóstico de la Obesidad, es conocer la composición de la grasa corporal del sujeto. Como el uso del IMC no permite ajustes para el porcentaje de grasa corporal, puede parecer que un deportista de constitución atlética tenga un elevado IMC, a pesar de que está en una excelente condición física por el incremento de su masa muscular¹ (Lakka & Bouchard, 2009). También es útil distinguir la diferencia entre sobrepeso y las subclases de Obesidad, términos que a menudo se confunden, pero que tienen implicaciones radicalmente diferentes (Kushner & Roth, 2007). El sobrepeso (IMC entre 25 y 29,9) normalmente es un paso intermedio en la progresión hacia la Obesidad, teniendo múltiples implicancias para la salud por sí mismo. Por su parte, el impacto de la Obesidad (IMC entre 30 y 34,9) y la Obesidad grave o mórbida (IMC=35) es de alto riesgo para la salud (OMS, 2012).

1.1.2. Comorbilidad, riesgos a la salud y calidad de vida.

El sobrepeso puede no ser saludable; la Obesidad es claramente perjudicial para la salud, y la Obesidad Mórbida es una enfermedad en toda regla. Por este motivo, una vez alcanzados los valores de IMC que definen a la Obesidad Mórbida, es posible hablar de una enfermedad incapacitante, pernicioso y que pone en riesgo la vida (Hill et al., 2005).

Las patologías asociadas a la Obesidad afectan en esencia a todos los sistemas orgánicos (Buchwald, 2009): cardiovascular (hipertensión, enfermedades aterosclerótica cardíaca y vascular periférica con infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares, insuficiencia venosa periférica), metabólico (diabetes tipo 2, intolerancia a la glucosa, dislipidemia), musculoesquelético (esguince vertebral, enfermedades de los discos, artrosis por sobrecarga en caderas, rodillas, tobillos y pies), digestivo (coletiasis, enfermedad por reflujo gastroesofágico, transformación grasa del hígado [esteatohepatitis], cirrosis hepática, hepatocarcinoma, carcinoma colorectal), urinario

¹ Producto que la masa muscular tiene mayor más que la grasa, los sujetos que son inusualmente musculosos pueden tener un elevado IMC y no presentar Obesidad (Ibid, 2009).

(incontinencia urinaria de esfuerzo), endocrino y reproductivo (síndrome de ovario poliquístico, mayor riesgo de patologías durante el embarazo y para el feto, hipogonadismo masculino y cánceres de endometrio, mama, ovario, próstata y páncreas), dermatológico (dermatitis intertriginosa), neurológico (seudotumor cerebral, síndrome del túnel carpiano) y psiquiátricas (depresión).

Algunas de las patologías individuales comórbidas de la Obesidad han sido englobadas y caracterizadas como “Síndrome Metabólico de la Obesidad” (Síndrome X) (Ibid, 2009). Este síndrome incluye hipertensión esencial, dislipidemia, resistencia periférica a la insulina, hiperinsulinemia, diabetes tipo 2 y una mayor incidencia de episodios cardiovasculares.

Por otro lado, la Obesidad también conlleva a alteraciones importantes en la calidad de vida y el bienestar subjetivo de las personas. Los sujetos que presentan un IMC entre 25 y 30 kg/m^2 , ya se sienten masivamente discriminados y tienen menos autoconfianza que las personas no obesas en el área laboral, en las relaciones sociales durante el tiempo libre, y en las relaciones personales íntimas y familiares (Hell & Miller, 2009). Además, las personas que presentan un IMC sobre 30 kg/m^2 tienen mayores dificultades para desplazarse y se eleva en un 40% el riesgo de presentar enfermedades discapacitantes que amenazan la vida profesional (Hill et al, 2005). También se ha observado una correlación lineal entre mayor IMC y la dificultad de acceder a trabajos con mejor remuneración y mayor riesgo de descender a grupos de menores ingresos socioeconómicos (Wang & Brownell, 2007).

1.1.3. Prevalencia y epidemiología.

Hoy en día, la Obesidad por su alta prevalencia es considerada un problema de salud pública a nivel nacional y mundial. Los informes publicados por la Organización Mundial de la Salud indican que la prevalencia de esta enfermedad ha tenido un aumento creciente y progresivo en todo el mundo, llegando a triplicarse entre los años 1980 y 2010 (OMS, 2012). Aunque el fenómeno se ha expandido con mayor fuerza en países como Estados Unidos y México, el aumento en las tasas de Obesidad es un problema que se ha ido percibiendo tanto en países desarrollados como en los que se encuentran en vías de

desarrollo; sin que exista grupo etario, étnico o de sexo que no se vea afectado por el problema (Hill et. al., 2005).

En Chile, según la Encuesta Nacional de Salud del año 2010-2020 (MINSAL, 2011), ha existido un incremento en la prevalencia en relación al exceso de peso en adultos respecto del año 2007, pasando de un 61% a un 67%, cifra que se aproxima a una población de 8.900.000 personas. En relación a estos sujetos, los resultados del estudio indican que el 45,3% de hombres y el 33,6% de mujeres presentan sobrepeso, el 19,2% y el 30,7% Obesidad y el 1,26% y el 3,34% Obesidad Mórbida. En la población infantil, las tasas de Obesidad también han tenido un aumento alarmante llegando a un 28% dentro del grupo de niños menores de 15 años de todo el país. De esta manera, con una prevalencia nacional de 25%, Chile es actualmente el segundo país con mayores tasas de Obesidad en Latinoamérica (OPS, 2012).

1.2. Etiología de la Obesidad.

Producto del aumento en la frecuencia de la Obesidad en el mundo, aunado a los insatisfactorios resultados de los métodos de prevención y tratamiento existentes, la comunidad científica ha agudizado los intentos por comprender los mecanismos que intervienen en la etiología de esta enfermedad. Hasta el año 1990, la medicina había reducido a la Obesidad como un trastorno nutricional, causado exclusivamente por una ingesta excesiva de alimentos y una disminución de la actividad física (OMS, 1990). Esta mirada reduccionista y lineal, trajo por consecuencia que numerosos profesionales de la salud y la sociedad en general, hayan considerado a la Obesidad como una enfermedad individual, causada por la falta de preocupación personal y una excesiva autoindulgencia (Hell & Miller, 2009). En cambio hoy, desde una mirada más abarcativa (Hill et. al., 2005), la Obesidad es considerada una afección multideterminada, en cuya génesis y desarrollo participan factores biológicos, ambientales y psicológicos. Esta situación implica que ahora es necesario considerar la presencia de cada uno de estos factores para que se genere el cuadro, ya que ninguno por sí mismo es suficiente, pudiendo presentarse en proporciones diferentes en cada caso estudiado.

1.2.1. Factores biomédicos.

Para entender los factores biomédicos que intervienen en la etiología de la Obesidad, es necesario examinar cómo se regula el peso corporal. La clave para comprender la regulación del peso corporal es el “balance energético”. En general, el estado corporal del “balance energético” viene determinado por la cantidad de energía ingerida en los alimentos en relación con la cantidad de energía gastada en el metabolismo y la actividad física (Lakka & Bouchard, 2007). Para mantener un peso corporal estable a lo largo del tiempo, el aporte energético debe igualar exactamente el gasto energético. Un “balance energético negativo” (donde el consumo de energía excede a su aporte) produce una pérdida de peso, y un “balance energético positivo” (donde el aporte excede al gasto) produce una ganancia de peso y, de forma persistente, Obesidad.

Tomando en cuenta lo anterior, dentro de los factores biomédicos implicados en la etiología de la Obesidad, los dietéticos y los relacionados con la actividad física cumplen un papel determinante. Por un lado, el consumo de alimentos ricos en energía (exceso de calorías) y bajos en nutrientes esenciales favorece un balance energético positivo, sobrepeso y Obesidad (Hill et al, 2005). Por otro, existen pruebas de que una actividad física regular protege contra el aumento de peso, mientras que los estilos de vida sedentarios (trabajos sedentarios y actividades de ocio inactivas, como la televisión, el uso del computador o los videojuegos) favorecen el aumento de peso (Lakka & Bouchard, 2009).

La dieta y la actividad física no son los únicos factores que determinan el desarrollo de la Obesidad, dado que existen otros marcadores biológicos que también afectan la ecuación del balance energético. Para que el desarrollo de la Obesidad sea posible, debe existir también una disposición genética que facilite un “balance energético positivo” (Ibid, 2009). Los genes influyen claramente en la evolución del tamaño corporal y la herencia desempeña una función definida en el desarrollo de esta enfermedad. Tal como describen Bouchard y Perusse (1993), si ninguno de los progenitores es obeso, la probabilidad de que la descendencia lo sea es del 10%. En cambio cuando uno de los padres es obeso, el riesgo de padecer obesidad aumenta al 40%, y si ambos padres son obesos, dicho riesgo alcanza el 80%. Diversos estudios realizados en gemelos criados juntos o por separado han aportado indicios de la importancia de los factores genéticos en

la Obesidad, demostrando que la variabilidad del IMC es en algunos casos independiente del medio ambiente en que se desarrollan estos sujetos (Lakka & Bouchard, 2009).

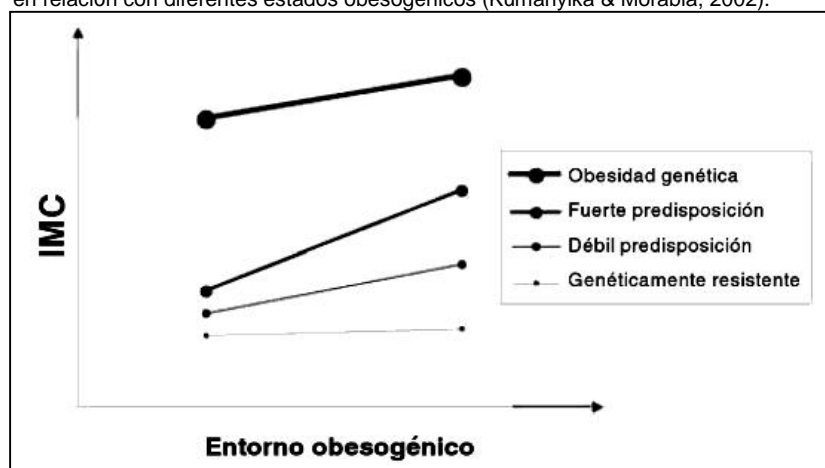
Aunque los genes son factores importantes en la susceptibilidad de una persona para aumentar de peso, los niveles epidémicos de Obesidad alcanzados en la actualidad dan cuenta que los factores genéticos no son determinantes por si mismos para provocar esta enfermedad. Al igual como ocurre con otras enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, para que se desarrolle la Obesidad, no sólo se requiere de cierta susceptibilidad genética, sino también de la acción de factores ambientales que activen dicha susceptibilidad (Hill et. al, 2005). Es por ello que para comprender mejor la etiología de la Obesidad desde la biología, resulta fundamental entender cómo se combinan los genes para predisponer a una persona a padecer esta enfermedad y determinar cómo el entorno afecta a la expresión de estos genes.

En relación a este problema, Kumanyika & Morabia (2002) han propuesto dividir las formas más comunes de Obesidad en las padecidas por aquellos sujetos con predisposición genética importante y las de los de escasa susceptibilidad genética. De acuerdo a estos autores, se pueden identificar cuatro niveles de susceptibilidad genética para desarrollar Obesidad en relación con diferentes estados obesogénicos. Dentro del primer nivel, se encontraría el grupo de personas cuya Obesidad sería consecuencia de un trastorno claramente genético (Obesidad genética)². Según los datos acumulados por estos autores, parece que la “Obesidad genética” podría relacionarse con hasta el 5% de los casos de Obesidad y con un porcentaje importante de los casos con Obesidad Mórbida. En un segundo nivel, se encontrarían los sujetos que presentan una “fuerte predisposición genética”, pero que no están caracterizados por una biología defectuosa que se pueda reducir a un gen y a una mutación, o a otras anomalías biológicas. Estos sujetos en un entorno que no favoreciese la Obesidad, probablemente padecerían sobrepeso y se volverían obesos sólo en un entorno obesogénico. En un tercer nivel se encontrarían los sujetos que han heredado una “débil predisposición” a la Obesidad. Estos sujetos en un entorno restrictivo, pueden permanecer con peso normal o sobrepeso leve; por el contrario, un entorno obesogénico hará que gran parte de ellos se vuelvan

² Según lo planteado por Lakka & Bouchard (2009), se puede hablar de Obesidad de tipo genético cuando la Obesidad es causada por un gen inactivado que tiene como resultado la falta de competencia de una proteína que afecta al mecanismo de regulación del balance energético. A la luz de los datos recogidos por estos autores, es difícil llegar a una conclusión firme sobre el aumento de casos de Obesidad genética, ya que aún quedan por evaluar un gran número de genes en este aspecto.

obesos. Finalmente, en una cuarta dimensión se incluyen al grupo de sujetos que son “genéticamente resistentes” a la Obesidad. Estos sujetos se mantienen en un peso normal o muy cercano al normal en diferentes ambientes obesogénicos. Los cuatro grupos quedan descritos en relación con diferentes estados obesogénicos en la Figura N°2.

Figura N°2. Cuatro niveles de susceptibilidad genética para desarrollar Obesidad en relación con diferentes estados obesogénicos (Kumanyika & Morabia, 2002).



Otro elemento que puede intervenir de forma directa sobre la ecuación energética son los factores metabólicos y endocrinos. El tejido adiposo no es un órgano pasivo de almacenamiento de grasas; actualmente es considerado como un órgano endocrino que segrega una amplia variedad de hormonas y sustancias metabolitamente activas (Buchwald, 2009). Esto implica que el tejido adiposo mantiene un vínculo de comunicación con el cerebro y otros órganos. Por lo tanto, a medida que el órgano adiposo aumenta de tamaño, se puede producir un cambio en las concentraciones circulantes de varias señales endocrinas que afectan la regulación del hambre y favorecen la producción de Obesidad (Lakka & Bouchard, 2009). En efecto, numerosas hormonas, citoquinas y polipéptidos segregados por el tejido adiposo, han sido identificadas y relacionadas con componentes del síndrome metabólico y la Obesidad (Ibid, 2009). Asimismo, se ha visto que algunas enfermedades endocrinas y metabólicas específicas pueden facilitar el desarrollo de la Obesidad (por ejemplo, diabetes tipo II, hipotiroidismo, síndrome de Cushing, etc) (Buchwald, 2009).

Finalmente, algunos factores biomédicos que pueden incidir secundariamente en el desarrollo de la Obesidad, tienen relación con los efectos de algunos medicamentos y

ciertas condiciones de salud (Kushner & Roth, 2007). Por un lado, muchos fármacos de uso extendido, tales como los corticoesteroides y algunos antidepresivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes y antidiabéticos pueden incidir en el aumento de peso como una forma de efecto secundario (*Ibid*, 2007). Por otro, enfermedades médicas, intervenciones quirúrgicas y/o accidentes físicos pueden determinar períodos de sedentarismo prolongados que eventualmente facilitan una ganancia progresiva de peso.

1.2.2. Factores ambientales y socioculturales.

Aunque la Obesidad tiene un componente genético esencial, no ha sido la biología la que ha cambiado en estos últimos años, sino que se han producido cambios ambientales (sociales, culturales, económicos, políticos, etc.) que han determinado un estilo de vida que promueve la ganancia de peso y la Obesidad en la población mundial, particularmente en el mundo occidental (Hill et. al, 2005).

En primer lugar, el ambiente actual favorece de forma efectiva el consumo elevado de alimentos ricos en azúcar, grasa y calorías. Hoy en día los alimentos no saludables pueden encontrarse prácticamente en cualquier sitio en el ambiente actual, no sólo en la comida rápida y otros servicios de restauración, tiendas de abarrotes o máquinas expendedoras, sino también en estaciones de servicio, museos, librerías y hospitales (Wang & Brownell, 2007). En cambio, los alimentos más saludables, especialmente las frutas y los vegetales frescos se encuentran menos accesibles. En algunas ciudades o vecindarios, particularmente en áreas con pocos recursos económicos, puede ser que no hayan tiendas con una amplia selección de alimentos (Brownell en Buchwald, 2009). Además, la preparación de alimentos saludables requiere más tiempo y conocimiento que la de los alimentos industrializados y menos saludables (Wang & Brownell, 2007).

Por otro lado, al mismo tiempo que los sujetos están consumiendo más energía, también gastan menos energía a lo largo del día en el trabajo y durante el tiempo de ocio. Por ejemplo, en nuestro país el programa gubernamental “Elige Vivir Sano”³ recomienda 30 minutos de actividad física moderada 5 días a la semana (Minsal, 2010), pero más del

³ “Elige Vivir Sano” es un programa impulsado desde el año 2010 por el Gobierno de Chile para mejorar los hábitos de alimentación de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores chilenos, promoviendo estilos de vida saludables (MINSAL, 2011).

25% de los ciudadanos chilenos manifiesta ser completamente sedentarios (Minsal, 2011). Además, en nuestro país los trabajos suelen ser más sedentarios y los dispositivos de ahorro de energía también disminuyen las demandas de trabajo físico (Carrasco & Reyes, 2002). Asimismo, el transporte y el desplazarse en automóviles para recorrer pequeños trayectos ha aumentado, mientras que caminar o andar en bicicleta para ir al trabajo ha disminuido (Wong & Morello-Cuzza, 2007). Aparte del tiempo dedicado al trabajo, la televisión es la actividad de ocio más popular entre los niños y adultos chilenos (OPS, 2007). El 76% de la población nacional poseía más de un televisor en el año 2000, cuando sólo 20 años atrás, el 50% de los domicilios ni siquiera tenía televisor. Por su parte, la presencia cada vez mayor de electrodomésticos modernos han permitido una vida más cómoda, pero también han influido que sea más apetecible quedarse en casa en vez de estar activo al aire libre (Carrasco & Perez, 2010).

El desarrollo urbano y las estructuras ambientales también pueden cumplir un papel importante en la inhibición o promoción de la actividad física y en la adquisición de la Obesidad. En Estados Unidos, Sealens et. al (2003) hallaron que los residentes de vecindarios con mayor facilidad para la deambulaci3n se ejercitaban m3s que los residentes en vecindarios con poca facilidad y tenían menores tasas de Obesidad. Los vecindarios que se asocian con la actividad física se caracterizan por presentar aceras, alumbrado eléctrico, seguridad social, acceso a caminos y un paisaje atractivo (Brownson et. al, 2001). Sin embargo, estas estructuras a menudo no se tienen en cuenta en el dise2o del vecindario (Sealens et al, 2003). Además, la suburbanizaci3n de muchas áreas metropolitanas ha dificultado que la gente camine o utilice transportes como la bicicleta, puesto que las distancias entre los lugares son a menudo lejanos o de difícil acceso (Ibid, 2003).

La valoraci3n que las sociedades desarrollan sobre la imagen corporal y la alimentaci3n también incide en la producci3n de la Obesidad. Seg3n los análisis transculturales de Brownell (2009), en países y ciudades no industrializados se tiende a relacionar la gordura con un signo de condici3n sana, de salud reproductiva y prosperidad, lo que favorece una valoraci3n positiva de lo que en esencia constituye una enfermedad. En cambio, en ciudades industrializadas, donde la Obesidad representa pereza, autoindulgencia y falta de fuerza de voluntad, se ha favorecido una valoraci3n

negativa de la enfermedad, percibiéndose como un fenómeno de fracaso y responsabilidad individual⁴.

El nivel socioeconómico también es un factor importante para el desarrollo de la Obesidad. Las personas que viven en sociedades desarrolladas tienen más probabilidades de ser obesos que sus homólogos de las sociedades en vías de desarrollo (Hell & Miller, 2009). Sin embargo, los habitantes de los países en vías de desarrollo están ahora engordando también. Tradicionalmente, el patrón de la progresión de la Obesidad en una población occidental solía iniciarse en las mujeres de mediana edad en grupos con renta alta, pero a medida que las tasas aumentan, la Obesidad se generaliza (especialmente en mujeres) en los grupos de menor nivel socioeconómico (Ibid, 2009). La relación puede incluso ser bidireccional, estableciendo un círculo vicioso (por ejemplo, un nivel socioeconómico bajo promueve la Obesidad y las personas obesas tienen más probabilidades de acabar formando parte de grupos con un nivel socioeconómico bajo) (Ibid, 2009). Aunque los mecanismos a través de los cuales el nivel socioeconómico influye en las comidas y en los patrones de actividad son probablemente múltiples, las personas de nivel socioeconómico bajo pueden estar más a merced de un ambiente obesogénico, debido a que sus comidas y sus patrones de actividad son probablemente seleccionadas por defecto, según sus posibilidades de ingreso económico (Wang & Brownell, 2007).

Finalmente, la migración entre países parece ser otro factor importante, ya que sitúa a las personas en nuevos contextos alimentarios, económicos y sociales. En el caso de la inmigración se sugiere que cuando los individuos se trasladan a países con menores tasas de Obesidad a países con mayores tasas, la ganancia de peso es habitual (Brownell, 2009). Por ejemplo, los peruanos de Sudamérica tienen un colesterol total, una presión sanguínea y un IMC menores en hombres, y mayores tasas de actividad física en las mujeres, en comparación con los inmigrantes peruanos de California (Lizarzaburu en Brownell & Wang, 2007). De esta manera, la migración se asocia de forma directa con los incrementos en el peso corporal a nivel global.

⁴ Brownell (2009) plantea que en las sociedades donde el modelo anoréxico se ha aceptado como ideal de belleza, necesariamente se excluye la Obesidad de la aceptación pública, la cual se valora de manera negativa y como un problema individual. Paradójicamente, en estos contextos es donde la industria alimentaria hace más esfuerzos por promover el consumo de alimentos, y donde existe un ambiente que favorece de forma más efectiva la ganancia de peso y la Obesidad.

1.2.3. Factores psicológicos y psiquiátricos.

En la literatura de las disciplinas “psi” (psiquiatría, psicología y psicoanálisis), es posible encontrar numerosas revisiones bibliográficas que indican la importancia de los factores psíquicos en la Obesidad (Buchanan, 1973; Rand & Stunkard, 1978; Pujol-Sanzo, 1983; Slochower, 1987; Stroe, 1995; Chandler & Rovira, 2002; Guissado & Vaz, 2002; Montt, Koppman & Rodriguez, 2005; Braguinsky, 2009; Meza Peña & Moral, 2011). Sin embargo, la interpretación de los datos es difícil conciliar por lo variado de las muestras utilizadas, por las diferencias en los marcos teóricos empleados y por la discrepancia en los métodos de observación utilizados; pero la evaluación global deja como corolario que, si bien no se ha demostrado que existe un trastorno mental específico que se asocie a la Obesidad, sí es posible encontrar fenómenos psicopatológicos que pueden favorecer de forma variable el desarrollo de esta enfermedad.

Dada la complejidad para identificar y describir características psíquicas dentro de la Obesidad, Stroe (1995) ha recomendado agrupar las diferentes teorías existentes en subcategorías, teniendo por un lado las teorías psiquiátricas, por otro las teorías psicológicas (cognitivo-conductual, interpersonales y sistémico familiar) y finalmente las teorías psicoanalíticas. Por su parte, autores como Bruch (1971), Mayer (1974) y Wadden (2004) han destacado respectivamente la importancia de diferenciar los aspectos psíquicos que intervienen en esta enfermedad en tres niveles: a) alteraciones psicológicas que provocan el desarrollo de la Obesidad (etiológicos); b) alteraciones psicológicas derivados del estado de la Obesidad (consecuencias), y c) alteraciones psicológicas precipitadas por el adelgazamiento.

Respecto a los factores etiológicos, desde el campo de la psiquiatría se ha intentado comprender la incidencia de algunos trastornos del comportamiento alimentario (TCA) con el desarrollo de la Obesidad. Esta idea surgió a mediados del siglo XX, cuando algunos psiquiatras planteaban la Obesidad como un trastorno del comportamiento alimentario (Kaplan & Kaplan, 1957; Bergler, 1959). Sin embargo, en los últimos años se ha mostrado que la mayoría de los individuos con sobrepeso y obesos no comen en exceso siguiendo un patrón distintivo (Bulik, Sullivan & Kendler, 2000). Allison & Stunkard (2005) identificaron -en una población con altas tasas de Obesidad como la estadounidense- que sólo en una minoría de los casos se podían observar dos patrones

claros: el Trastorno por Atracón y el Síndrome de Ingestión Nocturna (2% y 1,5%, respectivamente)⁵. Según estos autores, ambos trastornos serían más prevalentes entre las personas con sobrepeso y obesas que entre los individuos con peso normal, aunque no ha sido posible determinar si la Obesidad es el resultado o la causa de estos trastornos.

Algunos trabajos en psiquiatría han relacionado la aparición de la Obesidad con la presencia de diferentes enfermedades mentales. Según una amplia revisión realizada por Berkowitz y Fabriacatore (2005), parece haber una clara asociación entre depresión y desarrollo de Obesidad, particularmente en niños, adolescentes y mujeres adultas. En el caso de hombres adultos, el cuadro es mixto en el curso de la depresión, con algunos sujetos que ganan peso y otros que pierden peso durante un episodio depresivo. Dos estudios de Fagiolini et. al (2002; 2003) concluyen que el sobrepeso y la Obesidad son mucho más prevalentes en individuos con trastorno bipolar (36% y 32%, respectivamente) que en la población general; destacando además que en la comparación entre pacientes obesos y no obesos con trastorno bipolar, los primeros tienen significativamente más episodios maníacos, episodios depresivos, y mayor gravedad de los síntomas depresivos en el ítem 25 de la escala de depresión de Hamilton. También las personas que presentan esquizofrenia tienen una mayor probabilidad de tener sobrepeso u obesidad que la población sin este trastorno. Alison et. al (2002) utilizaron un IMC de 27 o superior para definir Obesidad y hallaron que el 42% de los individuos con esquizofrenia y el 27% de la población presentaban Obesidad.

También un importante número de investigaciones (Kaplan & Wadden, 1986; Mansilla et. al, 1992; Guisado & Vaz, 2002; Seijas & Feuchtman, 2007; Lykouras, 2008) han intentado encontrar una relación entre trastornos de la personalidad y etiología de la Obesidad. Todos estos trabajos concluyen que si bien determinar un patrón de personalidad no es posible, sí se pueden encontrar algunos rasgos de personalidad que se asocian con el desarrollo de la Obesidad, evidenciándose entre ellos: dificultades en el reconocimiento y expresión de sus propios estados internos (sensaciones, emociones), dificultad para exponerse en situaciones sociales, rasgos de egocentrismo,

⁵ La identificación de ambos trastornos fueron creados por Dorris & Stunkard en 1955 y son fruto de la influencia que ha tenido el psicoanálisis anglosajón en la elaboración de los manuales de diagnóstico psiquiátrico (Bernardi, 2010). El Trastorno por Atracón fue incluido en la cuarta versión del DSM dentro de la categoría "Trastorno de la conducta alimentaria no especificado" (APA, 2004), en cambio el Síndrome de Comer Nocturno ha sido considerado para ser incluida en la quinta versión del DSM (APA, 2010).

autorreferencia, pasividad y dependencia, incapacidad para el control, deferencia en lo interpersonal, hipersensibilidad a la crítica, entre otros. Para los autores citados, dichos rasgos no constituyen patologías psiquiátricas en sí mismas, aunque se encuentran presentes en algunos cuadros psiquiátricos que se observan con frecuencia en personas que tienden a desarrollar Obesidad.

Desde el campo de la psicología, las teorías cognitivo-conductuales se han centrado en destacar la importancia de la adquisición de hábitos y comportamientos alimentarios obesogénicos (García Grau, 1996). Las conductas de sobrealimentación serían consecuencia de asociaciones establecidas en el curso de desarrollo en base a los principios del refuerzo; y la alteración del peso una consecuencia de una serie de condicionamientos previos, tanto positivos como negativos, adaptativos y desadaptativos (Bresh, 2006). Junto a ello, se encuentra la idea de una cierta dificultad para discriminar adecuadamente claves externas e internas, lo que llevaría a que el comportamiento alimentario sea controlado por una configuración de estímulos -cognitivos y afectivos- que se caracterizan por ser inespecíficos o inapropiados (Booth en Sanfuentes, 1991). Otros autores (Wilson, 1995; Iruarrizaga et. al, 2002) han remarcado la importancia de la imitación y el rol de las figuras parentales en la modelación de actitudes y comportamientos relativos a la alimentación.

Desde el punto de vista de la psicología sistémica-familiar, la Obesidad sería el resultado de un proceso histórico relacional de la familia (Cordella, 1998). Según Cordella, entre las características observadas en las familias con algún(os) miembro(s) obeso(s) se encuentran una facilitación de la relación de dependencia, una facilitación de las relaciones de cuidado, sobreinvolucración, evitación del conflicto y asignación rígida de roles. De forma similar, algunos autores (Rausch & Bay, 1997; Tomàs, 2001) han asociado el desarrollo de la Obesidad con la “familia psicósomática” de Minuchin⁶.

⁶ Según Minuchin (1975), la “familia psicósomática” se caracteriza por la confusión relacional que impera en los miembros de la familia, entre individuos y generaciones, por su proximidad excesiva y por la desproporcionada intensidad de las interacciones, así como por la sobreprotección de unos a otros, la rigidez, la falta de adaptabilidad tanto en el interior del universo familiar como respecto del mundo exterior, la incapacidad para hacerle frente a las crisis familiares y, por último, la intolerancia a los conflictos, su evasión y falta de solución. Paradójicamente, en vista desde el exterior, esta familia parece funcionar en circuito cerrado, es conformista, se encuentra firmemente apuntalada en una aparente normalidad con objeto de provocar la impresión de armonía, felicidad y unión perfecta entre sus miembros.

Finalmente, dentro del campo del psicoanálisis se ha planteado una red compleja de explicaciones hacia el problema de la etiología de la Obesidad. Son muchos los autores posfreudianos que han reconocido la existencia de procesos psicológicos conscientes e inconscientes que motivan comportamientos que favorecen la aparición de esta enfermedad. La mayoría de las teorizaciones dedicadas al tema, se han centrado en el problema de la oralidad y la función del comer obeso (Richardson, 1939; Bruch, 1940; Hamburguer, 1951; Abadi, 1955; Gringberg, 1956; Kestemberg et. al, 1970; Jeammet, 1985; Wheeler & Broad, 1990), sin embargo, otros autores también han abordado temáticas relacionadas a la imagen y esquema corporal (Mendelson, 1950; Bruch, 1962; Chirico & Stunkard, 1972; Gluksman & Hirsch, 1975; Zukerfeld, 1977; Durán et al. 2002), características psicológicas familiares del obeso (Bruch, 1952; Rascovsky, 1956; Zukerfeld, 1970, Alperovich, 1987) y la asociación entre Obesidad y diversos cuadros psicopatológicos (Suczek, 1953; Simon, 1963; Bruch, 1971).

CAPÍTULO 2. REVISIÓN HISTÓRICO-CONCEPTUAL DE LOS ESTUDIOS SOBRE OBESIDAD EN PSICOANÁLISIS.

En el siguiente capítulo, que es de carácter monográfico, se pesquisan y resumen de forma cronológica todas las referencias bibliográficas encontradas sobre el tema de la Obesidad en psicoanálisis. Lo que se propone entonces, es una revisión histórico-conceptual sobre las ideas psicoanalíticas referentes a factores psíquicos relacionados a la etiopatogenia y desarrollo de la Obesidad, las cuales irán acompañada de comentarios, que serán ante todo una clasificación de trabajos de acuerdo con los centros de interés de cada autor.

Dado que las contribuciones y alusiones al fenómeno de la Obesidad en psicoanálisis son abundantes, y del mismo modo son numerosos los autores posfreudianos que han escrito sobre el tema, el mencionarlos a todos constituye una tarea enorme que excede los límites del presente estudio. Por este motivo, en el capítulo se hará referencia sólo a los autores cuyas ideas serán revisadas o discutidas en el resto de esta tesis, o que hayan desarrollado temas cuya importancia intrínseca justifica su inclusión.

Con el fin de dar un ordenamiento al contenido de este capítulo, el conjunto de ideas referentes a la Obesidad en psicoanálisis se dividen en cuatro apartados. En el primero, se recopilan y revisan los antecedentes al tema que surgen en Estados Unidos a mediados del siglo XX, los cuales constituyen el punto de partida al estudio de la temática de la Obesidad en psicoanálisis. Luego, en el segundo apartado, se abordan los aportes de los miembros de la Escuela Argentina de Psicoanálisis, autores que a comienzos de la década del 50 desarrollan de forma independiente varias hipótesis sobre posibles dinamismos y factores psicológicos implicados en la producción de la Obesidad. En el tercer apartado, se revisan algunas de las teorías elaboradas por autores posfreudianos en los últimos años, las que emanan de distintos esquemas referenciales y que van desde los aportes de la Escuela Psicósomática de París, hasta los trabajos de autores contemporáneos como Luis Chiozza y Massimo Recalcati. Finalmente, en el cuarto y último apartado, se hace mención a autores y trabajos sobre Obesidad que por su importancia merecen ser consultados, pero que cuyas ideas no serán revisadas en la presente investigación, ya sea porque se trata de trabajos de carácter “eclectico” o porque

abordan aspectos que no se encuentran vinculados de forma directa al problema de la génesis de la Obesidad.

2.1. Primeros estudios psicoanalíticos sobre Obesidad en Estados Unidos.

Los estudios psicoanalíticos sobre Obesidad surgen en la primera mitad del siglo XX en Estados Unidos, con los trabajos de Alexander (1939), Richardson (1939) y Bruch (1940). Estos autores junto a Fenichel (1945), Bychowski (1950), Mendelson (1961) y otros con perspectivas diferentes como Schick (1947), son algunos de los primeros investigadores que realizan un intento serio por comprender a la Obesidad desde una perspectiva psicológica, logrando rescatar a esta patología del campo de estudio exclusivo de la endocrinología médica. Tomando como referencia los descubrimientos de Freud (1905; 1917), Abraham (1916; 1924) y de otros psicoanalistas posfreudianos (Wulff, 1932; Freud, A., 1936; Hartmann, 1939; Winnicott, 1945), estos autores sacan importantes conclusiones sobre la personalidad y la estructura familiar del obeso, características y significados de la conducta alimentaria, posibles relaciones psicopatológicas y trastornos del esquema corporal.

El primer psicoanalista que investiga la problemática de la Obesidad en forma específica es Henry Richardson (1939), quien adopta un enfoque freudiano clásico para señalar que a esta patología se la puede estudiar *“también como una manifestación de neurosis”* (p. 1987). Richardson indica que tanto el incremento de peso como las dificultades para perderlo, son posibles de explicar en términos psicológicos al igual que la neurosis histérica, dado que el cuerpo de estos sujetos es la expresión corporal de un conflicto psíquico. Señala que *“la conducta polifágica del obeso es consecuencia de una fijación o regresión a la fase oral del desarrollo, desencadenada a raíz de experiencias de frustración externa y la reedición de conflictos inconscientes”* (p. 1998). Así, el hecho que el acto alimentario encubra una actividad sexual prohibida, permite explicar que algunos obesos experimenten sentimientos de ansiedad, culpa y tristeza tras ingerir una cantidad excesiva de alimentos.

Paralelamente, Franz Alexander (1939) asocia el efecto del estrés funcional que se origina en la vida cotidiana, con la producción de diferentes enfermedades psicosomáticas, entre las cuales incluye a la Obesidad. Utilizando su teoría

psicosomática, Alexander describe a la hiperorexia del obeso como una defensa del Yo que sirve para contrarrestar la emergencia de necesidades orales insaciables. A diferencia de Richardson, Alexander plantea el fenómeno de la ingesta compulsiva no como un síntoma histérico, sino *“como una concomitante fisiológica de emociones que no pueden ser elaboradas psíquicamente y que solo encuentran salida mediante el acto alimentario”* (p. 59). Desde el punto de vista del autor, el hambre es una manifestación primitiva del psiquismo que queda inscrita en la fisiología de las funciones viscerales, por lo cual una “represión crónica” o “periódica” sobre esta función puede asociarse a exigencias instintivas, de modo análogo a lo que ocurre con los síntomas vegetativos de las neurosis actuales. Por lo tanto, para Alexander lo que se pone en juego en la Obesidad es la incapacidad de volver determinados conflictos en neurosis, siendo la alimentación voraz y descontrolada la vía principal de descarga del exceso de energía instintiva.

En 1940 Hilde Bruch, una de las autoras que más ha publicado sobre el tema de la Obesidad en psicoanálisis, advierte sobre la imposibilidad de hablar de una personalidad básica en las personas que presentan esta patología, así como tampoco se puede asumir que “todas” las personas obesas tienen algún tipo de desorden emocional o enfermedad mental. Desde su punto de vista, la Obesidad es un fenómeno que se puede dar en distintas personalidades y esto es atribuible a fallas yoicas, diversas en cada caso. Una alteración psicológica común en la mayoría de los obesos, es la dificultad que –en mayor o menor medida- tienen estos sujetos para diferenciar los estados de hambre-saciedad de otras emociones (angustia, tristeza, ira, alegría, etc.). Según esta autora, este tipo de alteración es resultado de insatisfacciones orales tempranas y distorsiones comunicacionales en la relación madre-hijo, que explican tanto la actitud de dependencia de los obesos hacia los alimentos, así como la tendencia de estos sujetos a responder con un aumento de ingesta ante diversas exigencias emocionales.

En 1945 Otto Fenichel, en una clásica obra del psicoanálisis, plantea a la Obesidad como una “adicción a la comida”, y la ubica dentro de la categoría nosológica de las “adicciones sin droga”. Según Fenichel, *“los mecanismos y síntomas de las adicciones pueden presentarse también sin el empleo de ninguna droga, y por lo tanto, sin las complicaciones acarreadas por los efectos químicos de las drogas”* (p. 429). El autor afirma que en este grupo de adictos *“ningún desplazamiento ha transformado el primitivo*

objeto (comida) de las ansias de gratificación simultánea de la sexualidad y la autoestima”, a pesar que *“en etapas posteriores del desarrollo se han agregado otros significados inconscientes al alimento patológicamente anhelado (por ejemplo, heces, pene, etc.)”* (p. 429-430). Se trataría entonces de un tipo de adicción que se relaciona con las perturbaciones maniaco-depresivas, especialmente en los casos más graves, donde la esfera de la comida *“termina siendo el único vínculo de interés de conexión de las personas con la realidad”* (p. 429).

Alfred Schick (1947) concluye que en ningún caso de Obesidad se pueden ubicar a los factores psíquicos como causa central del desarrollo del proceso patológico. En su trabajo, este autor destaca que si bien los factores emocionales pueden incidir de manera importante en la producción de la Obesidad, en esta última se pone en juego un “ciclo psicósomático” que es difícil de descifrar, dado que no se somete siempre a las leyes del determinismo psíquico. A partir del estudio de tres casos, Schick discute cómo el fenómeno de la oralidad en la sobreingesta de alimentos puede ser entendido como un síntoma psíquico, pero también como un desequilibrio en la economía libidinal provocado por alteraciones endocrinas y hormonales. Con todo ello, el autor relativiza el valor psicogenético de esta enfermedad, haciendo hincapié en la idea de que los aspectos psicopatológicos habituales de la Obesidad pueden ser comórbidos, funcionar como factores desencadenantes y/o como consecuencias, todo en relación con la recursividad propia de la complejidad de esta patología.

Posteriormente, Gustav Bychowski (1950) utiliza la noción de “Obesidad neurótica” para describir una forma de alteración en la organización de la personalidad que se manifiesta paralelamente tanto en el plano psíquico como somático. Siguiendo algunas ideas de Ferenczi (1924, p. 18), Bychowski postula que tanto la sobrealimentación como la adiposidad del obeso están al servicio de evitar el desencadenamiento de neurosis; gracias a *“la cristalización y materialización de “procesos autoplásticos” que funcionan como actividad adaptativa al medio externo y también como defensa para el Yo”* (p. 304). De esta manera, Bychowski señala que el cuerpo del obeso puede ser utilizado como protección específica contra la posibilidad de relacionarse con el sexo opuesto, y la sobrealimentación como una forma de descarga de la excitación libidinal desbordante.

En 1951 Walter Hamburger publica un importante trabajo de revisión bibliográfica y a partir de su experiencia con dieciocho obesos derivados para tratamiento psicoanalítico, estudia el papel de los factores psicológicos en la sobrealimentación, los cuales ubica en el centro de la etiología de la Obesidad. En virtud de sus observaciones, Hamburger señala que la sobrealimentación en estos sujetos puede surgir como:

- a) una respuesta a tensiones emocionales no específicas.
- b) un sustituto gratificante en situaciones vitales intolerables.
- c) un síntoma de enfermedad mental subyacente, especialmente depresión e histeria.
- d) adicción a la comida.

A partir de estas observaciones, Hamburger discute los conceptos psicoanalíticos de oralidad, regresión y fijación en esta etapa, concluyendo que son conceptos explicativos, ciertos pero lo suficientemente amplios como para que alcancen a explicar el desarrollo de la Obesidad, que necesita de otros factores psicológicos y no psicológicos para que se manifieste.

En 1952, Hilde Bruch estudia la importancia de los aspectos psicológicos parentales y el valor de la interacción intrafamiliar dentro de la etiopatogenia de la Obesidad infantil. Bruch señala que *“la Obesidad a veces no está sólo en el sujeto, sino que también en la familia que de alguna manera contribuye en su desarrollo”* (p. 142). A partir de sus observaciones clínicas, plantea que el marco familiar de los obesos se caracteriza por la presencia de una madre sobreprotectora y dominante, la que trata a su hijo como una posesión narcisística; y de un padre que se encuentra generalmente ausente, ya sea en términos físicos o emocionales. En virtud de tales características, Bruch establece una relación entre el marco familiar del obeso infantil y el de los esquizofrénicos, destacando que en ambos casos, los deseos del enfermo son deseos del otro: *“la madre del obeso, o su sustituto, suministra al hijo lo que ella siente que necesita (el alimento) y que no siempre coincide con lo que él necesita”* (p. 192).

En 1954 Albert Feiner se preocupa de estudiar las características de la percepción de las figuras paternas y la identificación sexual en mujeres adolescentes obesas. Feiner señala que existen diferencias entre las adolescentes obesas y las no obesas, confirmando experimentalmente algunas de las hipótesis de Bruch. Según este autor, las

niñas obesas son significativamente más dependientes de sus padres y particularmente de su madre, lo que no permite la expresión de agresividad normal hacia la figura materna. Además, a partir de sus resultados, destaca también un alto grado de confusión sexual en este grupo de adolescentes obesas.

Posteriormente, Robert Suczek (1957) estudia el problema de la personalidad y el carácter del obeso. En 300 mujeres obesas el autor describe características comunes, señalando que se trata de personas que *“son fuertes psicológicamente, orgullosas y con renegación de la debilidad”* (p. 229). También estudia las diferencias psicológicas en relación con el grado de obesidad y la habilidad para adelgazar, comparándolas según el manejo de la angustia de cada una de estas pacientes. A partir de ello, este autor los clasifica en: a) internalizadores: obesos típicamente neuróticos que usan maneras compulsivas, obsesivas, fóbicas o histéricas para manejar la angustia, y se sienten ansiosos y/o deprimidos; b) externalizadores: los que reniegan de sus sentimientos proyectando sus problemas en el mundo exterior o directamente los actúan sin tomar conciencia de su angustia; c) esquizoides: evitan la angustia aislándose; d) somatizadores: desplazan la angustia hacia síntomas orgánicos y tienen síntomas hipocondriacos y de conversión.

Dorris & Stunkard en 1959 publican un estudio sobre los patrones de alimentación en un grupo de 200 adolescentes obesos. A partir de la observación directa de estos sujetos, describe tres modelos de conducta referidos a cinco variables clínicamente interesantes, como se aprecia en el siguiente cuadro.

Figura 3. Cuatro patrones de alimentación frecuentes en obesos a partir de cinco variables clínicas (Dorris & Stunkard, 1959).

Patrón	Periodicidad	Daño Cerebral	Relación con stress	Significación personal	Autocondena y culpa
Hiperfagia	-	-	+	-	-
Comedor nocturno (night-eating)	+	-	+	-	-
Comedor orgiástico (binge-eating)	-	-	+	+	+

Concluye este autor que los factores psicológicos en la Obesidad pueden considerarse: a) como parte de una estructura psíquica básica, b) como un incremento especial de ciertos impulsos libidinales, y c) como conflictos psicodinámicos específicos. Además, postula que la Obesidad sería el estadio final de diversos estados patológicos anteriores desde el punto de vista psicológico y somático.

En 1961 Myer Mendelson aborda el tema de la Obesidad centrándose en el valor psicogenético de los trastornos de la imagen y el esquema corporal. Tomando la noción de imagen corporal de Paul Schilder (1950), destaca que los sujetos que desarrollan Obesidad no perciben la forma de su cuerpo adecuadamente, tendiendo a sobre-registrar o sobredimensionar su volumen corporal al punto de no reconocer y percibir el tamaño real de su cuerpo. Estos disturbios de la imagen corporal, generalmente son previos a la Obesidad y dan cuenta de los defectos vinculares que han presentado estos sujetos durante la constitución y el desarrollo de su cuerpo libidinal.

Un año después, Hilde Bruch (1962) plantea a los trastornos del esquema corporal y de la percepción interoceptiva como fenómenos patognomónicos y psicogenéticos de la Obesidad. Bruch señala que la dificultad que presenta la madre del obeso en comprender las necesidades de su hijo traen por consecuencia que el niño no logre diferenciar sus propias dimensiones corporales, determinando una malformación y un desconocimiento de los límites del Yo, de la imagen del cuerpo, del sentido de identidad y el autoestima. Para Bruch esta alteración psicológica es similar a las imágenes delirantes que tienen algunos esquizofrénicos respecto de su cuerpo, y se observa tanto en obesos como en el grupo de pacientes que Bruch denomina *thin fat people*⁷.

Robert Simon (1963) plantea una concepción de Obesidad diferente al de otros autores, pues considera a esta enfermedad como un “equivalente depresivo”, no como síntoma de una depresión, a la manera de Hamburger, ni simplemente como observación fenoménica agregada, a la manera de Richardson. A partir de un estudio clínico compara un grupo no obeso con otro obeso, y utilizando una tabla descriptiva de depresión manifiesta, comprueba que el 30% del grupo control tuvo significativas depresiones en los cinco últimos años, mientras que en el grupo obeso eso solo se produjo en un 3%. A raíz

⁷ Bruch utilizó(1962) el concepto de *thin fat people* para referirse a “personas que han tenido éxito en llegar a ser flaco, pero cuyos conflictos relacionados al peso y la Obesidad están lejos de ser resueltos por haber adelgazado” (p. 232).

de estos resultados, remarca la importancia de la Obesidad como defensa, con sus beneficios primarios y secundarios, destacando que con esta patología se puede observar *“cómo algo físico oculta algo psicológico, y como lo biológico curiosamente puede ser el origen pero también el disfraz del origen”* (p. 208).

En 1967, Theodore Rubin realiza una sistematización de diversos significados y motivaciones inconscientes implicados en el comer de un grupo de 50 sujetos obesos con tratamiento psicoanalítico individual. A partir de los resultados, discute la conexión causal entre oralidad y obesidad al igual que Hamburguer, pero destacando la importante incidencia de factores culturales sobre los significados que subyacen las conductas alimentarias del obeso. Entre los significados y motivaciones inconscientes del comer obeso, Rubin destaca:

1. Encubrir aspiraciones de éxito y aceptación social.
2. Deseo de expresar hostilidad.
3. Expresión de autoindulgencia.
4. Fantasías de embarazo.
5. Recompensar el autoestima.
6. Forma de autocastigo al servicio de sentimientos de culpa.
7. Exhibicionismo.
8. Deseo de recibir atención y cuidado.
9. Deseo de justificar fracasos personales.
10. Sentir seguridad y contrarrestar la sensación de no ser amado.
11. Identificación con la obesidad de alguno de los padres.
12. Evitación a la competencia.
13. Adquirir poder y demostrar fortaleza.
14. Fantasías de morir de hambre.
15. Protesta y rechazo del dominio parental.
16. Evitación del contacto sexual.

En 1971 Hilde Bruch plantea una clasificación psicológica del obeso, distinguiendo tres subtipos de Obesidad en función a cuatro factores que intervienen en su etiología: a) disposición constitucional, b) factores psicológicos, c) influencia del medio familiar y d)

momento de adquisición de la Obesidad. En primer lugar, Bruch describe un tipo de Obesidad que llama “Constitucional” o “Primaria”, la cual no está relacionada con alteraciones psicológicas, sino con una alteración biológica constitucional. Luego, plantea dos subtipos que surgen como defensa o fenómeno secundario a enfermedad mental. Por un lado, se encuentra el subtipo de “Obesidad del Desarrollo”, en donde la aparición de la patología se presenta junto al desarrollo del individuo y permite encubrir problemas psicológicos severos, como una gran depresión o una psicosis esquizofrénica. Por otro lado, se encuentra un subtipo llamado “Obesidad Reactiva”, el cual surge como respuesta ante un acontecimiento traumático de la vida del sujeto, y donde la sobreingesta funciona como un tipo de defensa contra la ansiedad y la neurosis. En la figura N°4 se puede apreciar de mejor manera la clasificación realizada por Bruch.

Figura N°4. Clasificación tipológica planteada por Bruch (1971) en función a cuatro factores que intervienen en la etiología de la Obesidad.

	Tipo de O	Constitución	Factores psíquicos	Influencia psicológica familiar	Momento de adquisición
Primaria	Constitucional o Primaria	+++	+	Sólo en actitudes alimentarias	Comienza en la infancia. Se mantiene y agrava en la adolescencia. Tiende a mantenerse toda la vida.
Secundaria o defensiva	Reactiva	+	+++	Variable	Comienza en cualquier época de la vida, aunque generalmente en la adolescencia y la adultez. Puede ceder junto con el factor desencadenante o primarizarse y mantenerse siempre.
	del Desarrollo	+	+++	+++	Comienza típicamente en preadolescencia y adolescencia.

A partir de esta clasificación, Bruch establece tres diferencias importantes desde el punto de vista psicológico entre Obesidad del Desarrollo y Obesidad Reactiva. En primer lugar, la constelación de la primera se forma paralelamente al desarrollo del individuo dentro de un marco familiar similar al del esquizofrénico, en cambio en la Obesidad Reactiva la influencia de la familia es variable. En segundo lugar, en la Obesidad del Desarrollo la distorsión de la capacidad de diferenciación de los estados corporales y los

estímulos interoceptivos es casi total, en cambio en la Obesidad Reactiva esta falla es relativa. Finalmente, en la Obesidad del desarrollo se observa un intenso “psicotismo” – dado que se relaciona con el concepto de preesquizofrenia-, mientras que en la Obesidad Reactiva existe mayor “neurotismo”.

2.2. Los estudios de la Escuela Argentina de Psicoanálisis.

A comienzos de la década del 50 del siglo XX, el grupo de la Escuela Argentina de Psicoanálisis se aboca a estudiar, producir y difundir esta disciplina en el país trasandino, manifestando gran interés y dedicación por la investigación psicológica de las enfermedades psicosomáticas⁸. Una de las patologías de mayor interés para estos autores es la Obesidad, fenómeno al cual le dedican varias publicaciones y también la realización de un *symposium* en el año 1955. Entre los autores que publican sobre el tema destacan Ángel Garma (1952), Arnaldo Ravcovsky (1952; 1956), Fidas Cesio (1957) y Mauricio Abadi (1955), entre otros. Utilizando una perspectiva de estudio con claras influencias del pensamiento kleiniano, estos autores plantean algunas bases teóricas y clínicas sobre una estructura psíquica del obeso, prestando atención esencialmente al problema de la oralidad y los dinamismos psíquicos implicados en la Obesidad, el papel de los mecanismos de defensa, las relaciones entre manía, depresión y Obesidad, los diferentes significados del cuerpo gordo y algunos conflictos intrafamiliares implicados en esta enfermedad.

Respecto al tema, Garma (1952) aborda el origen de las regresiones oral-digestivas en función a la sobrealimentación en Obesidad, señalando que estas son consecutivas a prohibiciones genitales de una madre mala internalizada, actualizada por acontecimientos exteriores. En el caso del niño, el camino hacia la Obesidad suele ponerse en marcha durante el período de latencia, particularmente *“cuando existe un ambiente que fuerza al niño a comer demasiado y lo frena en sus actividades musculares*

⁸ Las ideas centrales que ilustran el pensamiento de los miembros de la Escuela Argentina de Psicoanálisis respecto a las enfermedades psicosomáticas giran en torno a dos ideas fundamentales del pensamiento de Ángel Garma (Caparrós, 2008, p. 222). Por un lado, cada paciente psicosomático tiene una estructura psíquica específica con algo en común: una incapacidad para abordar el conflicto en el nivel psíquico y un manejo vincular con un estilo preedípico. Por otro lado, la única estructura que puede pensarse y que está siempre presente en estos casos es la “melancolía silenciosa” -pero no callada-, la que constituye la vía hacia la somatización.

y del Complejo de Edipo” (p. 184). En el caso del adulto, estas conductas obesogénicas pueden activarse por conflictos que ocasionan renunciaciones genitales y regresiones a satisfacciones orales alimenticias. Adicionalmente, Garma agrega que estas oscilaciones de la libido ocurren cotidianamente en los individuos con tendencia a la Obesidad, lo que hace que frecuentemente estos sujetos prefieran un tipo de alimentación pregenital (lácteos, dulces, etc.) en vez de una genital (carne, huevo, etc.).

En el mismo año, Arnaldo Rascovsky (1952) describe algunas características de la personalidad del obeso, destacando la importancia de la hipertrofia de los núcleos orales del Yo y la inhibición de la agresividad en el desarrollo de la Obesidad. Plantea que en estos sujetos existe una regresión libidinosa a la etapa oral y una incapacidad de ingresar en la etapa sádico-anal y genital. Para Rascovsky, esta dependencia oral intensa del obeso impide el desarrollo de los aspectos de la etapa sádico-anal y, consecuentemente, del desarrollo del instrumento esencial del sadismo, el sistema muscular, lo cual hace que las tendencias agresivas regresen e intensifiquen la estructura oral porque no encuentran un mecanismo más evolucionado de expresión.

Mauricio Abadi (1955) estudia algunos mecanismos psíquicos implicados en la psicogénesis de la Obesidad, e introduce algunas variaciones al problema de la oralidad respecto a lo planteado por Rascovsky. Para Abadi, el drama psicológico del obeso reside en el incremento de agresión sádico-anal y fálica que debe ser reprimida, y que su actividad oral es inadecuada no sólo desde el punto de vista cuantitativo, sino también del cualitativo. En este sentido, Abadi señala que si el obeso recurre regresivamente a la oralidad, no es tanto para seguir destruyendo sino para reparar y recuperar dentro de su cuerpo, y así controlar al objeto materno que fue víctima de su ininterrumpida destructividad anal y fálica. En su trabajo, el autor señala:

“(...) su oralidad, a la que se ve constreñido el obeso, no le sirve a los fines de encontrar un sustituto satisfactorio a la descarga sexual y agresiva. Si el obeso recurre, regresivamente a la oralidad, no es tanto para poder seguir destruyendo, cuanto para reparar y recuperar dentro de su cuerpo y así controlar, el objeto materno que fue víctima de su ininterrumpida destructividad anal y fálica, y que él ininterrumpidamente reconstruye al igual que la nunca acabada tela de Penélope” (p. 301).

Abadi también plantea que el tejido adiposo del obeso es una forma de internalización de una madre nutricia y, más profundamente, representa a la madre embarazada que lo envuelve y lo protege contra agresiones externas. Esta idea llevan a Abadi a observar la existencia de un “doble esquema corporal” del obeso. Uno que incluye su envoltorio adiposo (el esquema corporal de la madre embarazada) y el otro que es su propio esquema corporal, independiente del espacio grasoso que lo rodea.

En un trabajo ulterior, Arnaldo Rascovsky (1956) describe otras características de la “estructura psíquica básica” del obeso e identifica dos mecanismos psíquicos implicados en la producción de la Obesidad. Por un lado, el de una “Obesidad Primaria”, resultante de la organización de un intenso Yo oral, y por otro, el de la “Obesidad Secundaria”, que surge como un intento de restauración y recuperación maníaca de una situación depresiva básica. En la primera, Rascovsky indica que en estos sujetos la satisfacción ha sido real y ha provocado una intensa capacidad efectiva del Yo a través de sus identificaciones. En cambio, en la segunda, la reacción maníaca está basada en una situación “melancólica subyacente”, la que determina una tendencia hacia satisfacciones fantásticas, con escaso contacto con la realidad externa, y en la que se utiliza al alimento como una sustitución compensatoria de frustraciones reiteradas. En el segundo caso el factor de producción más importante es el ambiental, el cual generalmente está determinado por la influencia de una constelación familiar típica, constituida por un padre débil y por una figura materna sobreprotectora y dominante que limita las posibilidades de expresión y evolución de la libido en el plano sádico-anal y genital, obligando al sujeto a manifestar sus tendencias instintivas casi exclusivamente en el oral.

En 1957 Fidiás Cesio publica un trabajo donde desentraña algunos de los psicodinamismos profundos que intervienen en el proceso de comer neurótico del obeso, destacando su relación con los procesos depresivos. Cesio plantea que el aumento del apetito del obeso representa, en un plano, un objeto de amor, el equivalente del pecho materno, y la compulsión por comer tendría como significado básico el de la reactualización de la relación primitiva con la madre, utilizando la técnica regresiva oral para reasegurarse su incorporación. Según Cesio, este contenido aparece, predominantemente, después de las vivencias de frustración o abandono y como una tentativa de superar la depresión mediante la recuperación del objeto perdido. Así, el

comer del obeso se encuentra vinculado a la necesidad de reforzar la debilidad del Yo recurriendo a la ingestión de los alimentos para recibir poderío y fuerza no sólo en el plano material sino también en el psíquico por el monto de energías emocionalmente activas asignadas a los mismos.

León Gringberg (1958) indica algunas consideraciones sobre los mecanismos psíquicos que intervienen en la Obesidad, destacando la importancia de la negación en la configuración psicológica que subyace el comportamiento alimentario del obeso. Para Gringberg, una de las funciones esenciales presente en la compulsión a comer del obeso, es la negación implícita de la pérdida del objeto original, mediante el acto de incorporar repetida y reiteradamente el alimento que lo representa. Este mecanismo empobrece al Yo e impide la evolución a un estado depresivo normal, por lo que se trata de un mecanismo patrimonio de la posición esquizo-paranoide. Asimismo, la precariedad de este mecanismo de negación exige que sea permanentemente renovado en cada acto alimentario y explica la insaciabilidad característica de estos sujetos. De esta manera, para Gringberg la Obesidad y el comer compulsivo expresan una forma de defensa esencial contra las ansiedades paranoides, a pesar que el obeso puede defenderse de estas ansiedades persecutorias con diferentes técnicas y mecanismos, como por ejemplo, la tendencia al sedentarismo y la gordura, recursos que están al servicio de la contención de la agresividad y evitar la desorganización de la personalidad.

En un trabajo publicado en 1966, Robert Savitt le otorga importancia a la función del alimento como sedante del malestar psíquico, refiriéndose a la Obesidad como una forma de adicción. Savitt plantea que el modelo para todas las adicciones, independientemente si implican un efecto químico o no, es el hambre infantil que tiene una cualidad de urgencia e irresistibilidad, y que no tolera demoras y desilusiones. Para el autor, esto se ve con mayor claridad en los niños “adictos a los dulces”, en donde la función instrumental de los alimentos es la misma que la droga en los adultos: ser un antídoto contra la frustración, la privación y los estados depresivos. En virtud de estas ideas, Savitt plantea que en los sujetos con tendencia a la Obesidad se encuentran tres de las características universales de la personalidad del adicto: a) impulsividad, b) intolerancia a la tensión instintiva y c) insaciabilidad.

De la Balze, García Reinoso y Tallaferro (1969), investigan algunos factores ajenos a la dieta y al médico que perturban las curas de adelgazamiento en Obesidad. Señalan que estudiar estos factores resulta de gran utilidad para comprender las motivaciones inconscientes que intervienen en la producción de esta enfermedad. Con este propósito, los autores agrupan los distintos factores en: a) propios del paciente y, b) derivados de la actitud del medio familiar. Entre los primeros se destaca la angustia, la cual se relaciona principalmente con el significado simbólico que los alimentos tienen para el paciente, sobre todo como incorporación de objetos buenos y protectores. En relación a los segundos, se menciona la actitud de aquellos familiares sobreprotectores (padres, conyugues, hijos, etc.) que identifican gordura con salud y delgadez con enfermedad. Finalmente, los autores sistematizan diferentes motivaciones inconscientes y simbolismos que subyacen a la Obesidad, destacando que esta última funciona como “defensa autoplástica” contra el desencadenamiento de trastornos mentales.

En 1970, Rubén Zukerfeld investiga el lugar de los conflictos intrafamiliares en el desarrollo de la Obesidad infantil y adolescente. Desde su perspectiva, la familia puede contribuir, consciente o inconscientemente a la perpetuidad de la Obesidad, como también puede interferir en el adelgazamiento de estos sujetos o bien favorecerlo. Plantea que la patología del grupo familiar girar alrededor del par protección-autonomía (sobrepotección-sometimiento) y en otros casos observa situaciones de abandono o falta de atención adecuada. En este sentido, Zukerfeld destaca que el factor común que juega en casi todos los casos de Obesidad es la protección negativa, ya sea de manera descripta o de otro modo (mala protección). A partir de ello, Zukerfeld describe dos tipos de familias que favorecen la producción de la Obesidad: una Familia Obesa y una Familia Obesogénica. La primera se caracteriza por ser una familia que presenta una fuerte base constitucional y pautas alimentarias incorrectas sólidamente arraigadas, en cambio, la segunda -Familia Obesogénica-, se caracteriza por presentar un funcionamiento patológico, con predominio de relaciones orales insatisfactorias y conductas contradictorias (relaciones de doble-vínculo).

2.3. Nuevas perspectivas al estudio de la Obesidad en Psicoanálisis.

A partir de la década del 70', la Obesidad comienza a transformarse en un fenómeno sanitario con gran prevalencia a nivel mundial, con lo cual se abre una

discusión dentro de la comunidad científica respecto a las posibles causas de esta enfermedad. Es en esta época cuando se comienza a concebir la Obesidad como una enfermedad multifactorial, en la que intervienen factores biomédicos, sociales, nutricionales y, eventualmente, psicológicos. Respecto a estos últimos, psicoanalistas de distintas escuelas de pensamiento desarrollan en esta época nuevas aportaciones al tema de la Obesidad, tomando como eje central parte de los descubrimientos realizados por autores como Bruch y el grupo de la Escuela Argentina de Psicoanálisis. Entre estos trabajos, se destacan los de los representantes de la Escuela Psicósomática de París como Leon Kreisler (1973) y Marty & M'Uzan (1974), los estudios experimentales de Zukerfeld (1977; 1978), las perspectivas de comprensión lacanianas como las de Nieves Soria (2002) y Massimo Recalcati (2003), e investigaciones particulares como las de Luis Chiozza (1997) .

En 1971, Evelyne Kestemberg, Jean Kestemberg y Simone Decobert, destacan diversas características asociadas a la estructuración de la personalidad del obeso. Plantean que el aumento del erotismo oral y los conflictos vinculados al comer en la Obesidad son de naturaleza preedípica, consecuencia de una *“falla en la constitución precoz del objeto interno”* (p. 324). Desde el punto de vista de los autores, esta falla entrañaría una enorme dependencia hacia los objetos externos y explicaría algunas características psicológicas del obeso, entre las cuales se destacan rasgos de aidez e insaciabilidad, comportamientos excesivos, reacciones de modalidad binaria y una gran versatilidad de sentimientos que alternan sin transición. Según los autores, producto de que las relaciones objetales se conformaron de manera arcaica, la vida fantasmática de los obesos sería pobre y sus procesos vinculares estarían caracterizados por un violento deseo de incorporación.

En 1972 Chirio y Stunkard destacan a la pasividad y los trastornos del esquema corporal como factores de inicio de Obesidad en los niños y adolescentes. En un estudio clínico observan que un grupo de niños y adolescentes obesos pasan inmóviles del 80 al 90% del tiempo de sesión de psicoterapia, mientras que los no-obesos no más del 50%. Considerando la historia clínica de cada paciente, Chirio y Stunkard plantean que en estos niños la inactividad no sólo es física sino también psicológica; consecuencia de un trastorno del esquema corporal que se ha instalado desde la primera infancia de estos sujetos. Desde un punto de vista psicoanalítico, los autores concluyen que: *“la falta de un*

buen desarrollo muscular no sólo interviene de forma directa como causa de la inactividad, sino también en el desarrollo del instrumento de la agresión y la evolución libidinal; por lo tanto, al no tener una correcta canalización de la agresión, en estos sujetos existe un incremento de la pasividad” (p. 937). En virtud de ello, los autores destacan que el fenómeno se encuentra relacionado con el miedo que los sujetos obesos tienen a sus propios impulsos sexuales y agresivos, especialmente aquellos que en ese período de la vida presentan una inactividad importante y viven en un ambiente de sobreprotección.

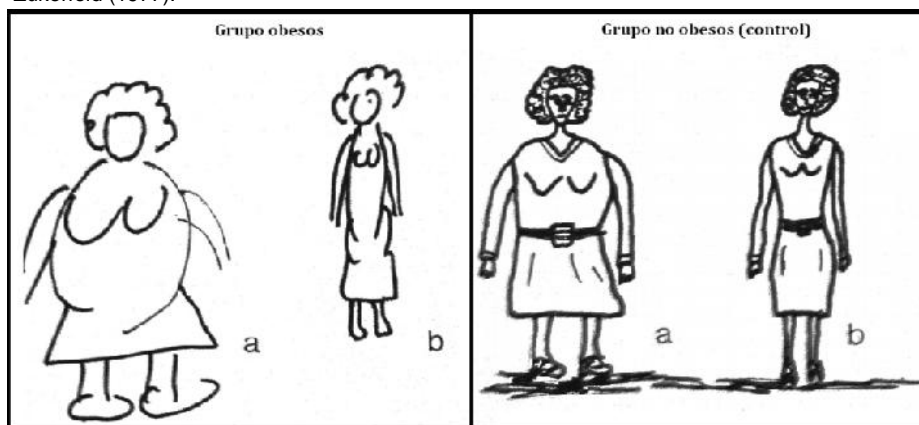
Posteriormente, León Kreisler (1973) –representante de la Escuela Psicosomática de París- utiliza la noción de “Obesidad del carácter” para describir un tipo de síndrome psicossomático general de la infancia, caracterizado por dos fenómenos tempranamente observables: la tendencia a la bulimia y a la pasividad. En sus estudios, Kreisler observa que en muchos niños obesos, la bulimia y la pasividad se han establecido desde épocas tempranas por consecuencia de condiciones relacionales patógenas con la madre. Kreisler plantea que durante la lactancia *“la saturación inmediata y uniforme de cualquier demanda del niño por medio de la gratificación alimentaria - como por ejemplo, el satisfacer la necesidad alimentaria antes que el deseo sea elaborado-, es la llave de entrada para que se produzcan fallas en la organización psíquica de estos sujetos”* (p.118). Según Kreisler, esta forma de incompreensión materna lleva al sujeto obeso a la confusión básica de resolver sus conflictos recurriendo al mecanismo material más arcaico (alimento), en vez de hacerlo en el plano de la psique.

Dentro de la misma línea de pensamiento, Pierre Marty y Michel M’Uzan (1974) conceptualizan a la “Obesidad del carácter” como el resultado somático de una serie de movimientos regresivos que permiten evitar la desorganización psíquica, ubicándola dentro de las neurosis del carácter. Para estos autores, las fallas en la capacidad mentalización que presentan estos sujetos desembocan en un cortocircuito psíquico, que abre paso a una defensa somática (la ingesta de alimentos), y un sistema de regresiones-fijaciones psicossomáticas que se instalan en el plano oral. A diferencia de autores como Richardson o Rascovsky, Marty & M’Uzan señalan que la regresión oral del obeso surge como un freno, como un punto de detención o escalón estable de detención de movimientos regresivos más profundos y severos que tienen como fin evitar la desorganización psíquica.

En 1975, los norteamericanos Glucksman y Hirsch estudian algunos aspectos psicológicos que intervienen en los tratamientos de adelgazamiento y favorecen el mantenimiento de la Obesidad. Estos autores observan que durante el adelgazamiento en condiciones de ayuno terapéutico, se destaca el peligro de desencadenamiento de trastornos psíquicos de diferente gravedad y pronóstico, particularmente cuando se trata de sujetos cuya Obesidad se sostiene en base a una enfermedad psíquica. Los autores remarcan que la situación adquiere sentido especialmente *“cuando la Obesidad existe como estructura defensiva de otras enfermedades mentales, por ejemplo de neurosis o psicosis, y también cuando se ven amenazados los beneficios secundarios de la enfermedad, los que se pierden con el adelgazamiento”* (p.10). Glucksman y Hirsch plantean dos posibles causas para explicar el fenómeno. Por un lado, la ausencia casi total de alimentos puede hacer despertar *“incontrolables estados emocionales”* y favorecer a la regresión y a la reedición de conflictos infantiles. Por otro, se encuentran los cambios corporales relativos al adelgazamiento, que tienden favorecer a la desorganización de la identidad y el aumento de la libido del sujeto.

Zukerfeld (1977) en un estudio realizado en 100 pacientes obesos y 100 no-obesos (grupo control), evalúa la existencia de disturbios en la imagen del cuerpo en Obesidad, mediante una técnica gráfica específica. Los obesos entrevistados tenían que dibujar *“cómo se ve”* y *“cómo le gustaría verse”*, observándose que el 44% de ellos, al intentar la representación gráfica de su figura más delgada, también la hacían más pequeña (Ver Figura N°5). En el grupo control, esta variante sólo se observó en el 2% de los entrevistados. Se detectó entonces que la fantasía de adelgazamiento de los obesos era una peculiar fantasía de *“achicamiento”*, vinculada especialmente al comienzo de la Obesidad y al deseo de adelgazar. Esta fantasía de *“achicamiento”*, de que el paciente no es consciente, es considerada como índice de una alteración de la imagen corporal a nivel inconsciente no presente en el grupo control. Zukerfeld plantea que la existencia de este tipo de fantasías ponen de manifiesto la amenaza inconsciente que constituye el adelgazamiento para el obeso, dado que la imagen de su cuerpo resguarda parte de su identidad narcisística, la que se ha estructurado gracias a una compleja interrelación entre cuerpo biológico y cuerpo erótico.

Figura N°5. Comparación de dos dibujos en grupo obesos y grupo no obesos del estudio de Zukerfeld (1977).



En 1985 Phillippe Jeammet ubica la problemática de la identidad y los conflictos de dependencia-autonomía en el centro de la psicogénesis de la Obesidad. Según Jeammet, tal como ocurre en las conductas adictivas, el obeso no logra introducir a un tercero que le permita romper la relación fusional que lo une a la madre, así *“sustituye una necesidad básica por un deseo cuya representación implica necesariamente la negación de una separación”* (p. 200). En estos sujetos, el alimento, al igual que la droga en el adicto, no tiene valor de símbolo maternal, pero sigue siendo un “sucedáneo de la madre” que permite ahorrarse una separación imposible. A su vez, las crisis hiperfágicas sirven de “paraexcitación”, de cortocircuito emocional, que permiten descargar emociones violentas ante la incapacidad de resolver sus conflictos mentalizándolos. En el plano relacional, toda vez que la dependencia respecto de los demás es necesaria e insoportable, el obeso no deja de oscilar entre dos posiciones igualmente insostenibles de vacío y excesiva plenitud afectiva.

En 1987 Jorge Alperovich señala que ejerciendo la psicoterapia con pacientes obesos se pueden observar tres factores genéticos fundamentales: el énfasis oral precoz y habitual con otorgamiento de comidas engordantes; el aprisionamiento, y la represión de la sexualidad genital con que los padres van marcando la vida del hijo adiposo. Estos tres factores se combinan en proporciones variables. La condición sedentaria del obeso puede estar determinada, entre otros factores, por peculiares estilos de interacción con la familia en la infancia, donde la madre “aprisiona” y el padre deja aprisionar. De esta manera, se comienza a constituir un “superyó obesígeno” (por medio de la internalización de esta pauta de relación) que sigue inmovilizando y engordando también al sujeto desde “dentro”

de sí mismo a medida que va creciendo. Este tipo de falencia parental y de interacción con el hijo, así como posteriores vínculos análogos, crean una de las condiciones necesarias para devenir obeso: el sometimiento a la falta de libertad y movimiento.

Posteriormente, Wheeler & Broad (1990) en un grupo de Obesos hiperfagos encuentran una alta presencia de alexitimia, íntimamente ligada a la existencia de atracones y sobrepeso en Obesidad. Según estos autores, en las personas obesas hay un fuerte predominio de un sentimiento de vacío, hoquedad interior desagradable sentida a nivel corporal, frente a lo cual los comportamientos alimentarios se orientan a llenar ese “vacío”. Para los obesos, la comida es un buen elemento para llenarlo y suprimirlo, dado que en el plano psíquico este objeto cumple una función similar a la drogas en el adicto. Así, en relación al grupo estudiado, Wheeler & Broad destacan la presencia de las siguientes características psicológicas:

- a. una simbolización pobre o ausente y tendencia al pensamiento concreto.
- b. una capacidad para fantasear limitada
- c. falla en la construcción de objetos internos.
- d. dificultad para expresar afectos y emociones y para percibir sensaciones corporales
- e. conformismo social y relaciones interpersonales distantes y estereotipadas
- f. impulsividad y déficits en el afrontamiento del estrés.

En 1996 Luis Chiozza, utilizando su teoría psicósomática, difiere de los autores que plantean a la Obesidad como un problema de la oralidad, destacando la existencia de “fantasías adiposas” que surgen de forma paralela a la gordura y que contribuyen al desarrollo de esta enfermedad. Dichas fantasías se encuentran vinculadas con la meta pulsional que emana del funcionamiento del tejido adiposo como zona erógena, y emergen en el obeso mediante una regresión hacia el punto de fijación adiposo. Desde la perspectiva del autor, el obeso ha sido incapaz de realizar una acción eficaz específica ante una frustración actual, por lo que debe emprender el camino de la regresión al punto de fijación adiposo, experimentando la frustración original con cualidades propias de esta modalidad libidinal. Respecto a ello, Chiozza plantea:

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

De este modo, para Chiozza el conflicto actual del obeso se transforma en una cuestión de energía, y su incapacidad para la acción específica es el no sentirse preparado energéticamente, vivencia que conceptualiza como sentimiento de “impotencia energética”. A través de esta enfermedad en los pacientes emergen fantasías inconscientes de “sentirse impotente de no poder llevar a cabo sus deseos” o “sentirse pusilánime”, ante lo cual los sujetos adoptan una actitud contraria a su sentir; es decir, adoptan una actitud omnipotente, de sentirse poderoso, robusto o corpulento. A estas fantasías que Chiozza considera como “específicas”, se agregan las fantasías secundarias, ligadas a un sentimiento consciente de “disconformidad con la gordura”, “sentirse llenos” o que “han realizado un mal negocio con su enfermedad”.

Desde una perspectiva lacaniana, Nieves Soria (2001) señala que los sujetos obesos se encuentran aplastados por la Demanda del Otro, que tiene una posición de dar sin límite, y cuyo reverso para el sujeto es “llenarse” con comida también sin límites. La autora refiere que la clínica con estos pacientes revela que esta sujeción absoluta a la demanda es el modo que han encontrado estos sujetos para relacionarse con el deseo materno loco y caprichoso. El rebajamiento del deseo a la demanda es la operación a la que se entrega el sujeto obeso intentando taponar la falta con un objeto pleno: la comida. Para Soria, la imposibilidad de esta operación se transforma en una tendencia compulsiva e inagotable, frente a un vacío imposible de ser llenado y que constituye la vertiente melancólica de la Obesidad: *“un deseo absoluto encarnado en el Otro primordial materno, que es vivido, a falta de la lógica de amor, como demanda insaciable (...) Este es el estrago materno, un avasallamiento, una devastación, que en la Obesidad se manifiesta en el cuerpo deformado por la irrupción de un goce sin límite”* (p.11).

En el año 2002, Durán, Cantero y Roitman utilizan el concepto “sobreadaptación” de Liberman para destacar el desconocimiento y la postergación de las necesidades emocionales que presentan los sujetos con tendencia a la Obesidad. Según estos autores, en estos sujetos se evidencia un “*self ambiental sobreadaptado*” en desmedro de un “*self corporal sojuzgado*” y repudiado, consecuencia de una madre que durante épocas tempranas tuvo poca disponibilidad emocional y/o una escasa receptividad y empatía hacia las sensaciones y emociones. Señalan que este sería el típico ejemplo del obeso que presenta la tendencia de resolver los problemas anímicos por vía de la “alteración orgánica”, apelando a la ingesta desmesurada de alimentos como intento de supresión de la subjetividad. Por último, destacan que estas fallas en el *self* también son determinantes para la aparición de los trastornos de la imagen y el esquema corporal característicos del obeso.

Cormillot & Funchs (2002), en oposición al término psiquiátrico de dismorfofobia, proponen el término “dismorfofilia” para describir una alteración de la imagen corporal común en la Obesidad. Esta alteración se caracteriza por la falta de actitudes y comportamientos adecuados ante la presencia de una alteración significativa y evidente de la forma, dimensiones y peso corporal, que pone en riesgo la salud física, psíquica y social. Se trata de personas que en la medida que desarrollan Obesidad, presentan dificultades para percibir los cambios corporales, y aquellos que los perciben no realizan acciones para evitarlos. Para estos autores, dicha alteración sería la consecuencia de un proceso psicológico inconsciente, en el cual intervienen diferentes mecanismos psíquicos y se vincula con los beneficios secundarios de la Obesidad.

Por su parte, Massimo Recalcati (2003) ha destacado diferentes formas de expresión subjetiva de la Obesidad: a) en la neurosis, b) en la psicosis y, c) como compensación de psicosis. Para Recalcati, la Obesidad neurótica tiene dos centros fundamentales: la femenina que guarda relación con la depresión, con la desvalorización narcisista del sujeto y con la pérdida insoslayable del objeto; mientras que la masculina propone una solución patológica al goce que por una parte, salva al sujeto del encuentro con el deseo del Otro y por otra, pone a disposición un goce de lo Uno (autista) que excluye al Otro. Recalcati señala que en el caso de la Obesidad en la psicosis, hay un retorno de lo real de la libido directamente sobre el cuerpo, en donde la pulsión de

devoración aparece completamente desajustada hasta el punto de confundir en la realidad al sujeto con el objeto, por lo que aquí “el sujeto come, pero ya no sabe si come o es comida, dado que el sujeto ha asumido las características del objeto” (p.113). Finalmente, la Obesidad puede revelarse también como un medio de tratamiento de la psicosis misma por parte del objeto, en donde la Obesidad no se configura como una defensa frente al encuentro con el Otro, ni como el intento de sustituir el objeto perdido, sino como una operación de separación del goce maligno del Otro.

2.4. Otros autores que han aportado al tema de la Obesidad en Psicoanálisis.

Como se menciona en la introducción del presente capítulo, señalar los aportes de todos los autores al tema de la Obesidad sería una tarea enorme cuya extensión excede los límites de este capítulo y de la tesis en general. Por lo tanto, en este apartado se hace mención de algunos autores que por su importancia merecen ser consultados, aclarando que varios de ellos no son psicoanalistas y en algunos casos su obra es de características eclécticas o aborda los aspectos sociales, de calidad de vida, psiquiátricos y psicobiológicos de la Obesidad.

Se destacan los aportes de Edoardo Weiss y English Spurgeon (1949), Henry Brosin (1953), David Liberman (1955), Cyro Martins (1956), Horacio García Vega (1956), Jorge Weil (1957), Edmund Bergler (1959), Ernest Dane y Mary Prugh (1961), Norberto Schlossberg (1966), Angel Garma (1968), Joseph Buchanan (1973), Julian De Ajuriaguerra (1973), Rubén Zukerfeld (1975), Tomás Pujol Sanso (1983), Marta Bekei (1984), Clara Rosa Roitman (1986), Joyce Slochower (1987), Pietro Castelnuovo-Tedesco y Stephen Riesen (1988), Fernando Lolas Stepke (1992), Suzanne Abraham y Derek Llewelly-Jone (1995), Adriana Szyniak (1995), Nicolás Caparros (1997), Geene Roth (1999), Alberto Cormillot y Analía Fuchs (2002), Nilda Nieves (2002), Bernardo Magraner Gil (2002), Mónica Facchini (2002), Caroline Braet (2005), Jane Odgen (2005), Graciela Onofrio (2009), Jorge Braguinsky (2009), María Ester Strada y María Teresa Panzitta (2009), Horacio R. Losinno (2009), Cecilia Meza y José Moral (2011). Son de destacar los libros: “Eating Disorders” de Hilde Bruch (1973), “Psicoterapia de la Obesidad” de Rubén Zukerfeld (1978), “Canibalisme psychique et obésité” de Gabrielle Rubin (1997), “La tiranía del culto al cuerpo” de Susie Orbach (2009). También hay un

grupo de publicaciones interesantes respecto al abordaje clínico del paciente bariátrico enfocados desde un punto de vista psicoanalítico, en particular destacan los trabajos de Maria Salete Arenales-Loli (2007; 2009) y Celia Salles (2010).

CAPÍTULO 3. SISTEMATIZACIÓN DE FACTORES PSÍQUICOS IMPLICADOS EN LA ETIOLOGÍA DE LA OBESIDAD

En el siguiente capítulo se identifican, ordenan y agrupan los principales hallazgos encontrados sobre factores psicogenéticos que intervienen en el desarrollo y mantención de la Obesidad desde el psicoanálisis. Dado que son muchos los elementos teóricos y clínicos relacionados al tema, con fines didácticos se los agrupará esquemáticamente en cuatro categorías:

1. Factores psíquicos que derivan en alteraciones del comportamiento alimentario.
2. Factores psíquicos que derivan en alteraciones de la imagen y el esquema corporal.
3. Factores psíquicos que derivan de las características psicológicas del medio familiar.

Cabe señalar que si bien los cuatro grupos en definitiva se relacionan entre sí, se han separado artificialmente porque cada uno de estos grupos factores puede presentarse o intervenir de forma particular e independiente según sea el caso. Asimismo, la posibilidad de establecer una clasificación de este orden, nos permite llevar a cabo también un avance en la construcción de las unidades temáticas que se van abordar en la discusión de los resultados de este estudio.

3.1. Factores psíquicos que derivan en alteraciones del comportamiento alimentario.

Las personas con Obesidad suelen presentar una serie de conductas que expresan la existencia de un alto grado de conflicto y dependencia hacia los alimentos, especialmente hacia los carbohidratos (Zukerfeld, 2002). Los diferentes reportes clínicos muestran que estas conductas en ocasiones pueden seguir un patrón comportamental específico, como es el caso del comer compulsivo, pero en otras no hacerlo, pudiendo alternarse con períodos de inanición y conductas compensatorias y purgativas, tal como ocurre en la Anorexia y la Bulimia (Hamburger; 1951; Bruch, 1971). Al citar la conocida clasificación de Dorris & Stunkard (1959), en conjunto con las aportaciones de otros

autores como Fenichel (1945) y Bruch (1971), es posible agrupar esquemáticamente a este tipo de conductas de la siguiente manera:

- a) Hiperfagia: Se trata de conductas de sobrealimentación que no siguen un patrón comportamental específico, que pueden surgir como un automatismo (picoteo) o ser de naturaleza impulsiva o emocional (Dorris & Stunkard, 1959). Bruch (1971) asocia estas conductas a fallas en la percepción interoceptiva de la serie hambre-saciedad, en cambio otros autores en psicopatología las han relacionado con fenómenos clínicos como la depresión esencial (Marty & M'Uzan, 1978), la alexitimia (Wheeler & Broad, 1991) y la sobreadaptación (Duran et. al, 2002).
- b) Comedor compulsivo (bing eating): Se trata de episodios de sobrealimentación caracterizados por avidez y un componente subjetivo de descontrol; se acompañan habitualmente de culpa persecutoria, racionalizaciones e intelectualizaciones (Dorris & Stunkard, 1959). Las observaciones clínicas y las descripciones hechas por los propios pacientes permiten llamar "adictivas" a estas conductas (Hamburguer, 1951), las cuales han sido estudiadas por autores como Fenichel (1945), Gringberg (1958), Savitt (1966), Jeammet (1985), entre otros.
- c) Síndrome del comedor nocturno: Es un síndrome originalmente descrito por Stunkard en 1954, caracterizado por hiperfagia nocturna, insomnio y anorexia matinal, el cual representa una respuesta a factores emocionales en ciertos obesos que característicamente tienen dificultad para bajar de peso. Desde el punto de vista de Bruch (1971), no sería posible determinar con precisión este cuadro, aunque es posible observar estos síntomas en obesos sin características particulares.

Los intentos clásicos de explicación en psicoanálisis sobre las causas psicológicas de estas conductas alimentarias en Obesidad, han puesto acento fundamentalmente en la problemática de la oralidad. En efecto, todos los autores citados en el capítulo anterior –a excepción de Chiozza (1996)-, remarcan que en estos sujetos existe una regresión libidinal a la etapa oral y una incapacidad de ingresar en la etapa sádico-anal y genital. Fenichel (1945), citando a Bruch (1940), afirma que la mayoría de los casos son de naturaleza psicógena, debido a una economía inadecuada de la energía, a un exceso de

alimento y a una descarga motriz excesivamente reducida por conflictos psicógenos primarios.

Dada la importancia del binomio oralidad-alimentación, psicoanalistas de diferentes escuelas han tratado de identificar posibles psicodinamismos implicados en el origen del proceso del comer obeso (Richardson, 1939; Alexander, 1939; Garma, 1952; Gringberg, 1958; Simon, 1961; Kestemberg, 1971; Kreisler, 1973; Marty & M'Uzan, 1978). Aunque no existen consensos generales sobre el tema, se ha planteado que estas dinámicas se pondrían en juego desde épocas muy tempranas de la vida del sujeto -principalmente desde la primera infancia- y harían referencia a una posible configuración y estructuración psíquica del obeso (Rascovsky, 1956; Zukerfeld, 1978)⁹. A partir de los hallazgos encontrados en la presente revisión, es posible sistematizar al menos tres perspectivas sobre las cuales giran los principales intentos de comprensión metapsicológica del comer obeso:

- la de autores como Richardson (1939) en relación a la teoría de la histeria, donde se destaca el papel de la doble polaridad de las fijaciones orales de la libido, el factor de regresión y de los conflictos sexuales reprimidos y desplazados a la oralidad.
- la de autores como Simon (1961), Garma (1952), Cesio (1957), Grinberg (1958) y Kestemberg (1971) respecto a la melancolía y los estados depresivos, con la problemática de la pérdida de objeto y la pérdida del dominio de las necesidades del instinto.
- la de autores como Alexander (1939), Kreisler (1973) y Marty y M'Uzan (1974) en torno a la psicósomática, la cual plantea la triple cuestión del peso de la actualidad conyuntural, de los factores somáticos e infra-representacionales y, por último, de los desfallecimientos del Yo y de las capacidades de elaboración.

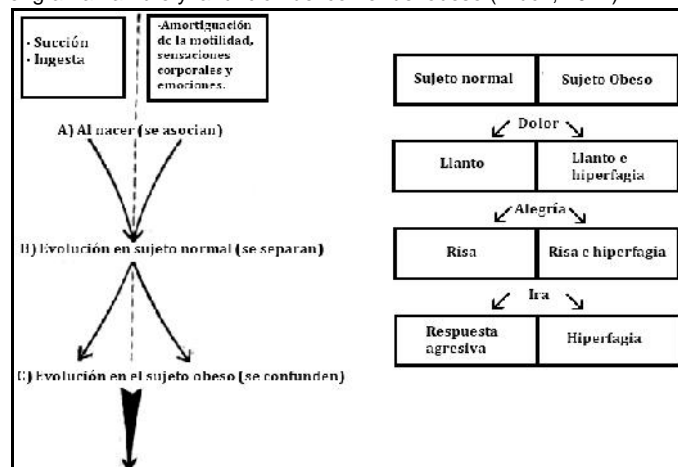
A pesar de las diferencias teóricas respecto a esta problemática es posible señalar que en todos los aportes recién citados se destaca la idea de que el alimento posee un

⁹ Varios autores argentinos como Rascovsky (1952; 1956), Cesio (1957) y Grinberg (1958) consideran la estructura del Yo del obeso, similar a la de los adictos, adscribiéndole, por tanto, características de hipertrofia de la oralidad y en ocasiones de pobreza del Yo.

valor y poder psicológico especial para el obeso, ya sea por el placer, los efectos de sedación y/o significados inconscientes que este tiene. Esta preocupación ha estado latente desde los primeros estudios psicoanalíticos sobre Obesidad (Richardson, 1939; Alexander; 1939; Bruch, 1940), y se enlaza con la perspectiva de algunos psicoanalistas que posteriormente han planteado al “acto de comer” como una forma de defensa psicológica particular (Kreisler, 1974; Duran et. al 2002) y/o como una categoría especial de adicción (adicción a la comida) (Fenichel, 1945; Cesio; 1957; Gringberg, 1958; Insúa, 1967). De esta manera, el objeto-alimento, cuya finalidad es la de satisfacer necesidades orgánicas, adquiere en el curso de la evolución del obeso el valor de un objeto de descarga pulsional y también de intercambio amoroso.

Hilde Bruch (1940; 1971), por su parte, ha destacado las dificultades que tienen los obesos para lograr identificar y diferenciar las sensaciones de hambre-saciedad de las emociones que los embargan cotidianamente. Según Bruch, esta alteración es causada por disturbios comunicacionales que se originan en el temprano vínculo madre-hijo, ante la incapacidad que presenta la madre para responder empáticamente a los requerimientos biológicos, emocionales y sociales de su bebé. Si las necesidades alimentarias e impulsos del niño, en un principio poco diferenciados, no han sido confirmados y reforzados progresivamente por su madre -o han sido confirmados de un modo contradictorio o impreciso-, el Yo de este niño –aún en desarrollo- no logrará adquirir los elementos psicológicos necesarios que le permitirán diferenciar los estados de hambre y saciedad, llevándolo a responder con un aumento de la ingesta ante cada exigencia emocional (ver Figura N°6).

Figura N°6. Esquema del proceso de desarrollo y regulación del engrama hambre y la función del comer del obeso (Bruch, 1971).



Otros autores como Jeammet (1985) han subrayado la importancia de los conflictos de dependencia/autonomía y la vulnerabilidad fundamental en el obeso. Para el autor, los obesos a lo largo de su desarrollo no han logrado introducir a un tercero que le permita romper la relación fusional con la madre, por lo cual toman a la comida como un “sucedáneo de madre” que permite prolongar el estado de dependencia materna y evitar agujeros profundos en la identidad. En este sentido, al no acertar a separar el yo del no-yo, el obeso vive cualquier clase de relación de manera fusional, pasiva y dependiente del otro, alternando la avidez afectiva y el rechazo brutal. De ahí que estos sujetos presentarían una paradoja respecto a sus relaciones vinculares, la cual tendría como expresión una relación ambivalente de conflicto y dependencia hacia los objetos, en particular, hacia los alimentos.

Los enfoques familiares han ilustrado la sensibilidad de los obesos a las influencias del entorno, subrayando la importante función que cumple la transmisión de pautas alimentación y los modelos de interacción familiar en la etiología de la Obesidad. De forma específica, Alperovich (1987) ha planteado que el origen de la polifagia en el obeso puede ser el resultado de la interacción de al menos tres factores: a) el énfasis oral precoz y habitual -con otorgamiento de comidas engordantes-, b) el aprisionamiento y c) la represión genital con que los padres marcan la vida del hijo obeso. El autor destaca que esta falencia parental y de interacción con el hijo, así como las reediciones vinculares análogas, crean una de las condiciones necesarias para el desarrollo de conductas de sobrealimentación.

La concepción de los trastornos del comportamiento alimentario desde la psicossomática ha dado lugar a descripciones y conceptualizaciones particulares. Marty y M'Uzan (1974), han descrito a los obesos hipérfagos como poseedores de un pensamiento operatorio, es decir, privilegian la acción y lo concreto y padecerían de una carencia fantasmática y simbólica. Autores como Wheeler y Broad (1990) han identificado una importante relación entre el comer compulsivo y alexitimia, lo que explicaría la incapacidad que tienen algunos obesos para cobrar conciencia de sus estados emocionales y mentalizar sus conflictos. De este modo, para ambos autores la carencia de elaboración mental haría que estos sujetos fuesen particularmente intolerantes a la

frustración y dependientes de su entorno, ante lo cual las conductas de sobrealimentación tendrían carácter de pasaje al acto que permite la liberación de la energía pulsional.

Por último, los autores que han estudiado el problema la Obesidad desde la teoría de Lacan, han destacado que el comportamiento de sobrealimentación del obeso sería el resultado de una confusión entre necesidad (alimentaria) y demanda (de amor). Soria (2002) señala que los sujetos obesos se encuentran aplastados por la Demanda del Otro, el cual tiene una posición de dar alimento sin límite, y donde para el sujeto el reverso es llenarse con comida también sin límites. Por su parte, Recalcati (2003) indica que el objeto real (la comida) permite al obeso compensar lo que no ha tenido en el ámbito simbólico, es decir, el don del amor, el signo de la falta del Otro. Además, para este autor las conductas de sobrealimentación del obeso también reflejan una interrogante sobre el tipo de sociedad en que vivimos, en donde la invitación al consumo reduce al cuerpo como un mero receptáculo de objetos, y en donde la alimentación representa una estrategia (goce autista) para saturar el vacío y suprimir la falta y el deseo.

3.2. Factores psíquicos que derivan en alteraciones de la imagen y el esquema corporal.

Dentro del campo de la Obesidad, Mendelson (1961), Bruch (1962) y otros autores como Zukerfeld (1977), han identificado trastornos en la imagen corporal¹⁰ del obeso, caracterizados por disturbios en el reconocimiento de las medidas y funciones corporales y en la discriminación del rol sexual. La presencia sistemática de esta sintomatología ha permitido incluirla en el estudio de la etiología de esta enfermedad y relacionarla con otros problemas psicopatológicos.

¹⁰ Abordar el tema del esquema corporal en psicoanálisis es pensar fundamentalmente en Paul Schilder (1932), quien conceptualizó el problema trayendo el concepto de modelo postural de la neurología a la psicología y acuñando el término "imagen corporal" para referirse a aquella representación que nos hacemos de nuestro cuerpo; es decir, la forma en la que éste se nos aparece. Según Schilder es una experiencia que, aunque proviene de los sentidos, no es mera percepción. La construcción de esta estructura es un proceso constante que tiene una base fisiológica y una configuración libidinal en la que hay que estudiar el narcisismo y la interrelación de zonas erógenas (Schilder, 1950). Por su parte, Clifford Scott (1948), algunos autores klenianos (Klein, 1948; Isaacs, 1952), ciertas concepciones estructuralistas (Palmier, 1971; Doltó, 1986) y autores como Garbarino (1958), G. Reinoso (1956), Bick (1968), Anzieu (1985), Aulagnier (1991), Rosenfeld (1992) y otros han planteado diferentes perspectivas para definir la imagen corporal, su construcción con el cuerpo biológico, con la idea de *self* o identidad y con la psicopatología.

Respecto al tema, Mendelson (1961) ha planteado que las personas que desarrollan Obesidad, no perciben la forma de su cuerpo adecuadamente y que tienden a sobre-registrar o sobredimensionar su volumen corporal al punto de no reconocer el tamaño real de su cuerpo. En oposición a lo que ocurre en la Anorexia, las personas que desarrollan Obesidad se perciben más delgadas de lo que realmente son y suelen renegar de su estado corporal. El autor señala que estas alteraciones serían previas a la Obesidad y darían cuenta de los defectos que han presentado estos sujetos durante la constitución y el desarrollo de su cuerpo libidinal. Así, un temprano ambiente de sobreprotección – inmovilizante-, podría generar fallas en las funciones primarias del Yo y determinar el desarrollo de una representación mental distorsionada del esquema corporal y de los estímulos sensoriales.

Bruch (1962) ha destacado que las alteraciones de la imagen corporal en pacientes obesos serían fenómenos patognomónicos del cuadro, particularmente en las obesidades de comienzo infantil y/o adolescente (Obesidad del desarrollo). Desde su punto de vista, mientras más temprano se adquiere la Obesidad, la presencia de estas alteraciones representan un indicador de mayor psicopatología, debido a que: *“una exclusión temprana de las necesidades corporales y emocionales puede terminar ocasionando una severa malformación y desconocimiento de los límites del Yo, de la imagen del propio cuerpo, del sentido de identidad y la autoestima”*. A partir de sus observaciones, la autora reconoce la presencia recurrente de dos tipos de disturbios de la imagen corporal en la Obesidad:

- Disturbios en la imagen del cuerpo: Se caracterizan por la presencia de un concepto delirante de las dimensiones corporales (ancho, alto, espesor y peso), expresándose en la falta de interés por el adelgazamiento y la presencia de un sentimiento de ineficacia. Se trataría de una alteración del Yo, que se vincula con los rasgos de dependencia, y con defectos en la identidad próximos a una escisión esquizofrénica.
- Disturbios de la percepción interoceptiva y del estado corporal: Habitualmente preconcientes, se caracterizan por la inexactitud en la percepción o en la interpretación de los estímulos internos del cuerpo, entre los que se incluyen las series hambre-saciedad, frío-calor, pasividad-movimiento, así como la capacidad de identificar ritmos, funciones corporales y el reconocimiento de las emociones.

Por su parte, Mauricio Abadi (1955) ha hecho hincapié en la existencia de un “doble esquema corporal del obeso”: uno que incluye su envoltorio adiposo (el esquema corporal de la madre embarazada) y otro que es su propio esquema corporal, independiente del espacio grasoso que lo rodea. Para Abadi la “capa de grasa” que envuelve al obeso, representa una fantasía inconsciente de reserva de alimento, correspondiente a la internalización en el cuerpo de una madre nutricia, que cumple la función de “acolchado defensivo” contra la agresión de objetos externos. Más profundamente, esta “capa de grasa” representaría a *“la madre embarazada que lo envuelve, del mismo modo que lo rodeó el vientre materno en la vida intrauterina, reeditando así la primitiva relación simbiótica del feto con la madre”* (p. 16).

Asimismo, De la Balze et. al (1969) han planteado y sistematizado algunos simbolismos y significados inconscientes de la envoltura adiposa, que pueden motivar el desarrollo de la Obesidad. Los autores señalan que todo sujeto se presenta ante los demás tal como debe ser percibido, aunque a veces ese deseo pueda ser inconsciente y estar en contradicción con un deseo consciente. Por lo tanto, pese a ser conscientemente rechazada por el sujeto, la Obesidad puede estar sirviendo y reflejando una situación psíquica, ya que la envoltura adiposa actúa esencialmente como un mecanismo de defensa. En virtud de ello, los autores plantean que la envoltura adiposa puede ser utilizada psíquicamente como:

- a) Un medio que permite al sujeto asegurarse ante el mundo, usando su volumen para evitar la agresión exterior.
- b) Como recurso de volverse grande -“persona mayor”-, mecanismo vinculado con la motivación anteriormente expuesta, la carencia de seguridad.
- c) Como escudo contra la genitalidad, dado que la Obesidad deforma al sujeto y le impide convertirse en motivo de interés sexual.
- d) Como fantasía de embarazo, que también es un mecanismo de defensa contra la sexualidad.

- e) Como compensación de un sentimiento de abandono. A menudo se observa que en sujetos de peso normal engordar desproporcionadamente cuando pierden un objeto para ellos valioso: posición económica, relación afectiva, estimación social o intelectual, etc.
- f) Como medio que permite soportar responsabilidades y exigencias, de trabajo, de familia, de conducta, etc. excesivas para el Yo.
- g) Como *camouflage* al que recurre el sujeto para ocultar su agresividad profunda bajo la apariencia de blandura que otorga la capa de grasa.

Rubén Zukerfeld (1977) ha agrupado los aportes de Bruch, Mendelson y de algunos miembros de la escuela argentina, con el fin de jerarquizar el desarrollo de trastornos de la imagen corporal en Obesidad en tres niveles diferentes: figura, contenido y significado. El autor indica que estos tres niveles de la imagen corporal se encontrarían interrelacionados entre sí, y que la aparición de estos trastornos darían cuenta de defectos en la configuración narcisista del yo, la identidad y la organización edípica del sujeto. Para identificarlos, Zukerfeld plantea que “no basta que el paciente hable sobre su cuerpo en forma distorsionada, sino que es necesario que el cuerpo mismo hable a través de la voz, acciones y otras manifestaciones (tendencia a la pasividad, sedentarismo, etc)”. De esta manera, las alteraciones de la imagen corporal planteadas por este autor se pueden agrupar en:

- Alteraciones de la figura: son aquellas que hacen referencia a fallas en la percepción consciente del propio cuerpo (esquema corporal) en cuanto a aspecto, postura, dimensiones, ubicación en el espacio y movimiento. Se trata del grupo de alteraciones clásicamente descritas por Mendelson, en donde el obeso no reconoce el tamaño real de su cuerpo cuando engorda o adelgaza.
- Alteraciones del contenido: suponen una distorsión sobre las percepciones interoceptivas o propioceptivas, cenestésicas, y el de las necesidades corporales. Son importantes aquí las dificultades de reconocimiento de las sensaciones de hambre-saciedad, a las cuales Bruch le otorga gran importancia etiológica.

- Alteraciones del significado: se trata de trastornos psicopatológicos subyacentes, que en algunos casos se hacen más o menos manifiestos; comprenden desde la preocupación delirante por centímetros o gramos de exceso, otras exteriorizaciones como miedo de ver reflejada la propia imagen, hasta renegaciones llamativas del tamaño corporal. Dado que el registro del significado se corresponde con el concepto de cuerpo erógeno, en este apartado se incluyen los trastornos de la identidad sexual, las fantasías inconscientes y los simbolismos de la envoltura adiposa. Además, como la imagen corporal es estructurante de la identidad yoica, los trastornos en este nivel se vinculan con los de ciertos desarrollos psicóticos.

Dentro del campo de la psicósomática, autores como Durán et. al. (2002) han utilizado el concepto de sobreadaptación para destacar el desconocimiento y la postergación de las necesidades y/o alertas corporales en el obeso. En los sujetos con Obesidad se evidenciaría un *“self ambiental sobreadaptado”* en desmedro de un *“self corporal sojuzgado”* y repudiado, al igual que otros pacientes con enfermedades orgánicas. Esta alteración en el *self* estaría a la base de las fallas en la capacidad de identificar percepciones interoceptivas, propioceptivas y cenestésicas, y sería el producto de relaciones vinculares defectuosas de la primera infancia.

El término “dismorfofilia” ha sido utilizado por Cormillot y Fuch (2002) para definir un fenómeno clínico recurrente en la Obesidad, cuya característica esencial es: *“la falta de actitudes y comportamientos adecuados ante la percepción consciente de una alteración significativa y evidente de la forma, dimensión o peso corporal que pone en riesgo la salud física, psíquica y social”* (p. 4). En estos casos la alteración o el defecto corporal es claramente visible, y resulta llamativo para el observador la falta de apreciación del mismo por parte del sujeto. Se trataría de una actitud que impresiona como una suerte de conformismo, por lo general inconsciente, a mantener un estado corporal fuertemente alterado.

Desde una perspectiva lacaniana, Massimo Recalcati (2003) ha destacado cómo el desarrollo de un cuerpo-gordo puede tener una finalidad inconsciente de carácter perverso; fenómeno frecuente en muchos casos de Obesidad mórbida. Recalcati toma la noción de “exhibicionismo de la fealdad” de Fenichel, para destacar el carácter obsceno y

perverso del cuerpo-gordo, particularmente cuando la gordura tiene la finalidad de convertirse en objeto de goce que causa angustia en el Otro. Este exhibicionismo sería en el fondo una estrategia para capturar la mirada del Otro, *“ya que robar esa mirada es justamente un indicador de la angustia provocada en el otro”* (p. 277). Así, el uso subjetivo del cuerpo-gordo puede constituir una modalidad de interrogación del deseo del Otro, donde el engordar tendría por finalidad comprobar el valor del sujeto en el deseo del Otro, más allá de la función de objeto de su cuerpo.

3.3. Factores psíquicos que derivan de las características psicológicas del medio familiar.

Dentro de los factores que influyen en la etiología de la Obesidad, la familia, núcleo primario donde se desarrolla el individuo, adquiere una importancia relevante. Varios autores han remarcado la importancia de las características psicológicas del medio familiar en relación al desarrollo de la Obesidad y a las diversas expresiones psicopatológicas que suelen acompañar a esta enfermedad. Las descripciones psicoanalíticas clásicas sobre el marco familiar del obeso hablan de una tradicional constelación de madre sobreprotectora y padre débil y/o ausente que, si bien es observable en la mayoría de los casos (Bruch, 1952; Rascovsky, 1956; Chirico & Stunkard, 1972) , no sería patognomónica de la Obesidad (Zukerfeld, 1970)¹¹.

Bruch (1952) en sus primeros estudios describió una serie de características del grupo familiar donde se desarrolla el niño obeso (Obesidad del desarrollo), señalando la importancia de ciertos aspectos psicológicos parentales y remarcando el valor de la interacción intrafamiliar dentro de la etiopatogenia de la Obesidad. Bruch plantea la idea de “sobreprotección” como característica central de la madre del obeso, describiendo a estas mujeres como posesivas y dominantes -con rasgos claramente neuróticos-, las que tratan a sus hijos como una posesión narcisista y a los cuales sobrealimentan con la finalidad de compensar y aliviar de forma inconsciente la frustración y la culpa que verdaderamente las abrumba. Para la autora, la naturaleza de este funcionamiento vincular

¹¹ Zukerfeld (1970) señala que esta constelación familiar no sería patognomónica de la familia del obeso porque se encontraría también en otro tipo de patologías. En sentido, se puede señalar que hay autores psicoanalíticos que adscriben esta situación, en términos de “ausencia de función padre” a toda patología mental grave (ver Skyniak, 1995).

se fortalece de manera importante ante la ausencia y/o debilidad de la figura del padre, producto de que no hay quien establezca de forma efectiva los límites separatorios en la relación madre-hijo. Además, las características propias de esta dinámica familiar estarían a la base de los disturbios comunicacionales que explican el desarrollo de las conductas de sobrealimentación y los trastornos de la imagen corporal en Obesidad, y mantendrían una importante similitud con la matriz familiar esencial del desarrollo esquizofrénico.

Sobre el tema, Rascovsky (1956) ha explicado que la prolongación excesiva de la relación primitiva que mantiene la madre del obeso con su hijo es uno de los factores que determinan la marcada oralidad de estos sujetos, ya que impide la liberación hacia etapas posteriores en la evolución libidinal. Esta carga exagerada de afecto sería resultado de la falta de vinculación que tiene la madre con otros objetos, especialmente en el plano genital. En estos casos, la ausencia parcial o total del padre en la vida del niño puede afectar doblemente al desequilibrio del ligamen con la madre: a) por una parte, no retrae de la madre el afecto correspondiente con que sobrecarga al niño y b) por otra, no atrae al niño, que mantiene esta carga de afecto excesiva sobre la madre. De este manera, se recrea una situación que es vivida por el sujeto como una realidad que brinda siempre leche, pechos, alimentos y, más tarde, como una madre que le incita a resolver cualquier frustración comiendo, mientras simultáneamente le limita el desenvolvimiento de la bipedestación, de la deambulación, de la conquista espacial y, en general, de la actividad psicomotriz.

Por su parte, De la Balze et. al (1969) han sistematizado algunas motivaciones psíquicas y situaciones conflictuales del medio familiar del obeso que favorecen la aparición de esta enfermedad. Para estos autores, la interacción entre los deseos y conflictos de los miembros del grupo familiar e intrapsíquicos tienen mucha influencia sobre actitudes conscientes e inconscientes que el sujeto tiene hacia su cuerpo y los alimentos. En este sentido, si bien la serie de conflictos y motivaciones van a depender de las características de la trama psicológica particular de cada miembro del grupo familiar, es posible sistematizar algunas motivaciones psíquicas comunes, entre las cuales destacarían:

- a. La influencia de los padres que identifican Obesidad con salud, tanto que en algunas familias se convierte en un ideal y en oposición la delgadez significa

enfermedad. Apoyándose en el simbolismo salud-gordura, es corriente que alguno de los padres se oponga al otro que desea hacer adelgazar a su hijo. Se lleva a veces a un verdadero choque de voluntades contrapuestas que intensifican la angustia del sujeto.

- b. Las motivaciones inconscientes que puede tener el cónyuge en relación a la adquisición de la Obesidad. El ejemplo más corriente lo da el marido en posición infantil frente a la esposa gorda que simboliza la madre, o aquel cónyuge que otorga comidas engordantes a su pareja con la finalidad inconsciente de que ésta última pierda su atractivo sexual.
- c. Las motivaciones de los hijos que se oponen por todos los medios posibles a que su madre adelgace, pues han elaborado inconscientemente una imagen materna que está basada en las características de la Obesidad.
- d. La interferencia de los hijos movilizada por la rivalidad inconsciente, sobretodo cuando se trata de madres jóvenes y atrayentes, en quienes las hijas ven una competidora. Este mecanismo de influencia en la mantención de la Obesidad por rivalidad suele darse asimismo entre hermanos.

Rubén Zukerfeld (1970) ha destacado la familia puede contribuir consciente o inconscientemente al desarrollo de la Obesidad, como también puede interferir en el adelgazamiento o bien favorecerlo. Este autor plantea que la patología del grupo familiar puede girar a veces alrededor del par protección-autonomía (sobrepotección-sometimiento) y en otros casos observa situaciones de abandono y falta de atención adecuada. Zukerfeld destaca que el factor común que juega en casi todos los casos de Obesidad es la protección negativa, ya sea de manera descripta o de otro modo (mala protección). De esta manera, para Zukerfeld es posible detectar al menos dos tipos de familias que favorecen la producción de la Obesidad:

- a) Familia Obesa: Zukerfeld ha definido así a la familia donde la mayoría de los sus miembros, incluyendo al niño o al adolescente, son obesos. Estas familias se caracterizan por presentar una fuerte base constitucional y pautas alimentarias incorrectas, sólidamente arraigadas; se trata de familias donde hay poco conflicto

y poca contradicción. Si existen problemas psicológicos, son secundarios a la Obesidad o totalmente independientes.

- b) Familia Obesogénica: representa a la familia donde la mayoría de sus miembros, excluyendo al niño, no son obesos pero que contribuyen de forma importante en el desarrollo de la enfermedad. Se trata de familia donde aparecen diversos mecanismos psicopatológicos y donde el obeso puede ser el depositario de toda una patología familiar. La madre presenta funcionamiento patológico con predominio de relaciones orales insatisfactorias y conductas contradictorias (relaciones de doble-vínculo), similares a la de los pacientes psicóticos.

Otro aporte interesante al tema, es el planteado por Chirico & Stunkard (1972), quienes remarcan la función que cumple el medio familiar sobre el desarrollo de la imagen y esquema corporal del obeso. Estos autores indican que la familia del obeso influye tempranamente en: 1) una actitud más o menos ilógica hacia el propio cuerpo, y 2) una disposición para una tendencia hacia la inactividad o pasividad de los movimientos. De ahí que la familia puede transmitir la suficiente cantidad de miedos e inseguridades tanto a nivel consciente como inconsciente respecto a la actividad corporal del niño, que derivan en que éste quizás no desarrolle el lógico deseo de un cuerpo ágil y esbelto y tampoco aprenda a desenvolverse en juegos, deportes o actividades físicas de cualquier tipo, que pasarán a ser sentidas como peligrosas y en consecuencia evitadas. Esto se agrega inevitablemente a los problemas de la canalización de la hostilidad, la espontaneidad, la competencia, que son aspectos fundamentales para lograr un buen desarrollo libidinal.

Finalmente, Alperovich (1987) describe algunas peculiaridades de las figuras parentales y sustitutivas del obeso, así como sus pautas interaccionales, mayormente inconscientes. Este autor señala que dentro de estas familia encontramos, por un lado, a una madre generalmente pregenital, dominante y muchas veces obesa, cuyo lema es “come y quedáte quieto!”; y por otro, a un padre que no está o mira para otro lado, que deja a la mamá promover con fuerza la oralidad y el aprisionamiento de la vida genital su hijo. En este sentido, los signos y síntomas clínicos, así como los factores patogénicos de la Obesidad, pueden comprenderse como símbolos de relaciones de objeto precoces, habituales y características con sus padres que se reeditan y perpetúan en sus vínculos

actuales; como si los factores biográficos se expresaran en comportamientos obesígenos y adiposidad, o como si éstos fueran símbolos de aquéllos.

CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El psicoanálisis, como teoría del psiquismo humano basada en la exploración de lo inconsciente, ha abordado el fenómeno de la Obesidad desde diferentes ángulos, revelando la existencia de una multiplicidad de factores psíquicos asociados a la etiología de esta enfermedad. Las primeras investigaciones sobre el tema surgieron en la década del 40' en Estados Unidos con los trabajos de Richardson, Alexander y Bruch; y en Argentina en la década del 50', con las publicaciones de Rascovsky, Garma, Gringberg, Abadi, Cesio, entre otros. Desde entonces hasta hoy, el fenómeno de la Obesidad ha sido estudiado por psicoanalistas destacados como Kestemberg, Marty & M'Uzan, Jeammet, Chiozza y Recalcati.

A partir de los hallazgos encontrados en nuestro estudio, se puede señalar que entre los postulados psicoanalíticos sobre el tema no hay aún concesos claros y generales respecto de la posibilidad de atribuir la Obesidad a un trastorno psíquico o a una dinámica psíquica particular. A pesar de ello, todos los autores psicoanalíticos que hemos citado en este estudio reconocen la existencia de fenómenos psicopatológicos que pueden aumentar la vulnerabilidad a presentar conductas y hábitos que favorecen el desarrollo de esta enfermedad.

De este modo, y en vista de la sistematización de los datos, podemos señalar que de todos los fenómenos psicopatológicos que pueden tener relación con la etiología de la Obesidad, hay dos que serían más prevalentes en este cuadro: los disturbios del comportamiento alimentario y los trastornos de la imagen corporal. Desde la perspectiva de autores como Bruch y Recalcati, estos fenómenos clínicos podrían darse en distintas personalidades y estructuras clínicas, y serían atribuibles a fallas psíquicas originadas en tiempos inaugurales y estructurantes del psiquismo de cada sujeto.

Asimismo, dado que los dos factores mencionados tienen mucho que ver con la interrelación sujeto-familia, en nuestra revisión también hemos considerado relevante incluir a las características psicológicas del grupo familiar como un aspecto importante a considerar en el estudio de la etiología de esta enfermedad.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, a continuación intentaremos discutir y delimitar lo que se nos ha presentado claro y comprensible –además de clínicamente verificable- respecto a los aportes psicoanalíticos sobre factores psíquicos que participan en la etiología de la Obesidad.

Sobre los factores asociados a las conductas alimentarias del obeso.

Como hemos mencionado a lo largo de nuestro estudio, las personas que desarrollan Obesidad se caracterizan por presentar conductas que expresan la existencia de un alto grado de conflicto y dependencia hacia los alimentos. Estas se pueden manifestar a través de diferentes patrones clínicos, que van desde las simples conductas de picoteo e hiperfagias, hasta los atracones compulsivos, los que suelen aparecer con un alto grado de descontrol subjetivo, sin mentalización ni contenido psíquico.

Los intentos clásicos de explicación en psicoanálisis sobre las causas psicológicas de las conductas alimentarias en Obesidad, han puesto acento fundamentalmente en la problemática de la oralidad. Varios de los autores citados en nuestro trabajo han remarcado que las actitudes alimentarias del obeso surgen como consecuencia de una fijación-regresión a la etapa oral (Richardson; 1939; Rascovsky, 1956; Garma, 1952; Grinberg, 1958; Kestemberg, 1971; Marty & M'Uzan, 1974). Estas fijaciones derivarían de experiencias de sobregratificación y/o frustración alimentarias muy tempranas, y empujarían a estos sujetos a volcarse hacia la comida como un modo de respuesta ante situaciones de conflicto. En este sentido, aunque no se ha determinado una dinámica psicológica particular asociada a este tipo de comportamientos, en nuestro estudio se ha indicado que estas regresiones libidinales podrían estar asociadas a conflictos orales tempranos (Fenichel, 1945; Rascovsky; Garma, 1958; Kestemberg, 1971), a problemas posteriores del desarrollo psicosexual (Richardson, 1959; Alperovich, 1987), o relacionadas con algunas fallas en la integración y la diferenciación del Yo (Alexander, 1939; Kreisler, 1973; Marty & M'Uzan, 1974).

Por su parte, los trabajos de Hilde Bruch (1940; 1971) han relacionado la etiología del comportamiento alimentario del obeso con las fallas en el desarrollo emocional y de la adaptación del Yo. Desde el punto de vista de esta autora, los obesos presentarían una

temprana dificultad para identificar sus propias sensaciones, no pudiendo distinguir hambre de saciedad ni hambre de otras emociones que le embargan cotidianamente. Esta alteración sería el resultado de las tempranas insatisfacciones alimentarias y de los disturbios comunicacionales en la relación madre-hijo que impiden un desarrollo adecuado del Yo.

Las fallas en la capacidad de mentalización y la falta de elaboración psíquica también podrían favorecer el desarrollo de la sobrealimentación del obeso. Algunos autores como Marty & M'Uzan (1974) han señalado que la hiperfagia constituye un modo de defensa ante la pobre vida fantasmática que presentan los obesos. Por su parte, Wheeler & Broad (1990) han destacado que la presencia de alexitimia facilitaría la producción de atracones como respuesta a resolver los conflictos no mentalizados.

Otro factor asociado al desarrollo del proceso del comer obeso son los conflictos relacionados al par dependencia-autonomía y las fallas en el sentimiento de identidad. Siguiendo la perspectiva de Jeammet (1985), el obeso al igual que el adicto no logra introducir un tercero que le permita romper la relación de dependencia de la madre, por lo cual termina viviendo cualquier relación de manera fusional, pasiva y dependiente del otro. Consecuencia de ello, el objeto-alimento podría ser utilizado por estos sujetos como "sucedáneo de la madre" que permite tapar los agujeros profundos de la identidad.

Desde la perspectiva de algunos autores lacanianos, el objeto real (la comida) le permite al obeso compensar lo que no ha tenido en el ámbito simbólico, es decir, el don del amor, el signo de la falta del Otro; de ahí la confusión básica que presentan los obesos entre necesidad (alimentaria) y demanda (de amor) (Soria, 2002; Recalcati, 2003). Para los autores este rebajamiento del deseo a la demanda es la operación a la que se entregan estos sujetos, los cuales logran taponear la falta con un objeto pleno: la comida. Se trataría entonces de un goce insuficiente, masturbatorio, autorerótico, conectado directamente al propio sujeto, sin circular por el campo del Otro.

De esta manera, se puede concluir que los disturbios del comportamiento alimentario en el obeso pueden cumplir una función defensiva, de lucha contra diferentes estados afectivos y procesos inconscientes. En este sentido, el desarrollo de estos comportamientos en el obeso podría estar determinado por distintos factores psicológicos que dependen de la historia evolutiva de cada sujeto. En algunos casos estas conductas

pueden surgir de la pugna o del conflicto entre las diferentes instancias psíquicas y en otros, como resultado de un desarrollo deficitario del aparato psíquico. De cualquier modo, parece que el desarrollo de este tipo de alteraciones está fuertemente determinado por la participación de factores ambientales.

Sobre los factores asociados a la imagen y el esquema corporal del obeso.

En psicoanálisis, el concepto de imagen corporal hace referencia a la representación mental consciente e inconsciente del propio cuerpo, junto con las actitudes, los sentimientos, fantasías y conflictos asociados a ella. En el campo de la Obesidad, Mendelson, Bruch, Zukerfeld y otros autores han jerarquizado su estudio, ubicando a este tipo de trastornos en el centro de la etiología de esta enfermedad.

En relación al tema, un primer aspecto determinante para el desarrollo de este tipo de trastorno, guarda relación con la temprana represión genital que deriva de la limitación de las experiencias de movimiento durante la infancia y la adolescencia. Mendelson (1961) ha destacado que un ambiente de excesiva sobreprotección durante la infancia puede provocar defectos en la constitución del cuerpo libidinal, limitando el desarrollo adecuado del sistema psicomotor, de la expresión de los impulsos agresivos y de la posibilidad del Yo para representar correctamente el esquema corporal. Por su parte, Chirico & Stunkard (1972) han destacado la importancia del medio ambiental en la transmisión de miedos e inseguridades inconscientes que limitan la actividad corporal del sujeto, favoreciendo la tendencia hacia la pasividad y la evitación del contacto social.

Otro elemento importante son los defectos en el desarrollo emocional y la dificultad para diferenciar los estados corporales. Desde el punto de vista de Bruch (1940; 1971), la temprana exclusión de las necesidades corporales que sufre el obeso en el vínculo madre-hijo, determinan la dificultad que presenta el Yo de estos sujetos para diferenciar los estados corporales (pasividad-movimiento, hambre-saciedad, calor-frío) de las necesidades emocionales (tristeza, alegría, ira, etc). Asimismo, algunos autores en el campo de la psicósomática han utilizado el concepto de “sobreadaptación” de Liberman para destacar las fallas en *self* que presentan estos sujetos y que favorecen la tendencia

a adaptarse a las necesidades externas en detrimento de las propias necesidades corporales y emocionales (Duran et. al, 2002).

Un último aspecto relevante para el desarrollo de estos disturbios, tendría relación con las diferentes fantasías, significados y conflictos inconscientes que motivan el desarrollo del cuerpo obeso. Algunos miembros de la Escuela Argentina de Psicoanálisis han sistematizado diferentes fantasías y motivaciones relacionadas al deseo de “ser gordo”, en donde el desarrollo de la Obesidad cumpliría una función defensiva contra las agresiones externas y también como un medio para la resolución de conflictos intrapsíquicos (Abadi, 1955; De la Balze, 1969). Además, autores como Recalcati (2003) han destacado cómo el uso subjetivo del cuerpo gordo puede constituir una modalidad de interrogación del deseo del Otro.

En resumen, se puede concluir que los trastornos de la imagen y el esquema corporal constituyen una problemática importante de considerar a la hora de intentar comprender y abordar la etiología de la Obesidad, dado que su presencia sistemática puede conducir al desarrollo de comportamientos obesogénicos, como la pasividad, el sedentarismo y la falta de actitudes de cuidado para evitar el desarrollo de la Obesidad. Entre las formas clínicas que se pueden expresar estos disturbios se destaca: la dificultad para percibir conscientemente las dimensiones corporales, las fallas preconscientes que dificultan la capacidad de discriminar lo externo de lo interno en relación con los diversos estados corporales y emocionales, así como los diferentes conflictos, motivaciones y fantasías inconscientes asociadas al propio cuerpo.

Sobre la influencia del medio familiar del obeso.

En nuestro estudio se ha podido reconocer que el obeso, independientemente de la etiología de su enfermedad, influye y es influido por la situación familiar. Por lo tanto, los diferentes deseos y conflictos de los miembros del grupo familiar pueden intervenir sobre las actitudes conscientes e inconscientes que el obeso tiene hacia su cuerpo y los alimentos.

Las descripciones psicoanalíticas clásicamente hablan de una tradicional constelación de madre dominante y padre débil y/o ausente (Bruch, 1952; Rascovsky, 1956; Zukerfeld, 1970; Chirico & Stunkard, 1972; Alperovich, 1987)). Según Zukerfeld, las dinámicas grupales de estas familias girarían alrededor del par protección-autonomía inclinándose comúnmente hacia la protección y el sometimiento, aunque en algunos casos también se han observado situaciones de abandono o falta de atención adecuada (*Ibid*, 1970). Alperovich (1987) ha señalado que estas primeras interacciones del obeso tienden a perpetuarse en las relaciones adultas, en las cuales se recrean pautas vinculares similares a las de la familia de origen.

En relación a la madre del obeso, la mayoría de los autores hacen referencia a una mujer sobreprotectora, pregenital y dominante, la cual promueve fuertemente la fijación oral y el encierro endogámico (Rascovsky, 1956; Chirico & Stunkard, 1972; *Ibid*, 1987). Según Bruch (1952; 1971), estas mujeres suelen establecer un vínculo simbiótico con su hijo, al que tratan como una posesión narcisista y protegen con la finalidad de compensar y aliviar de forma inconsciente la frustración y la culpa que verdaderamente las abrumba. También, producto de su falta de empatía, suelen incitar tempranamente a sus hijos a resolver cualquier frustración comiendo, mientras que simultáneamente los limita en la deambulación y en la actividad psicomotriz (*Ibid*, 1971).

Por su parte, el padre del obeso ha sido descrito como un padre débil, el cual no logra establecer de forma efectiva los límites separatorios en la relación madre-hijo (*Ibid*, 1971). Algunos reportes clínicos muestran que existe un largo período en que el padre del obeso, por diversos motivos, no comparte la vida de su hijo, favoreciendo así la carga de afecto excesiva que presenta la madre sobre su hijo (Rascovsky, 1956; Chirico & Stunkard, 1972). En los casos que se encuentra presente en términos físicos, en términos emocionales no cumple adecuadamente su rol como esposo, no pudiendo liberar a su hijo de la sobreprotección materna (Alperovich, 1987).

Además de las características psicológicas propias de los padres del obeso, es preciso también tener en cuenta la influencia que ejercen las motivaciones y los conflictos de todos los miembros del grupo familiar. De la Balze et. al (1970) han sistematizado algunas motivaciones inconscientes que llevan a los participantes del grupo familiar a favorecer el desarrollo de la Obesidad. Entre estas motivaciones se destacaría la

identificación de la Obesidad como símbolo de salud, el deseo de poseer una esposa gorda que simboliza a la madre, el deseo de evitar el conflicto de tener una madre atractiva, entre otros. Estos y otros deseos característicos de cada grupo familiar pueden no solamente favorecer la aparición de la Obesidad, sino también intervenir sobre las curas de adelgazamiento, reaccionando ante la enfermedad, combatiéndola y tolerándola.

Otro aspecto importante a tener en cuenta respecto a la familia del obeso, tiene relación con la posibilidad de identificar si la influencia familiar deriva de una patología de grupo, o si interviene simplemente a través de la transmisión de hábitos alimentarios incorrectos. Zukerfeld (1970) ha planteado la necesidad de diferenciar entre la influencia de un tipo de “familia obesogénica” de otra “familia obesa”. Según el autor, en el primer tipo familiar se presentarían la mayoría de las características descritas hasta aquí e implicaría una patología del grupo familiar; en cambio, en el segundo tipo familiar, generalmente encontramos una fuerte base constitucional –la mayoría de sus integrantes son obesos- y pautas alimentarias sólidamente arraigadas.

De este modo, se puede concluir que el desarrollo de la Obesidad tiene mucha relación con el contexto familiar en el cual se desarrolla el sujeto. La expresión de deseos y conflictos inconscientes no resueltos en el seno de la familia pueden influir de manera importante el desarrollo de comportamientos alimentarios y de movimiento que favorecen la aparición de esta enfermedad.

Consideraciones finales.

El capítulo de la etiología es importante en la mayoría de las enfermedades para comprender los mecanismos de su desarrollo, tratamiento y profilaxis. En el caso de la Obesidad, este problema es difícil de abordar, dado que existen factores genéticos, ambientales, sociales y psicológicos que interactúan para aumentar o disminuir el riesgo de una persona a convertirse obesa.

En relación a los factores psicológicos, pensamos que pueden tener mucha importancia en cuanto a la génesis de la enfermedad, a su mantenimiento y como sintomatología agregada en el curso del cuadro, sin embargo, al no existir una alteración

única, estos factores deben ser evaluados en cada paciente de forma individual, teniendo en cuenta la singularidad y la subjetividad puesta en cada caso.

El psicoanálisis ha aportado hipótesis y modelos que permiten comprender el fenómeno de la Obesidad desde una mirada abarcativa, dando cuenta que detrás de cada hábito alimentario y de movimiento, existen numerosos eslabones inconscientes contruidos a través de los años, muchos de ellos asociados a experiencias afectivas muy intensas.

En este sentido, pensamos que las aportaciones revisadas en nuestro estudio pueden ayudar a ampliar el campo de aplicación del psicoanálisis a los pacientes aquejados de Obesidad, dado que permiten pensar psicopatológicamente esta enfermedad e intervenir con estrategias terapéuticas oportunas sobre manifestaciones de difícil acceso a la palabra.

También pensamos que estos aportes pueden ayudar al médico o al profesional de salud, dado que el paciente al consultar, al relatar la historia de su enfermedad, al pagar los honorarios, etc., suele hacer comentarios y tener conductas que para el médico son irrelevantes pero que muchas veces ponen riesgo la continuidad del tratamiento y también la vida del sujeto. Por lo tanto, el conocimiento que tenga el profesional respecto a los factores inconscientes asociados a la Obesidad, le permitirá comprender y aprovechar estas situaciones para encauzar el tratamiento hacia nuevos y mejores caminos.

Finalmente, creemos que a pesar que para el éxito de cualquier forma de tratamiento de la Obesidad resulta relevante tener conocimientos sobre los aspectos psicológicos de la conducta alimentaria, de la imagen corporal y de las dinámicas familiares del obeso, también es importante tener en cuenta que estos conocimientos sólo tienen valor clínico cuando se aborda el fenómeno desde una mirada interdisciplinaria e integral, ya que ninguna fijación oral favorece por sí misma la ganancia de peso, así como ningún tipo de alteración corporal emerge sin que exista una movilización del mundo arcaico del sujeto.

BIBLIOGRAFÍA.

Abadi, Mauricio. (1955). Nota acerca de algunos mecanismos en la psicogénesis de la obesidad. *Revista de Psicoanálisis*, Ed. Asociación Psicoanalítica Argentina, Volumen 13, Nº 3, 1956, 296-303.

Abraham, Karl. (1916). *La primera etapa pregenital de la libido*. En *Psicoanálisis Clínico*, Ed. Hormé, Buenos Aires, Argentina, 1959.

Abraham, Karl. (1924). *Un breve estudio de la evolución de la libido considerada a la luz de los trastornos mentales*. En *Psicoanálisis Clínico*, Ed. Hormé, Buenos Aires, Argentina, 1959.

Abraham, Suzanne. Llewelly-Jone, Derek. (1995). La Obesidad. En *Anorexia y bulimia: desórdenes alimentarios*. Ed. Alianza, Buenos Aires, Argentina, 147-208.

Alexander, Franz. (1939). The influence of Psychologic Factors Upon Gastro-intestinal Disturbances: A Symposium I, General Principles, Objectives, and Preliminary Results. *Psychoanalytic Quartely*, 3, 501-539.

Alperovich, Jorge (1987). Génesis y perpetuación de la obesidad o ¡Comé y quedáte quieto! *Revista de Psicoanálisis*, Ed. Asociación Psicoanalítica Argentina, Volumen 45, Nº5, 1988, 1027-1036.

Arenales-Loli, Maria Salete. Da mesa farta da cirurgia –refleoes quanto ao preparo emocional com foco na cirurgia da obesidade. Ed. Vetor, Sao Paulo, Brasil, 2007

Arenales-Loli, María Salete. (2009). Foco del proceso de preparación prequirúrgica para cirugía de la Obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, Vol. XI, Nº 379, 1-12.

Bekei, Marta. (1984). Obesidad. En: *Trastornos psicosomáticos en la niñez y la adolescencia*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina, 1984, 185-198.

Bergler, Edmund. (1959). Veintisiete cuadros clínicos de regresión oral. En: *La neurosis básica: la regresión oral y el masoquismo*. Ed. Hormé, Buenos Aires, Argentina, 169-340.

Braet, Caroline. (2005). Psychological profile to become and to stay obese. *International Journal of Obesity*, 2005, 29, 19-23.

Braguinsky, Jorge (2009). ¿Es la Obesidad un trastorno de la conducta alimentaria? *Revista Actualidad Psicológica*, Vol. XI, Nº 379, 1-12.

Brosin, Henry. (1953). The psychology of overeating. *New England Journal of Medicine*, Vol. 248, Nº53, 1953.

Bruch, Hilde (1971). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and The person within*. Ed. Routledge & Kegan Paul, London, England, 1974.

- Bruch, Hilde. & Touraine, Grace. (1952). Obesity in Childhood: The Family Frame of Obese Children. *Psychosomatic Medicine*, N° 2, 1952, 141-206.
- Bruch, Hilde. (1940). Obesity in Childhood: Physiologic and Psychologic Aspects of the Food Intake of Obese Children. *American Journal of Disease of Children*, 59, 739-781.
- Bruch, Hilde. (1962). Disturbed communication in eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 33, Enero 1963, 99-104.
- Buchanan, Joseph. (1973). Five year psychoanalytic study of obesity. *The American Journal of Psychoanalysis*, Vol. 33, N°1, 30-38.
- Bychowski, Gustav. (1950). On neurotic obesity. *Psychoanalytic Review*, Vol. 37, 301-319.
- Caparrós, Nicolás. (1997). La anorexia. Una locura del cuerpo. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, España.
- Caparrós, Nicolás. (2008). El proceso psicossomático: El ser humano en el paradigma de la complejidad. Ed. Biblioteca Nueva. ,Madrid, España, 2008.
- Castelnuovo-Tedesco, Pietro. Riesen, Stephen E. (1988). Compulsive eating: obesity and related phenoma. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Vol. 36, No.1, 1988, 163-171.
- Cesio, Fidas (1957). Un caso de Obesidad. *Revista de Psicoanálisis*, Ed. Asociación Psicoanalítica Argentina, Volumen 18, N°3, 1958, 123-142.
- Chandler, Eduardo. Rovira, Eduardo. (2002). Obesidad: aspectos etiológicos, psicopatológicos y sociales. *Actualidad Psicológica*, Año XXVI, N° 298, 19-22.
- Chiozza, Luis. (1997 [1996]). Las fantasías adiposas en la obesidad, en: *Del afecto a la afección*, Ed. Alianza, Buenos Aires, Argentina, 1997.
- Chirico, Annie-Marie. & Stunkard, Albert. (1972). Physical Activity and Human Obesity. *New England Journal of Medicine*. N° 263, Noviembre 1972, 935-940.
- Cormillot, Alberto. Fuchs, Analía. (2002). Obesidad y dismorfofilia: otro punto de vista sobre una enfermedad crónica. *Revista Actualidad Psicológica*, Vol. XI, N° 300, 1-12.
- Dane, Ernest. Prugh, Mary. (1961). Some psychology considerations concerned with the problem of overnutrition. *American Journal Clinical of Nutrition*, Vol. 9, p. 38, 1961.
- De Ajuriaguerra, Julian. (1973). La esfera oralimenticia (su organización y alteraciones). En *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson, Barcelona, España, 179-212.
- De la Balze, Fernando. Garcia Reinoso, Diego. Tallaferro, Alberto. (1969). *Dificultades psicológicas que perturban las curas de adelgazamiento*. D. Liberman et. al (Eds.). *Psicología del obeso: las conclusiones de la escuela psicoanalítica de argentina*, Ed. Rodolfo Alonso, Buenos Aires, Argentina, 1971.

De Mijolla, Alain (2007). Diccionario Internacional de Psicoanálisis. Ed. Akal, Madrid, España, 2007.

Dorris, Richard. & Stunkard, Albert. (1959). Physical activity: performance and attitudes of a group of obese women. *The American journal of medicine sciences*, 233, Junio 1959, 622-628.

Durán, Ricardo. Cantis, José. Roitman, Claudia. (2002). El mito del self made man y la función realista de los sueños en pacientes con trastornos alimentarios. *Actualidad Psicológica*, Año XXVI, N° 298, 5-8

Facchini, Mónica. (2002). Vicisitudes en la imagen corporal en la Obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, Vol. XI, N° 300, 1-12.

Feiner, Albert. (1954). A study of certain aspects of the perception of parental figures and sexual identifications of an obese adolescent female group. *American Journal of Digestive Diseases*, N° 232, Octubre 1954, 298-323.

Fenichel, Otto. (1945). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1966.

Ferenczi, Sándor. (1924). *Thálassa: Una teoría de la genitalidad*. Ed. Letra Viva, Buenos Aires, Buenos Aires, 1983.

Freud, Anna. (1936). *El Yo y los mecanismos de defensa*. Ed. Paidós Ibérica, Barcelona, España, 1997.

Freud, Sigmund. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Obras Completas, Tomo VII. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1976.

Freud, Sigmund. (1917 [1915]). *Duelo y Melancolía*. Obras Completas, Tomo XIV. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1976.

García Vega, Horacio. (1956). Conflictos emocionales y regresión oral digestiva en una obesidad neurótica. En Liberman et al. *Psicología del Obeso*. Ed. R. Alonso, Ed. Buenos Aires, Argentina, 43-52.

Garma, Ángel. (1952). *El psicoanálisis de los obesos*. El Psicoanálisis: Teoría, clínica y técnica, Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1962.

Garma, Angel. (1968). El desplazamiento de la enfermedad psicósomática; de obesidad a jaqueca, a úlcera gástrica y a infarto de miocardio en un homosexual manifiesto. *Revista de Psicoanálisis*, Vol. 26, N°1, 39-66.

Glucksman, Myron. Hirsch, Jules. (1975). The response of obese patients to weight reduction: A clinical evaluation of behaviour. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 30, N°1, 1971, págs. 1-11.

Grinberg, León. (1958). *La negación en el comer compulsivo y en la obesidad*. Psicoanálisis: Aspectos teóricos y clínicos, Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1981.

Hamburguer, Walter. (1951). Emotional aspects of obesity. *Journal Medical Clinics of North America*, 35, Marzo 1951, 483-492.

Hartmann, Heinz. (1939). *Psicología del yo y el problema de la adaptación*. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1987.

Jeammet, Phillipe. (1985). Psychopathologie des troubles des conduits alimentaires à l'adolescence, *Confront. Psychiatr.*, 31, 199-202.

Kestemberg, Evelyne., Kestemberg, Jean., Decobert, Simone. (1972). *El hambre y el cuerpo*. Ed. Espasa-Calpe, Madrid, España, 1976.

Kreisler, León. (1973). Abord psychologique de l'enfant obèse. Enseignement post-universitaire de l'hôpital Bretonneau". En *Pédiatrie de l'Omnipraticien*. Vol. 15. 1973, 43-54.

Liberman, David. (1955). Humorismo en la transferencia e instinto de muerte en un paciente obeso. *Revista de Psicoanálisis*, Vol. 14, N°3, 1957, 292-306.

Liberman, David. (1982). *Del cuerpo al símbolo*. Ed. Ananké, Santiago, Chile, 1993.

Lolas Stepke, Fernando. (1992). Obesidad y conducta alimentaria: Aspectos diagnósticos y psicométricos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina*. Ed. Fundación Acta, Vol. 38, N° 2, 113-118.

Losinno, Horacio. (2009). Análisis sistemático con el método de la intersubjetividad en el relato. *Revista Actualidad Psicológica*, Vol. XI, N° 379, 1-12.

Magraner Gil, Bernardo. (2002). Sobre el fracaso del procesamiento anímico en el comer compulsivo y en la Obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, Vol. XI, N° 300, 1-12.

Martins, Cyro. (1956). Aidez y repetición. *Revista de Psicoanálisis*. Vol. 13, N°2, 1956, 136-151.

Marty, Pierre. M'Uzan, Michel. (1974). *Los movimientos individuales de vida y de muerte*, Ed. Toray, Barcelona, España, 1984.

McDougall, Joyce. (1982). *Teatros de la mente*. Ed. Julián Yébenes, Madrid, España, 1987.

Mendelson, Myer. (1961). Obesity and the body image: Characteristics of disturbances in the body image of some obese persons. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 38, 1296-1300.

Meza Peña, Cecilia. Moral, José. (2011). Obesidad: una aproximación desde la psicología psicoanalítica. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, N°37, 2011.

Mushatt, Cecile. (1982). Anorexia nervosa: A psychoanalytic commentary. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9 (1), 257-265.

Odgen, Jane. (2005) *Psicología de la alimentación*. Ed. Morata, Madrid, España.

- Onofrio, Graciela. (2009). La obesidad: un síntoma que no habla. *Revista Actualidad Psicológica*, Vol. XI, Nº 379, 1-12.
- Orbach, Susie. (2009). *La tiranía del culto al cuerpo*. Ed. Paidós Ibérica, Madrid, España, 2010.
- Pujol Sanso, Tomás. (1983). Psicopsicología de la alimentación: su incidencia en la obesidad común: Hacia una perspectiva multifactorial. *Estudios de Psicología*, Nº14-15, 1983, 139-150.
- Rand, Carl. Stunkard, Albert. (1978). Obesity and psychoanalysis. *American Journal of Psychiatry*, Nº135, Vol. 5, 547-555.
- Rascovsky Arnaldo, Wencelblat, Matilde. y Schlossberg, Teodoro. (1956). Estructura psíquica básica del obeso, *Revista de Psicoanálisis*, Ed. Asociación Psicoanalítica Argentina, Volumen 8, Nº 2, pag.141-149,1956.
- Rascovsky, Arnaldo (1952). *Estudio psicossomático del síndrome adiposo-genital*. Patología psicossomática. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1950.
- Recalcati, Massimo. (2003). El demasiado lleno de la Obesidad, en: *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias y psicosis*. Ed. Síntesis, Madrid, España, 2004.
- Richardson, Henry. (1939). Obesity as a manifestation of neurosis. *Journal Medical Clinics of North America*, 30, 1187-1202.
- Roitman, Clara Rosa. (1986). Adolescencia, obesidad y femeneidad: una aproximación metapsicológica. *Revista Actualidad Psicológica*, Vol. XI, Nº 124, 1-12.
- Roth, Geene. (1999). Cuando la comida sustituye el amor. Ed. Urano, Madrid, España.
- Rubin, Gabrielle. (1997). *Canibalisme psychique et obésité*. Ed. Delachaux et Niestlé, París, Francia, 1997.
- Rubin, Theodore (1967). Psychodynamics of obesity. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 6, Junio 1968, 103-115.
- Sakalik de Montagua, Nélica. (1981). Determinantes intrapsíquicos e intersubjetivos de una obesidad y enuresis infantil. *Revista de Psicoanálisis*. Vol.38, No.5, 1981, 941-971.
- Sanahuja, Almudena. Cuynet, Patrice. (2011). L'obésité, une transmission transgénérationnelle. *Revue Champ psy*, Nº60, 80-93.
- Sauane, Susana (2012) *Perspectivas en psicossomática*. Ed. Universidad de Buenos Aires.
- Savitt, Robert. (1966). Estudios psicoanalíticos sobre adicción: La estructura del Yo en la adicción a la comida. *Revista de Psicología*. Vol. 23, 1966, 630-641.
- Schick, Alfred. (1947). Psychosomatic Aspects of Obesity. *Psychoanalytic Review*, 34,173-183.

Schlossberg, Norberto. (1966). Manía y Obesidad. En Psicoanálisis de la manía y la psicopatía. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 184-191.

Schilder, Paul. (1950). *Imagen y apariencia del cuerpo humano: Estudios sobre las energías constructivas de la psique*. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1959.

Simon, Robert. (1963). Obesity as a depressive equivalent. *Journal American Medical Association*. Vol. 183, Nº3, 1963, 208-215.

Slochower, Joyce. (1987). The psychodynamics of Obesity: A review. *Psychoanalytic Psychology*, Vol. 4 (2), 1987, 146-159.

Soria, Nieves. (2002). El refugio en el cuerpo. *Actualidad Psicológica*, Año XXVI, Nº 298, 11-15.

Soria, Nieves. (2002). El refugio en el cuerpo. *Revista Actualidad Psicológica*, Vol. XI, Nº 300, 1-12.

Strada, María Ester. Panzitta, María Teresa. (2009). Un nuevo posicionamiento teórico frente a las obesidades. *Revista Actualidad Psicológica*, Vol. XI, Nº 379, 1-12.

Suczek, Robert (1957). The personality of obese women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 5, Nº2, Junio 1957, 197-230.

Szyaniak, Adriana. (1995). ¿Cuánto pesa una madre?: un caso de obesidad. En Clínica de Borde. Ed. Convocatoria Clínica Ediciones, Buenos Aires, Argentina, p.97-106.

Weil, Jorge. (1957). Psicoanálisis de una obesa con perversiones sexuales. En *Revista de Psicoanálisis*. Vol. 14, Noº4, 1957, 389-400.

Weiss, Edoardo. Spurgeon, English. (1949). Sistema endocrino y metabolismo. En *Medicina Psicosomática: aplicaciones clínicas de la psicopatología a la medicina integral*. Ed. López & Etchegoyen, Buenos Aires, Argentina, 239-333.

Wheeler, Kathleen. Broad, Robert. (1990). Alexithymia and overeating. *Perspectives in Psychiatric Care*, 30, 1990, 7-10.

Winnicott, Donald W. (1936). *Apetito y trastorno emocional*. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis, Ed. Paidós Ibérica, Barcelona, España, 1999.

Winnicott, Donald W. (1945). *Desarrollo emocional primitivo*. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis, Ed. Paidós Ibérica, Barcelona, España, 1999.

Winnicott, Donald W. (1953 [1951]). *Objetos y fenómenos transicionales*. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis, Ed. Paidós Ibérica, Barcelona, España, 1999.

Wulff, Mosche. (1932). *Ueber einen interessanten oralcn Symptomenkomplex und seine Beziehung zur Sucht*, Z. XVIII, 1932.

Zukerfeld, Rubén. (1970). *La familia del niño y del adolescente obeso*, en: *Psicoterapia en la Obesidad*. Ed. Letra Viva, Buenos Aires, Argentina, 1978.

Zukerfeld, Rubén. (1975). *Obesidad y Esquizofrenia*. Comunicación en el Congreso Paramericano de Medicina Psicosomática. Buenos Aires, Enero 1975.

Zukerfeld, Rubén. (1977). *Obesidad e imagen corporal*, en: *Psicoterapia en la Obesidad*. Ed. Letra Viva, Buenos Aires, Argentina, 1978.