

Sobre las dificultades de pacientes en tratamiento para el control de peso en Campeche, México. Algunas consideraciones desde el psicoanálisis

María de los Milagros Morales¹, Guadalupe del Carmen Alvarez²
y Raquel Ribeiro³

¹*Universidad Autónoma del Carmen, México*

²*El Colegio de la Frontera Sur, México*

³*Universidad Autónoma de Querétaro, México*


Esta contribución tiene por objetivo mostrar las dificultades de pacientes cuyo tratamiento, por padecimientos crónicos y degenerativos, implica el control de peso. Metodología: investigación cualitativa, orientada por el psicoanálisis. Se realizaron entrevistas en profundidad. Los datos se analizaron mediante análisis de contenido. Resultados: Las dificultades de los pacientes tienen tres dimensiones: a) socioestructural-institucional; b) vínculo terapéutico y c) correlato psíquico-pulsional. Conclusiones: Los pacientes sitúan la principal dificultad en la falta de servicios institucionales y en el vínculo terapéutico; el correlato psíquico en sus contrariedades para el control de peso no lo reconocen, tampoco advierten su responsabilidad en el tratamiento y en su propio cuidado. Las fallas institucionales limitan los alcances del tratamiento y contribuyen a la cronificación del malestar.


Palabras clave: dificultades en el tratamiento para el control de peso, carencias institucionales, fallas en el vínculo terapéutico, implicaciones psíquicas, psicoanálisis

Challenges of a weight control treatment in Campeche, Mexico. Some considerations from psychoanalysis

This contribution aims at showing the challenges faced by patients whose treatment for chronic and degenerative diseases implies weight control. Under a qualitative research approach, guided by psychoanalysis, in-depth interviews were conducted and data analyzed through content analysis. Results seem to indicate that the patients' challenges have three dimensions: a) a socio-structurally institutional one, b) the therapeutic bond, and c) a psychic-drive correlate. It was concluded that patients attribute their main difficulties to the lack of institutional services and to the therapeutic bond; they do not acknowledge the inconsistencies in weight control within their psychic correlate, nor take responsibility for

María de los Milagros Morales  <https://orcid.org/0000-0003-2276-0900>

Guadalupe del Carmen Alvarez  <https://orcid.org/0000-0002-9543-7920>

Raquel Ribeiro  <https://orcid.org/0000-0002-5682-8523>

Toda correspondencia acerca de este artículo debe ser dirigido a la Dra. María de los Milagros Morales. Av. Central, s/n. Mundo maya. C.P. 24153. Ciudad del Carmen, Campeche, México. Email: jaymil8202@hotmail.com



their treatment or self-care. Moreover, institutional shortcomings limit the treatment reach and contribute to the problem chronification.

Keywords: Difficulties in weight control treatment, institutional shortcomings, therapeutic bond failure, psychic implications, psychoanalysis

Sobre as dificuldades dos pacientes em tratamento para controle do peso em Campeche, México. Algumas condições a partir da psicanálise

O objetivo desta contribuição é mostrar as dificuldades dos pacientes cujo tratamento de condições crônicas e degenerativas, envolve o controle do peso. Metodologia: pesquisa qualitativa, orientada pela psicanálise. Foram realizadas entrevistas em profundidade. Os dados foram ponderados por meio da análise de conteúdo. Resultados: As dificuldades dos pacientes apresentam três dimensões: a) socioestrutural-institucional; b) vínculo terapêutico e c) correlação psico-pulsional. Conclusões: Os pacientes colocam a principal dificuldade na ausência de serviços institucionais e no vínculo terapêutico; não reconhecem a correlação psicanalítica em suas dificuldades com o controle do peso, assim como não percebem sua responsabilidade no tratamento e no próprio cuidado. As falhas institucionais limitam a finalidade do tratamento e contribuem para a cronificação do padecimento.

Palavras-chave: Dificuldades no tratamento de controle de peso, deficiências institucionais, falhas no vínculo terapêutico, implicações psíquicas, psicanálise

Réflexions psychanalytiques sur les difficultés de patients de l'état de Campeche au Mexique, à la gestion du contrôle du poids

L'objectif de cette étude: montrer les difficultés rencontrées par les patients atteints de maladies chroniques et dégénératives dont le traitement implique la gestion du contrôle du poids. Méthodologie: recherche qualitative d'orientation psychanalytique, des entretiens en profondeur ont été menés, les données ont été soumises à une analyse de contenu. Résultats: les difficultés se rencontrent dans: la politique socio-structurelle, le lien thérapeutique, la corrélation psychique pulsionnelle. Conclusions: les patients se heurtent à un manque de service publics et à des difficultés à la mise en place d'une alliance thérapeutique. Ils ne mentionnent ni leurs contrariétés liées au contrôle du poids ni leur responsabilité. Les failles institutionnelles limitent la réussite des traitements et le bien être des patients.

Mots-clés: difficultés du patient dans le suivi du traitement à la gestion du contrôle du poids, failles institutionnelles, failles dans la relation thérapeutique, impacts psychiques, psychanalyse

El incremento de sobrepeso y obesidad en el mundo ha tomado dimensiones epidemiológicas, señala la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), reconoce que casi se ha triplicado desde hace poco más de 45 años. Por su parte, Recalcati (2003) plantea que los altos índices de exceso de peso en la población muestran la propensión hacia un estado de obesidad generalizada como característica de la época, signada por la desmesura.

En México, desde 1998 la Secretaría de Salud (2021) aludió al exceso de peso como un problema de salud cuya magnitud y trascendencia demandaba atención integral. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2018 (Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019), el exceso de peso se ha acentuado en todos los grupos de edad: la mayoría de adultos en el país presenta esta condición, el 75.2%, así como el 38.4% de adolescentes y el 35.6% de niños; porcentajes problemáticos dada la estrecha asociación entre obesidad y padecimientos crónico degenerativos como la diabetes, hipertensión e hipercolestemia, así como por su índice de mortalidad en el país, en el que las enfermedades cardiovasculares y la diabetes se encuentran entre las dos principales causas de muerte, como subraya el Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO, 2018).

La evidencia más reciente del aspecto inquietante de la obesidad lo muestra la correlación entre enfermedades crónicas no transmisibles y el COVID-19, de acuerdo con los datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (2020), en México la obesidad constituye una las comorbilidades más asociadas a COVID-19, a nivel nacional estuvo entre los primeros lugares, en un 20.35% de los contagios, luego de la hipertensión. En el 2021 Campeche ocupó el primer lugar en obesidad en México, con una frecuencia del 14% y la hipertensión incrementó al 16.1% de la población mayor de 20 años

de edad. Así mismo, se registró un alza en las mediciones elevadas de colesterol y triglicéridos del 13% en 2012 a 19.5% en 2018.

En suma, el aspecto preocupante del exceso de peso está demarcado tanto por el deterioro que puede ocasionar a la salud, si no de manera súbita, sí paulatinamente, especialmente la obesidad, dadas las agudas complicaciones de índole personal –tanto físicas como psicosociales- que conlleva, así como por las repercusiones que ocasiona a nivel macroestructural, como señala el IMCO (2018), dado su impacto en la economía y en el desarrollo del país; es importante atender el exceso de peso tanto en el plano de la prevención como del tratamiento, especialmente bajo la forma de la obesidad, a fin de controlar no solo su incidencia, derivada de la complejidad que supone en sus distintas dimensiones: social, cultural, política, económica, psicológica, sino las repercusiones que ocasiona su tratamiento cuando se torna ineficaz.

Sobre la concepción del exceso de peso y las propuestas instituidas para atenderlo

La OMS (2024) concibe el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, ocasionada por un desbalance energético entre las calorías consumidas y las gastadas, resultado de la ingesta de una copiosa cantidad de alimentos hipercalóricos, acompañada de una disminución de la actividad física; plantea que a nivel global ha ocurrido una serie de transformaciones en el patrón alimentario tradicional de cada región, efecto de una serie de transiciones ambientales y sociales ante las que prevalece la falta de regulación de políticas públicas que las controlen y a su vez apoyen tanto a los sectores afectados como a los implicados en ellas, así, la OMS reconoce el componente socioestructural como un elemento que ha favorecido la prevalencia crítica del exceso de peso en la población.

En consonancia con lo anterior, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016) admite la complejidad que supone el incremento del exceso de peso a nivel mundial, particularmente la obesidad infantil, precisa que no hay una intervención que por sí misma pueda

resolver la magnitud del problema, señala que es fundamental un abordaje multisectorial, así como la articulación de propuestas intersectoriales e integrales para su prevención y tratamiento en aras de lograr alcances efectivos en su atención; advierte que el sector salud por sí solo no puede resolver el problema que entraña.

Por su parte, la Academia Nacional de Medicina plantea que la obesidad constituye una enfermedad que puede agravarse, formulan Rivera et al. (2018), reconocen su origen multicausal en el que, aunque intervienen factores de índole ambiental, genética, social y económica, consideran que tienen mayor incidencia los estilos de vida y de alimentación actuales; su causa inmediata la asocian a una elevada ingestión y bajo gasto de energía, entre los factores que la favorecen se incluyen procesos biológicos y psicológicos, por lo cual, para su prevención y tratamiento “... es necesario entender y actualizar el conocimiento científico sobre las motivaciones biológicas, socioculturales y psicológicas para comer y beber y su ecuación de equilibrio con la actividad física” (Rivera et al., 2018, p. 13). En esa medida, consideran el componente psicológico como una de las aristas a investigar en la obesidad, a fin de avanzar en su comprensión y atención, subrayan que en su atención es necesario considerar tanto el plano socioestructural, como el poblacional e individual, orientación bajo la cual es fundamental la participación coordinada del Estado, con un abordaje transectorial y multidisciplinar.

En México se reconoce formalmente la importancia del abordaje intersectorial para contrarrestar la aguda incidencia del exceso de peso, así como su prevención y tratamiento integral. En el campo de la prevención se han implementado varias propuestas orientadas a favorecer su desaceleración, como recuentan Ramírez et al. (2021): PREVENIMS (2002), México está tomando medidas (2004), Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA, 2010), Cinco pasos para tu salud (2010), y la Estrategia Nacional para la prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes (2013). En lo tocante al tratamiento, en el 2018 se publicó la Norma Oficial Mexicana para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, NOM-008-SSA3-2017 (Secretaría de

Salud, 2021) con el propósito de fortalecer las acciones propuestas en la Estrategia Nacional; la norma plantea que tanto el sobrepeso como la obesidad se relacionan con la susceptibilidad genética, con trastornos psicológicos, sociales y metabólicos; propone un tratamiento integral, establece que todas las acciones terapéuticas deben apoyarse en medidas psicoconductuales y nutriólogicas; contempla la valoración y apoyo psicológico para el cambio de hábitos y conductas alimentarias, así como para lograr la adherencia terapéutica, entendida ésta, de acuerdo con la OMS (2004), como “el grado en que el comportamiento de una persona—tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria” (p.3). Así mismo, la Norma contempla la prescripción del tratamiento y manejo de problemas psicológicos, familiares y sociales.

Sobre el fracaso de las propuestas instituidas para el control de peso

Lograr el control del exceso de peso en la población ha resultado complicado, así lo denota su incremento, como señalan Ramírez et al. (2021), prevalece el fracaso en su atención por encima de las propuestas formales para atenderlo, en las que se reconoce la importancia tanto de la colaboración intersectorial, como multidisciplinar. La Academia Nacional de Medicina, a través de Narro (2018), admite que a pesar de que se sabe mucho acerca del sobrepeso y la obesidad, su frecuencia sigue aumentando más allá de tener conciencia de sus implicaciones y dificultades, “[...] es poco lo que se hace en la práctica para combatirla” (p. 3).

Por su parte, autores como Castro (2018), Ramos (2015), así como Málaga (2011), coinciden en reconocer en el vínculo terapéutico un elemento fundamental para lograr la adherencia al tratamiento de cualquier enfermedad crónica no transmisible, cuyas implicaciones se contraponen a la misma adherencia dada la serie de cambios que demanda al paciente, como las modificaciones en sus hábitos de vida, tiende a desistir del tratamiento dada la dificultad para asumirlo.

Sobre la baja adherencia, Castro (2018) precisa que es un fenómeno que se incrementa, incluso en pacientes que precisan un tratamiento largo, lo cual es problemático dado que aumenta la morbilidad y mortalidad. La misma autora plantea la dificultad que supone lograr la adherencia del tratamiento, menciona algunos de los principales factores que la obstaculizan: a) factores socioeconómicos, sostiene que es la dimensión de menor influencia comparada con el resto de obstáculos, b) factores relacionados con el paciente, comprenden su dimensión subjetiva, así como sus respuestas ante su condición de salud, su cuidado y su tratamiento, c) factores asociados con el sistema y el equipo de asistencia sanitaria, se relacionan con la atención institucional, d) factores relacionados con el tratamiento y sus características, tales como: ingesta de medicamentos, cuidados a tener, cambio de hábitos, duración del tratamiento, entre otros; así como e) factores relacionados con la enfermedad, comprenden las características propias de la enfermedad como los síntomas y efectos que produce al paciente.

Respecto a la importancia del vínculo terapéutico en el tratamiento para el control de peso, Torresani et al. (2011) precisan que la eficacia del tratamiento depende de la adherencia, entre mayor sea la percepción de adherencia del paciente, mayor es la pérdida de peso; reconocen la baja adherencia como un aspecto común en el tratamiento para el control de peso, lo cual no permite revertir su incidencia problemática y a su vez, causa insatisfacción al profesional implicado. Así mismo, plantean que son varios los aspectos que pueden favorecerla, entre ellos: la frecuencia de las citas de control, la motivación del equipo responsable del tratamiento, aunado al programa implementado para lograr el control de peso. Reconocen que la adherencia al tratamiento para el control de peso es un amplio campo aún no resuelto en el que los aspectos comportamentales y subjetivos del paciente tienen influencia importante.

En la dificultad para lograr la adherencia al tratamiento para el control de peso, las complicaciones derivadas de los pacientes se tornan uno de los desafíos recurrentes, la situación se agudiza cuando, como

señalan Matus et al. (2016), los mismos pacientes consideran que su peso desmedido no constituye un problema de salud y desestiman su atención, sobre todo bajo la forma en la que propone el equipo médico-nutricional. Hay pacientes en los que la dificultad para apegarse al tratamiento remite a su dimensión subjetiva, manifiesta de variadas maneras en el transcurso del mismo: en algunos se muestra en su poca disposición para seguirlo por los esfuerzos que supone hacerlo, a pesar de mostrarse interesados en perder peso, como lo documenta Bolaños (2016); en otros, la complicación se les presenta aunque puedan contar con las condiciones materiales y sociales para lograrlo, como señalan González et al. (2007), o bien, a pesar de tener la voluntad de seguir las indicaciones médico-nutricionales, así como el conocimiento sobre la importancia de atenderlas, como muestran Romero y Arellano (2020), e incluso, a pesar de su preocupación por su salud y su malestar físico, o aunque puedan experimentar insatisfacción con su peso, como evidencian Hernández et al. (2015), quienes, junto con Matus et al. (2016) y Castro (2018) enfatizan en la importancia de trabajar las dificultades que se presentan en la adherencia al tratamiento de la obesidad y considerar sus implicaciones psicológicas.

Lo anterior muestra que hay pacientes en los que la complicación para apegarse al tratamiento para el control de peso y cuidarse no necesariamente se sostiene en impedimentos materiales ni socioeconómicos, e incluso, puede sobreponerse a su voluntad para seguirlo, así como al conocimiento que tienen sobre la importancia de cuidarse, a pesar del malestar que puedan sentir vinculado a su peso; cuando la dificultad para seguir el tratamiento para el control de peso toma estas características, cuando no se asocia a impedimentos socioeconómicos y escapa al dominio de la razón, de la educación y de la motivación, puede considerarse como proponen Morales y Ribeiro (2020), de correlato psíquico-pulsional, cuyo distintivo lo constituye el sin sentido y su connotación repetitiva e insistente.

Cuando la dificultad para cuidarse se impone, algunas consideraciones desde el psicoanálisis

Morales y Ribeiro (2020) aluden a la importancia de reconocer el correlato psíquico-pulsional como una de las aristas que también puede estar presente en el exceso de peso, especialmente en la obesidad, e incidir en la contrariedad de los pacientes para seguir su tratamiento; este correlato puede ubicarse bajo dos vertientes: por un lado, como una de las causas de su configuración y soporte, sobre todo cuando es efecto de la hiperingesta y se sostiene en ella, por encima de las repercusiones de esa forma de alimentarse. Por otro lado, bajo la forma que toman las contrariedades subjetivas de los pacientes para seguir su tratamiento, cuando no se derivan de la falta de recursos materiales-contextuales y prevalecen por encima de la razón y de la voluntad, tornándose el sin sentido su distintivo; en dificultades así puede suponerse una raigambre de connotación pulsional-inconsciente, no consabida por el paciente, que denota su posicionamiento subjetivo ante su condición de salud vinculada a su cuerpo engrosado y a su manera de hacerle frente al tratamiento, contrariándolo y en esa medida, comprometiéndolo su bienestar.

El sin sentido es uno de los distintivos de las manifestaciones del inconsciente-pulsional, que se muestran a través de actos que trastocan el razonamiento, la voluntad y la conciencia. Freud (1940b [1938], 1975) argumentó que no era posible reducir lo psíquico a lo consciente: "...la condición de consciente no puede ser la esencia de lo psíquico, solo es una cualidad suya, y por añadidura una cualidad inconstante, más a menudo ausente que presente..." (p. 285). Lacan (1964a, 2006) puntualizó que el inconsciente es efecto de la palabra y está estructurado como un lenguaje, constituido por un entramado de significantes que se hilan en función de la historia singular y sus vicisitudes; el inconsciente es efecto de la incidencia del lenguaje en el ser viviente.

Así mismo, Lacan (1964a, 2006) precisó que el inconsciente habla a través de sus manifestaciones, funciona de manera tan elaborada como el consciente, empero, a diferencia de éste, en el registro del lenguaje

sus producciones se presentan bajo la forma del tropiezo, de la falla o de la fisura: “En una frase pronunciada, escrita, algo viene a tropezar” (p. 32), tropiezo producido en el campo del lenguaje que trastoca la lógica razonable de lo manifiesto, tornándose ocasión para, a través de la palabra, profundizar en ello y en esa medida, en los entramados del inconsciente, en sus contenidos, en los que puede entreverse la imbricación significante-pulsional; las manifestaciones del inconsciente contrarían el funcionamiento consciente y razonable.

Los contenidos del inconsciente demandan realización, puntualizó Lacan (1964a, 2006), se muestran como “...una cosa que aparece como intencional, pero con una extraña temporalidad. Lo que se produce en esta hiancia... se presenta como el hallazgo” (p.33). Ese hallazgo, precisa Lacan, también constituye una solución, psíquica, que conlleva satisfacción en tanto se manifiesta, conlleva un acento peculiar que lo aproxima a lo inesperado. Es la discontinuidad “...la forma esencial en que se nos aparece en primer lugar el inconsciente como fenómeno-la discontinuidad en la que algo se manifiesta como vacilación” (p. 33), como una manifestación evanescente que aunque se presenta, tiende a fugarse, pero insiste. Dicho esto, es el sin sentido o la discontinuidad lógica en el campo del lenguaje uno de los distintivos del inconsciente pulsional, así como el tropiezo, la falla o la fisura en lo dicho, la forma que pueden tomar algunas de sus expresiones.

De la pulsión y sus entramados, la repetición y el placer por el placer mismo

Ahora bien, entre el inconsciente y la pulsión hay íntima conexión. Freud (1940a [1938], 1975) reconoció que así como la conciencia constituye una cualidad de lo psíquico y una de sus vías de expresión, el cuerpo también es escenario de la vida anímica, ésta constituye una de las funciones del psiquismo y puede materializarse en el cuerpo, tomarlo como soporte para expresarse; cuando la vida anímica se torna problemática, señala Freud, se trasluce bajo la forma de malestar sentido en el cuerpo que puede tener distintas expresiones, el síntoma psíquico es prueba de ello, en tanto puede ocasionar afecciones al organismo y

a pesar de eso, o paradójicamente, a través de esa vía hay considerable satisfacción pulsional que aunque displacentera, también conlleva una considerable ganancia de placer.

La ensambladura entre el placer y el displacer constituye uno de los rasgos característicos y paradójicos del psiquismo y de sus operaciones: el síntoma así lo evidencia, constituye una expresión psíquica que aunque produce malestar y conlleva detrimento para la vida misma, encierra una ganancia de satisfacción pulsional que lo torna insistente, difícil de conmovier. Sobre la pulsión, Lacan (1964b, 2008) puntualizó que instaura una lógica que no se emparenta con el bien del sujeto, tampoco con la vida; en el ámbito de la pulsión se trata de la satisfacción por la satisfacción misma. Freud (1940a [1938], 1975) sostuvo que la pulsión dota de dinamismo al psiquismo en tanto lo constriñe, de manera apremiante, a la consecución de placer, a través de la demanda de satisfacción, su insatisfacción produce displacer; reconoció en la pulsión una íntima conexión entre el cuerpo y la vida anímica.

Autores contemporáneos del campo del psicoanálisis como Recalcati (2003) y Consenza (2014) plantean, como efecto del trabajo clínico con pacientes con obesidad, que el aspecto pulsional-inconsciente es una de las aristas a considerar en el tratamiento de los cuerpos engrosados. Recalcati (2003) señala que la obesidad en su dimensión aguda devela uno de los aspectos distintivos de la pulsión: su connotación acéfala en aras de la satisfacción, en vías del goce, aunque resulte estragante. Así mismo, puntualiza que hay formas de obesidad, sobre todo las agudas, en las que el sujeto queda al margen del poder simbólico de la palabra de forma tal que denota dificultad para darle lugar a la regulación del cuerpo por la vía de la palabra, así como para poner en palabras lo que lo empuja a la hiperfagia, “La palabra no incide en el cuerpo, sino que queda separada por el cuerpo del mismo modo que, a su vez, el sujeto se percibe paradójicamente como netamente separado de su propio cuerpo” (p. 279), hay casos en los que la palabra no tiene efectos sobre el cuerpo y a su vez el sujeto se vive ajeno a su cuerpo, distinto del que tiene, este rasgo de ajenidad se refuerza por las dificultades que el mismo sujeto experimenta con su cuerpo engrosado

para moverse, para alcanzar determinadas áreas del mismo, para dimensionar su extensión, opera una dificultad en el reconocimiento del cuerpo obeso como propio y lo que se manifiesta es la creencia, no delirante propiamente, ni exclusiva de alguna estructura clínica, de que el cuerpo está escondido o ajeno a la evidencia del cuerpo engrosado, lo cual constituye una evidencia clínica que muestra, señala el mismo Recalcati, que el sujeto no es un cuerpo, sino que lo tiene y que vivir el cuerpo como ajeno, distinto al que se tiene, denota que el cuerpo físico, si bien no se corresponde con el ser del sujeto, se encuentra anudado a él y a su vez puede separarse de él con distintos desenlaces, uno de ellos deriva en la dificultad para cuidarse de acuerdo a la condición de salud del mismo cuerpo, en este caso, dado su engrosamiento.

Metodología

Participantes y procedimiento

El trabajo se deriva del proyecto de investigación “Una exploración diagnóstica sobre las vicisitudes en la atención de los cuerpos desbordados por su peso”, orientado por el psicoanálisis, realizado bajo la perspectiva cualitativa, aprobado por PRODEP, cuyo objetivo específico fue localizar las complicaciones de connotación psíquica relativas a los pacientes que pudieran contrariar su tratamiento; se realizó de 2019 a 2020 en un Centro de Salud adscrito a la Secretaría de Salud del estado de Campeche; aprobado por el Comité de Investigación y Ética en la Investigación, INDESALUD, de la Secretaría de Salud, con número de referencia CEIEC/2019/003.

El Centro de Salud en el que se llevó a cabo la investigación no ofrece atención específica para el control de peso como motivo exclusivo de consulta, ésta forma parte del tratamiento de padecimientos crónico degenerativos, a cargo de personal médico y de enfermería únicamente. La institución cuenta con un programa para el control de peso para pacientes con padecimientos crónico degenerativos que se lleva a cabo en el Hospital, a este son remitidos los pacientes del

Centro de salud luego de un año de tratamiento con asistencia regular a sus citas de control. Se entrevistó bajo consentimiento informado a pacientes y a personal de salud implicado en el tratamiento; las entrevistas se llevaron a cabo con quienes se interesaron en participar. Para los fines de la presente contribución se dará cuenta de los resultados atinentes a 8 pacientes de los 14 entrevistados cuyo tratamiento por enfermedades crónico degenerativas implicaba el control de peso, algunos presentaban además complicaciones músculo esqueléticas asociadas a su peso. Las entrevistas se realizaron en una sola sesión, su duración fue variable, osciló entre 15 y 90 minutos, dependió del despliegue de la palabra del entrevistado.

Técnica de recojo de información

La entrevista abierta, individual, fue la herramienta empleada en esta investigación, concebida, como lo propone Alonso (2014), como el recurso mediante el cual se pretende “[...] a través de la recogida de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo.” (p.228). En esa medida, señala Alonso (2014), la entrevista favorece la producción de un discurso, comprende una narración conversacional creada por el entrevistador y entrevistado, a fin de “[...] entrar en ese lugar comunicativo de la realidad donde la palabra es el vector vehiculante principal de una experiencia personalizada, biográfica e intransferible.” (p. 228).

En la entrevista se privilegió la palabra del entrevistado, concebida como el elemento fundamental para profundizar en el tema a investigar, de acuerdo al planteamiento de Freud (1911-13, 1975) en torno a la palabra, considerada por él como el recurso privilegiado para dilucidar los entramados psíquicos del malestar que aquejaba a los pacientes; advirtió que la palabra remite a los modos de funcionamiento psíquico, esta se presenta bajo la faz de un velo que encubre la lógica en la que se inscribe: “las más de las veces, uno tiene que escuchar cosas cuyo significado, solo con posterioridad [*nachträglich*] discernirá” (p. 112).

Analisis de información

El contenido de las entrevistas se analizó bajo la premisa de identificar las dificultades en el tratamiento para el control de peso narradas por los entrevistados a fin de dilucidar su naturaleza y sus implicaciones, ejercicio que se enmarcó en el análisis de contenido temático, concebido, desde la perspectiva cualitativa, como una práctica de análisis de la información a través de la cual, como precisa Souza (2009), es posible discernir un nivel más profundo del primer plano del contenido del discurso; el análisis temático permite dilucidar los núcleos de sentido que conforman un discurso, su presencia se torna significativa en función del propósito de investigación.

El análisis de contenido tuvo el soporte de lo relatado por los entrevistados, de acuerdo a ello se establecieron categorías temáticas atinentes a las dificultades que tenían en el tratamiento para el control de peso; todas las categorías fueron puestas en interlocución con dos pares académicos a fin de establecer consenso sobre ellas.

Resultados

Las dificultades situadas por los pacientes se enmarcan en tres dimensiones: a) de connotación socioestructural, relativas a la institución y a la falta de servicios necesarios para el tratamiento, b) las relativas al vínculo terapéutico, aluden a la atención clínica no acorde con la condición de salud y el malestar de los pacientes y c) las de connotación psíquica, estas comprenden manifestaciones subjetivas con un correlato pulsional-inconsciente que contrarían los procesos de pensamiento conscientes, voluntarios y razonables y se manifiestan bajo la forma del *sin sentido* en la medida en que no tienen un sustento razonable ni material y pese a ello persisten y obstaculizan el tratamiento, más allá de la voluntad del implicado, así como de sus recursos materiales y sociales, e incluso, por encima del conocimiento que pueda tener sobre la importancia de cuidar su peso.

De los pacientes entrevistados, la mayoría, ocho, mostró tener dificultades en el tratamiento para el control de peso, en todos se advirtieron de correlato psíquico-pulsional; para ilustrarlo se citarán algunos fragmentos de sus relatos, con nombres ficticios por confidencialidad, antecedidos por una puntual descripción de su condición de salud y su peso.

Dificultades de índole socioestructural

La mayoría de los pacientes considera la falta de servicios institucionales, como la escasez de medicamentos, la falta de atención especializada, principalmente nutricional y la falta de análisis de laboratorio, como el principal obstáculo en el tratamiento para el control de peso:

1. Azucena es una mujer con obesidad, con serias complicaciones para moverse a consecuencia de su peso, debilidad y dolor en rodillas, pies y cadera, así como entumecimiento de extremidades por falta de circulación; aunque reconoce que su malestar físico se asocia a su peso, supone que hay otra causa médica; se mostró especialmente interesada en que le hicieran análisis clínicos para tener un diagnóstico claro y recibir el tratamiento correspondiente. El diagnóstico médico antecedido por análisis de laboratorio y el medicamento correspondiente es la vía que supone, le permitiría aliviar su malestar:

[...] es muy horrible, me duele todo el cuerpo, no tengo un pedacito que no me duela, no me puedo parar, no puedo caminar [...] no tengo fuerzas en las rodillas, ni en la cadera [...] mis piernas me duelen mucho, me duele acá en el riñón, estoy padeciendo muchas cosas [...] por eso he venido ahorita a mi consulta para que me dieran mis medicamentos y me trataran para ver qué tenía [...] voy a ir a Similar para que me manden estudios de todo porque aquí no me mandaron [...], unos estudios para que yo vea también qué tengo y me vaya con el doctor y ya ahí le den al clavo con la enfermedad que tengo, a eso vine pero no me los mandaron, me mandaron receta para dolores y que es la obesidad pero no me convence.

2. Rosaura es una mujer con obesidad, con dolor y entumecimiento en las piernas y cadera; no puede caminar bien por sí misma, necesita ayuda; el médico le mandó a hacerse una radiografía al hospital pero no encontró servicio:

[...] me mandaron a hacerme una radiografía pero fui al hospital y no había servicio, no había nada y yo tengo que depender de alguien que me ande arrastrando y de verdad no tengo quien me ayude [...] aquí no me dan medicina, no me mandan a otro lado a hacerme terapia [...] siempre me mandan a comprarme medicamentos y yo no obtengo el dinero, no lo puede uno tomar, no lo puede uno comprar y si no hay medicamento ¿a qué venir?

3. Malena es una mujer con obesidad, planteó la falta de atención especializada como uno de los principales obstáculos para el tratamiento de la diabetes y el control de peso:

[...] no solo es cuestión de venir y consultar con tu médico y llevar un control [...] debería haber un servicio para gente diabética en el cual den pláticas todos los días, te den como un régimen alimenticio.

Dificultades en el vínculo terapéutico

Las dificultades en el vínculo terapéutico mostradas por los pacientes se relacionan con incredulidad frente al saber médico y desacuerdo respecto a su padecimiento y la manera de tratarlo, consideran que el tratamiento no corresponde con lo que ellos necesitan; así mismo, advierten lo paradójico del peso excedido del personal de salud responsable del tratamiento para el control de peso:

1. Azucena reconoce parcialmente la relación entre su malestar y su peso, aunque el médico se lo dijo, así como que subió de peso, ella no cree tener el peso señalado por el médico:

[...] el doctor me dijo que es un sobrepeso porque subí 3 kilos, dice que peso 128 o algo así, y este, pues no sé si es que sea de grasa, o de gordura, no sé como llamarle, o es que sea que esté inflamada [...] No puedo caminar casi porque los pies se me entiezan [sic] ... cuando se me calma ese dolor no puedo caminar porque no tengo fuerza y el cuerpo como que me pesa mucho, no puedo caminar

bien, no puedo mover los brazos, me duele la cadera, a veces me duele la cabeza de un solo lado, como que me dan así golpes, como si me estuvieran dando molestias.

2. Rosaura manifiesta su desacuerdo con el tratamiento médico para su malestar, asociado a su condición de salud y exceso de peso, así como su incredulidad respecto a las recomendaciones del médico para aliviar su malestar:

Me duelen las rodillas y todo el pie, de las rodillas para abajo, tengo entumidos los dos pies [...] ya no me puedo parar y me anda dando el doctor que paracetamol, que diclofenaco, él dice que baje de peso, pero con peso y sin peso yo me siento igual [...] me dijo que tengo que bajar hasta 50 kilos, ¿y dónde iba a parar yo?, yo muerta en vida.

3. Malena señala la falta de explicación del médico respecto a su padecimiento, la diabetes, así como una práctica médica reducida a la valoración y la receta de medicamentos, lo cual, considera, no ayuda en su mejoría:

[...] no es solo venir y consultar y que el doctor te regañe y te diga: vas a tomarte estos medicamentos. [...] no nos han enseñado como pacientes a vivir con la enfermedad [...] tú sales [de consulta] con la misma mentalidad con la que entraste porque no te ayudaron en nada, solamente te subieron la dosis o te la bajaron, no te dan una explicación del tema [...] a ellos les da igual checarte la diabetes, checarte la presión [...] he visto casos muy de cerca y he visto cómo han muerto y a mí me da mucho miedo, pero un médico no me quita ese miedo porque no me explica, no me dice nada.

4. Alejandra alude a lo contrastante que resulta el personal de enfermería con obesidad y la promoción institucional del control de peso:

[...] siempre las instituciones te dicen [...] que la obesidad es mala y que hay que llevar una vida sana, uno como persona no hace caso y pues aquí, no es porque critique pero aquí mismo en el hospital o en el centro de salud, ve uno que hay enfermeras gorditas, entonces dice uno, bueno, ¿por qué están así sí y ya saben que es malo? [...] cada quien hace lo que quiere ¿no?

Dificultades de correlato psíquico

En los ocho pacientes con dificultades para el control de peso se advirtió un correlato psíquico en sus contrariedades para apegarse al tratamiento, aunque no es reconocido como tal, a pesar de dar cuenta de ello; para tres de las pacientes comer mucho es la principal dificultad para controlar su peso, para una se deriva de su gusto de comer mucho, para otra se relaciona con la ansiedad que la lleva a comer en exceso y para la otra, con un hambre repentina que puede sentir a pesar de haber comido bien; para ninguna de ellas “comer mucho” conlleva un correlato psíquico, ni psicológico, no se lo plantean, tampoco las interroga y por tanto no han considerado atenderlo:

1. Para Azucena la principal dificultad para bajar de peso es dejar de comer mucho, dado su gusto por comer en demasía:

no [debo] comer tanto porque yo era de comer mucho, [...] agarraba yo mi plato lleno porque yo iba a comer, yo me llenaba hasta que yo quería y mi coca al lado... de un kilo de tortillas yo me comía medio kilo comía hasta donde yo quería, ya me llenaba y listo [...] soy de buen comer, era de muy buen comer, era mucho de comer grasa, de lo que tenga grasa, que se sintiera [...] Un bocado que tenga grasita se siente rico pero como que ya no [...] las frutas y los jugos, eso me va quitando un poco de esa ansiedad que te llama la atención porque lo estás viendo, que está rica la comida, que está buena. [...] tengo que dejar de comer un poco para que yo pueda bajar de peso.

2. Mayela reconoce la ansiedad por comer como la principal dificultad para controlar su peso, dice no tener la fuerza de voluntad para evitar alimentos hipercalóricos:

La ansiedad [...] no puedo decir no [...] si yo dijera no, sería no, pero sin embargo me gana la gula o no sé, el antojo [...] parte de la fuerza de voluntad, no tengo esa decisión.

3. Rita menciona comer mucho a causa del hambre que puede sentir aunque recientemente haya terminado de comer, con lo cual se descontrola:

[...] como mucho, no sé, no como lo que me dicen de poquito y a veces me paso porque a veces me da hambre, a veces no quiero comer pero me da hambre, me descontrolo.

4. Para Marcela es difícil bajar de peso por “los nervios”, por los problemas emocionales, reconoce que a consecuencia de sus problemas subió de peso, no obstante, no se ha planteado atender el correlato emocional de sus dificultades, da cuenta de ellas y en eso que queda:

[...] Los nervios me producen carnosidad, me hacen engordar de golpe, como a mi familia [...] subo muy rápido de peso, bajo pero ya a la semana yo ya subí mínimo dos kilos y medio [...] por los problemas emocionales.

5. Rosaura señala su dificultad para moverse y caminar por sí misma a consecuencia de su peso, aunque el médico le ha planteado que tiene que bajar de peso, ella dice sentirse igual con peso y sin peso y aunque dice cuidar su alimentación, da cuenta de comer alimentos no convenientes para su peso y su salud, para ella tal situación no toma una dimensión problemática:

[...] a veces, de repente, me tomo un café con leche, de repente. La verdad me como unas galletitas, pero no es del diario, ni es cada rato, sí a veces que si me tomo un atole de avena, que si un atole de masa y que si mi arroz con leche, pero de repente.

6. Malena sabe de la importancia de cuidarse para controlar su peso y tener una mejor condición de salud y, no obstante, plantea no hacerlo “por desidia”, indica que tiende a trabajar tanto que se olvida de sí, de comer a tiempo a pesar de que, paradójicamente, trabaja en un restaurante:

[...] nosotros no ponemos de nuestra parte para cuidarnos, no caminamos, no hacemos ejercicio, no nos cuesta nada pero no lo hacemos y yo me incluyo [...] es por la desidia [...] no nos cuesta nada pero no lo hacemos porque te enfrascas en el trabajo, en las labores de tu casa; los problemas del día a día te encierran [...] no

lo hacemos porque todo el tiempo estamos estresados por el dinero, por el trabajo, por los chicos, por la casa, por todo [...] a veces eso mismo también te hace subir de peso, aunque no comas; soy gerente de un restaurante, vivo día a día mi estrés, [...] se me cayó bastante el cabello [...] por el estrés. [...] no te das tiempo para caminar, no te das tu tiempo para tener una buena comida a pesar de que trabajas en un restaurant, no te das el tiempo para comer sanamente [...] soy excesivamente muy responsable en mi trabajo que me olvido de mí.

7. Alejandra, con obesidad, plantea no atender el cuidado de su alimentación ni ejercicio por flojera y por la dificultad para dejar de comer lo que le gusta, a pesar de saber la importancia de poner de su parte para que el tratamiento resulte efectivo:

Uno no hace caso de llevar una alimentación sana y hacer ejercicio, yo creo que por flojera o por no dejar de comer lo que nos gusta, no hacemos lo adecuado [...] uno tiene que poner de su parte para que el tratamiento haga efecto.

8. Graciela subió de peso a consecuencia de comer más, de haber dejado de hacer ejercicio y comer todo lo que le ofrece su familia:

Antes ... era muy delgadita pero empecé a comer más y dejé de hacer ejercicio, no hago nada, mi marido solo me consiente, es él quien dice: te traje tal cosa, come esto, comemos los dos, le digo: tú solamente me engordas..., me compra un pan, que me compra esto y siempre estamos comiendo cualquier cosita,..., todos mis hijos están conmigo y me dicen mamá vamos a comer, que si llega uno me invita que si llega el otro me invita y nunca les digo que no, todo me como, como lo que me den, yo digo cómo voy a rechazarlos.

Discusión

La mayoría de pacientes entrevistados señaló la falta de servicios institucionales -especialmente de medicamentos, de atención especializada y de análisis de laboratorio- como una de las principales

dificultades en el tratamiento para el control de peso. La carencia de servicios básicos para el tratamiento es por demás problemática dada la responsabilidad de la institución de brindar las condiciones necesarias para el mismo, con ello acentúa la dificultad para lograr la adherencia al tratamiento, como menciona Castro (2018), quien señala que aunque tiende a responsabilizarse de la falta de adherencia a los pacientes, la institución tiene una responsabilidad considerable en ello. Por otro lado, tal deficiencia es paradójica en tanto contradice lo formalmente instituido para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, como se plantea en la Norma Oficial Mexicana, NOM-008-SSA3-2017, situación que ilustra la afirmación de Narro (2018) respecto a lo poco que en México se hace en la práctica para atender la obesidad, a pesar de lo formalmente planteado.

Las dificultades relativas al vínculo terapéutico denotan principalmente incredulidad de los pacientes sobre su diagnóstico de obesidad y los cuidados a tener de acuerdo a su condición médica, así como desacuerdo con la atención brindada; se advierte un vacío importante entre la concepción y postura del paciente sobre su exceso de peso y el saber médico-nutricional respecto a la obesidad y su tratamiento, pues mientras para el personal de salud se trata de una enfermedad y es clara la importancia de cuidar la alimentación más allá del medicamento, para los pacientes no es así, para ellos no se trata de una enfermedad ni de un problema de salud, llevan el tratamiento a su manera, sin estar en consonancia con el discurso médico, para algunos el medicamento es el recurso principal para sentirse bien, frente a ello quedan en segundo plano las indicaciones médico-nutricionales sobre la importancia del cuidado de la alimentación y el control de peso, tareas que dependen directamente de los pacientes, así como los demás ajustes y redireccionamientos que supone el control de peso. Hay pacientes que muestran que les lleva una temporalidad distinta reconocer y aceptar el diagnóstico médico de obesidad y los cuidados a tener cuando su salud está comprometida, a fin de que puedan asumir tanto su peso como su estado de salud y hacerse cargo de sus implicaciones, de su condición del cuerpo y de los requerimientos de su tratamiento.

Las contrariedades que presentan los pacientes para seguir su tratamiento para el control de peso también tienen un sesgo subjetivo de connotación psíquica-pulsional, además de las relativas a la institución y al vínculo terapéutico. Estas dificultades no tienen un sustrato material, ni sociocultural y persisten, incluso contra la voluntad del paciente, así como a pesar de la razón y el conocimiento formal sobre su connotación perjudicial, como lo muestra comer en exceso -sea por el gusto de comer de esa manera, por la ansiedad sentida o por el hambre repentina- forma de comer en la que desde el psicoanálisis puede apreciarse el empuje pulsional en aras de la satisfacción por la satisfacción misma, la puesta en marcha de la pulsión con su connotación ácefal a en tanto no busca el bienestar y toma al cuerpo para satisfacerse en tanto escenario de la vida psíquica, como señaló Freud (1940a [1938], 1975).

En algunos casos la obesidad denota claramente un correlato psíquico-pulsional, como cuando se gestó en función de una hiperingesta sostenida y repetitiva, o bien, compulsiva, así como cuando tuvo lugar a partir de problemas personales y emocionales; para muchos pacientes la obesidad no se torna problemática en sí misma y en esa medida presenta las características de un síntoma egosintónico al cual el paciente se encuentra adaptado, sin vivirlo con dificultades por más estragos que pueda ocasionar a su salud; para algunos no hay relación entre el peso que tienen y el malestar del cuerpo sentido, a pesar del diagnóstico médico, lo cual implica que se cronifique su estado de salud; una de las entrevistadas mostró que el registro y vivencia del cuerpo que tiene no se corresponde con lo que señala el médico, ella no reconoce su obesidad a pesar de los kilos marcados por la báscula, lo cual ilustra lo que propone Recalcati (2003) respecto a que hay pacientes con obesidad que no necesariamente reconocen su cuerpo obeso. No reconocer como propio el cuerpo que se porta es por demás problemático cuando la salud se encuentra comprometida dado que el cuidado depende de manera importante de la relación que se tenga con el cuerpo; si la obesidad no se reconoce como condición del propio cuerpo ¿cómo esperar que el paciente pueda asumir los cuidados que conlleva el tratamiento para el control de peso?

El cuerpo como escenario de la vida anímica puede apreciarse también, con mayor claridad, en los casos de pacientes que reconocen haber subido de peso a consecuencia de sus problemas personales, de los nervios y el estrés; para casos como estos la solución para su control de peso no se sostiene únicamente en los ajustes externos que en aras de su cuidado puedan tener, es necesario atender el correlato psíquico de su malestar, las implicaciones subjetivas de lo que les ocurre asociado a su peso, sobre todo cuando éste se mantiene por fuera de una causa material que lo soporte, como comer en exceso. El rasgo central del correlato psíquico lo constituye el sin sentido, así como su dimensión paradójica y estragante en tanto perdura más allá de la voluntad y de la razón, tiene una connotación repetitiva e insistente de la cual no es posible distanciarse a pesar de pretenderlo. En los relatos de las dificultades en el tratamiento para el control de peso puede apreciarse que para algunos pacientes éstas persisten más allá de sus condiciones materiales, por encima de la información que tienen sobre la importancia de los cuidados a tener y en algunos casos, hasta de la voluntad de cuidar su peso.

El correlato psíquico no es advertido por los pacientes ni reconocido como tal aunque puedan dar cuenta de él en las dificultades específicas que tienen en el tratamiento para el control de peso, e impliquen su subjetividad, éstas se manifiestan de variadas maneras: bajo la dificultad para dejar de comer en exceso, sea por el gusto de comer de esa manera, por ansiedad o por un hambre repentina; en otros guardan relación con el hecho de que el peso se gestó a consecuencia de problemas emocionales, de manera que aunque no coman en exceso no pueden bajar de peso, o bien por el llamado estrés; también bajo la forma de no poner de su parte en el tratamiento, sea por flojera o por no querer dejar de comer lo que les gusta; suma de relatos que muestran que aunque los pacientes puedan dar cuenta de las dificultades de correlato psíquico para seguir su tratamiento, no se interrogan sobre ellas ni se plantean su atención, tampoco se muestran en condición de hacer redireccionamientos o renunciaciones respecto a sus maneras de llevar la propia vida, que favorezcan su control de peso.

Conclusiones

El exceso de peso constituye un fenómeno complejo dada la confluencia de elementos que lo conforman, de índole social, política, económica, cultural, e influyen de manera importante en la dimensión epidemiológica que ha tomado, sumatoria a la que se aunan la connotación genética y psicológica de quien lo presenta; lo cual, como señaló la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013), denota la importancia de la intervención multisectorial en su atención epidemiológica, así como la articulación de propuestas intersectoriales e integrales para su prevención y tratamiento en aras de lograr alcances efectivos en su atención; en esta tarea es fundamental la intervención del Estado, en aras de procurar las condiciones socioestructurales necesarias que permitan sostener de manera efectiva las propuestas para atenderlo en sus distintas dimensiones, es imprescindible su atención tanto en el plano de la prevención como del tratamiento, especialmente de la obesidad, a fin de controlar no solo su elevada incidencia, sino su agudización. Las grandes transformaciones del proceso alimentario han influido en la obesidad y han ocasionado enfermedades crónicas; desde el ámbito cultural e histórico se advierte un panorama complejo ante el cual es mayor el desafío en la atención de las problemáticas que entraña. En el caso de la obesidad, las medidas de salud pública tienen retos estructurales a considerar como las políticas alimentarias, de desarrollo personal y de salud, suma de cambios que a su vez inciden en la subjetividad, en los estilos de vida, en el malestar y en las maneras de hacerse un lugar en la vida misma.

Dada la magnitud de las implicaciones de connotación socioestructural en la obesidad y las problemáticas de índole económica, política y social, las elecciones singulares parecen marginales y sin embargo, también influyen en la decisión sobre qué y cómo alimentarse, en ello pueden advertirse atisbos de un correlato psíquico, sobre todo cuando la forma de alimentarse no está determinada por la necesidad biológica o económica sino en función de las preferencias particulares, mediadas por un cúmulo de circunstancias como la comercialización de alimentos, la economía, el contexto, la política y la cultura. Hay casos en

los que los cuerpos engrosados se sostienen de manera importante en este correlato, como muestran las entrevistas, con lo cual no se niega la implicación socioestructural en el exceso de peso, tampoco la responsabilidad del Estado en la regulación de ese engranaje, es fundamental su intervención; no obstante, también puede situarse una dimensión de responsabilidad que le corresponde a quien tiene un cuerpo engrosado y se encuentra afectado en su salud a consecuencia del mismo, la cual es necesaria reconocer en aras de lograr avances en su atención, así como reconocer la importancia de poner al trabajo la dificultad para cuidarse, para asumir la responsabilidad e implicaciones que supone el control de peso, dado que si tal responsabilidad no es reconocida, difícilmente puede asumirse el tratamiento, así como el redireccionamiento respecto a las formas habituales de alimentarse y de llevar la vida.

Para los pacientes en control de peso, la dificultad en el tratamiento queda situada en la institución y en el campo médico, ubican la falla principal en la falta de servicios institucionales con lo cual, queda desdibujada su responsabilidad en el tratamiento dado que a la institución le corresponde brindar las condiciones necesarias básicas para posibilitarlo, en la medida en que no lo hace, la atención se vuelve carente y limita las posibilidades del mismo.

Hay pacientes para los que es suficiente la información impartida sobre la importancia de cuidarse, así como la motivación, mas hay otros para quienes esas medidas son insuficientes y más allá de las indicaciones médicas persiste su dificultad para hacerlo, muchos de ellos se quedan detenidos en tal complicación de forma que cuando reparan en la importancia de hacerlo, su salud se encuentra muy comprometida; con este tipo de pacientes se advierte la importancia de reconsiderar poner al trabajo el cuidado, así como las complicaciones que se experimentan para darle lugar, sobre todo las de índole subjetiva-psíquica. La contrariedad de los pacientes para reconocer que sus propios modos de funcionamiento están causándoles detrimento denota una falta de implicación subjetiva respecto a su condición de salud, vinculada a su peso, lo cual constriñe a interrogar, en el marco del tratamiento instituido para el control de peso, ¿institucionalmente cómo se atiende

esta situación? En la que los pacientes ponen en acto elecciones perjudiciales para su salud a sabiendas de ello, lo cual no es suficiente para renunciar a ellas.

La dimensión razonable y juiciosa del paciente con obesidad no es la única a considerar en el tratamiento para el control de peso y atenderlo mediante la educación y la motivación para que cuide su peso, así lo muestra la clínica con estos pacientes; el sujeto del inconsciente, que insta a la satisfacción pulsional y acéfala, en aras del placer por el placer mismo también está anudado al cuerpo engrosado, sobre todo en aquellos en los que se gestó a consecuencia de comer de más, o bien, de problemas de índole personal-emocional. En situaciones así, ¿qué alcance puede tener el tratamiento para el sobrepeso y la obesidad bajo la orientación cognitivo conductual, más aún cuando el paciente supone que para atenderlo es suficiente con el medicamento?, sin dimensionar, o asumir que éste es parte del tratamiento, mas no lo es en su totalidad, dado que el tratamiento demanda consideraciones de más amplio alcance que conlleva cambios considerables en las formas habituales de llevar la vida, que suponen, ineludiblemente, el cuidado de sí mismo y hacen necesaria la implicación subjetiva, a fin de asumirlo y sostenerlo.

El tratamiento del cuerpo engrosado supone replantearse y asumir el propio cuidado, es fundamental que este movimiento se produzca. Hay pacientes en los que la dificultad para cuidarse es notoria, no están en condiciones de asumir las implicaciones del tratamiento y no necesariamente por sus costos materiales o económicos, aunque puedan agobiarse por esas complicaciones, así como por sus problemas personales –sean de carácter material o emocional- de manera que no se detienen a considerar las implicaciones de su situación médica, ni la importancia que tiene el cuidado que puedan tener, y no solo en su tratamiento. Cuando el malestar se deriva de un cuerpo engrosado, que tomó dimensiones complicadas a consecuencia de una ingesta en exceso, se anuncia algo del orden de la desmesura en juego, aunque no necesariamente se esté advertido de ello. Es necesario hacerle un lugar a las implicaciones psíquicas vinculadas al exceso de peso, así como a las dificultades subjetivas que presentan los pacientes para seguir su tratamiento y para

cuidarse, un dispositivo distinto al de la psicoeducación o motivación, a fin de ofrecer un tratamiento a la altura de las complicaciones que supone el control de peso, una propuesta de intervención que considere la atención efectiva tanto del componente psíquico-pulsional implicado en la obesidad, como de las dificultades de correlato subjetivo, del orden del sin sentido que trastocan la voluntad y el razonamiento para apegarse al tratamiento, puesto que ante este componente, ni la motivación, ni la educación u orientación cognitiva-conductual alcanzan para hacerle frente, no pueden encarar lo psíquico-pulsional en tanto enfoques terapéuticos que se dirigen a la dimensión consciente, razonable y voluntaria del ser hablante, mediante la educación y la motivación aspiran a reeducar al paciente e influir en su voluntad para lograr cambios conductuales para su mejoría, sin embargo, cuando el componente psíquico-pulsional está entramado en el cuerpo engrosado, no es la falta de educación o de conocimiento lo que hace obstáculo para cuidar el peso de manera que sea posible una regulación, es la satisfacción pulsional la que se pone en juego, en su dimensión acéfala, ésta no se atiende mediante la educación ni la motivación, tampoco en función del conocimiento a brindar, la pulsión en su costado estragante -sea bajo la forma de un síntoma, de una compulsión, o de cualquier otra manifestación repetitiva y problemática- se atiende bajo la vía de la palabra del implicado, de la escucha de sus entramados psíquicos, así como de la función que tiene en la vida del sujeto, a fin de discernir su operatoria y en esa medida posibilitar que, en función de la singularidad, cada sujeto pueda encontrar arreglos pulsionales menos mortificantes y más vivibles, el dispositivo psicoanalítico puede ocuparse de ello, de ofrecer un espacio para poner al trabajo las dificultades que, en el orden del sin sentido, se les presentan a los pacientes para cuidarse y seguir su tratamiento.

Agradecimientos

Al PRODEP, a la Secretaría de Salud del Estado de Campeche, al personal de salud y a los pacientes que participaron en esta investigación.

Referencias

- Alonso, L. (2014). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J. Delgado, & J. Gutiérrez (Coord.) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 227-228). Síntesis.
- Bolaños, P. (2016). Fracaso terapéutico en sobrepeso y obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 23, 2449-2460. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250816>
- Castro, L. (2018). Revisión de la literatura sobre las cinco dimensiones de la adherencia al tratamiento. *Documento de Investigación de Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud*, 25. Universidad del Rosario. <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18447/DI%2025%20MedSa%20w.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cosenza, D. (2013). La obesidad en las nuevas formas del síntoma. En *La comida y el inconsciente. Psicoanálisis y trastornos alimentarios* (pp. 35-68). Tres Haches.
- Freud, S. (1975). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. (1912). En J. Strachey (Ed.). (Trad. Etcheverry, J.). *Obras completas*. (Vol. XII., pp. 107-120). Amorrortu.
- Freud, S. (1975). Esquema del Psicoanálisis (1940a [1938]). En J. Strachey (Ed.). (Trad. Etcheverry, J.), *Obras completas*. (Vol. XXIII., pp. 133- 209). Amorrortu.
- Freud, S. (1975). Algunas lecciones elementales sobre psicoanálisis (1940b [1938]). En J. Strachey (Ed.). (Trad. Etcheverry, J.), *Obras completas*. (Vol. XXIII., pp. 279- 288).
- González, L., Giraldo, A., Estrada, A., Muñoz, A., Mesa, E., & Herrera, C. (2007). La adherencia al tratamiento nutricional y la composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso. *Revista Chilena de Nutrición*, 34(1) 46-54. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182007000100005>
- Hernández, S., Hernández, R., & Moreno, S. (2015). El papel de la autoeficacia percibida y la planificación en la adherencia al tratamiento médico-nutricional de la obesidad en adultos mexicanos.

- Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 37-47. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243045363005>
- Instituto Mexicano para la Competitividad. (2018). *Kilos de más, pesos de menos: los costos de la obesidad en México*. <https://imco.org.mx/kilos-de-mas-pesos-de-menos-obesidad-en-mexico/>
- Lacan, J. (2006). El inconsciente freudiano y el nuestro (1964a). En (Trads. Delmont-Mauri, J. y Sucre, J.). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. (pp. 25-36). Paidós.
- Lacan, J. (2006). Desmontaje de la pulsión. (1964b). En (Trads. Delmont-Mauri, J. y Sucre, J.). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (pp. 168-180). Paidós.
- Málaga, G. (2011). Falta de adherencia ¿enfermedades crónicas a la deriva? *Revista Médica Herediana*, 22(2) 93-94. <https://doi.org/10.20453/rmh.v22i2.1110>
- Matus, N., Álvarez, G., Nazar, D., & Mondragón, R. (2016). Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. *Estudios Sociales*, (47), 379-409. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41744003014>
- Morales, M., & Ribeiro, R. (2020). Sobre las posibilidades de atención de los cuerpos desbordados por su peso en una época cuya insignia es el exceso, una mirada desde el psicoanálisis. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 11(1), 203-223. <https://doi.org/10.29059/rpcc.20200617-112>
- Narro, J. (2018). Prólogo. En J.A. Rivera, M. Hernández, C. Aguilar, F. Vadillo, & C. Murayama (Eds.), *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado* (pp. 3-5).
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2004). Capítulo I. Definición de la adherencia terapéutica. En *Adherencia a los tratamientos de largo plazo; pruebas para la acción*. (pp. 3-6). OMS. <https://www3.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>

- Organización Mundial de la Salud, OMS (2024). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2016). *Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil*, Editorial, OPS, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_8-sp.pdf
- Ramírez, I., Hernández, M., Acosta, M., & Rivera, M. (2021). Estrategias y políticas en atención al sobrepeso y la obesidad en pre-escolares y escolares. *Horizonte Sanitario*, 20(3). <https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.4119>
- Ramos, L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología Cirugía Vasculuar*, 16(2), 175-189. https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006
- Recalcati, M. (2003). El demasiado lleno de la obesidad. En *Clínica del vacío: Anorexias, dependencias y psicosis* (pp. 273-302). Síntesis.
- Rivera, J., Colchero M., Fuentes, M., González, T., Aguilar, C., Hernández, G., Barquera, S., García, C., Unar, M., & Fernández, M. (2018). Recomendaciones para una política de Estado para la prevención y control de la obesidad en el periodo 2018-2024. En *La obesidad en México: Estado de la política pública, y recomendaciones para su prevención y control* (pp. 15-30). Instituto Nacional de Salud Pública.
- Romero-Juárez, A., & Arellano-Gálvez, M. (2020). Representaciones sociales de la obesidad, la alimentación y el ejercicio entre personas con obesidad en la Ciudad de México. *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 30(55). <https://doi.org/10.24836/es.v30i55.878>
- Secretaría de Salud (2013). *Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/276108/estrategia_sobrepeso_diabetes_obesidad.pdf
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). *Encuesta Nacional*

- de Salud y Nutrición del 2018. Presentación de resultados.* https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Secretaría de Salud, & Instituto Nacional de Salud Pública. (2020) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID19.* <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>
- Secretaría de Salud. (2021). Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. <https://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>
- Souza, M. (2009). Técnicas de investigación. En *La artesanía de la investigación cualitativa* (pp. 215-244). Editorial.
- Torresani, M., Maffei, L., Squillace, C., Belén, L., & Alorda B., (2011). Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. *DIAETA*, 29(137), 31-38. <https://www.scielo.org.ar/pdf/diaeta/v29n137/v29n137a04.pdf>

Recibido: 25/05/2022

Revisado: 15/04/2024

Aceptado: 23/04/2024