

Obesidad y Sobreadaptación social

El paciente "sobreadaptado" es una caracterización de una constelación de rasgos de personalidad que se ha distinguido en pacientes que presentan patología psicósomática. Neborak (1989) y Liberman (citado por ésta) describen a estas personas en las que "... por circunstancias atinentes a su desarrollo, las exigencias prematuras más una huida precoz hacia el mundo por medio de una forma especial de disociación cuerpo-mente, impiden un desarrollo gradual de los mecanismos de defensa".

Neborak, plantea que estamos ante personas que en un desarrollo marcado por la precocidad, se han saltado etapas, en una huida hacia la adultez (obviamente pseudoadultez). En este salto habrían quedado "huecos de simbolización" que representan el costo de tal "desarrollo apurado". Esta concepción explica el grado de adaptación aparente de tales pacientes, que, desde el punto de vista formal, parecen adecuarse muy bien a la realidad exterior. La adaptación precoz pero sólo formal a las exigencias de la realidad ubica a estas personas, ante los ojos de los demás, como paradigmas de capacidad y eficiencia. Son personas, que se han sobredesarrollado en aspectos relativos a la adaptación a la realidad externa a costa de su propia realidad interna: sobresalen y son talentosos al operar con las reglas de la materialidad de los objetos, pero fracasan al ser confrontados con situaciones en que la adaptación implique percibir y responder a las reglas de relación con objetos humanos, con sus matices, cualidades y necesidades emocionales.

Esta sobreadaptación también se manifiesta en un Funcionamiento corporal (ciclos sueño-vigilia, apetito-saciedad, activación-reposo, menstrual, etc.) en el que sobresale una regularidad que inclusive puede llegar a la rigidez (personas que no se enferman, no se cansan, etc.). Tal regularidad sustentaría la sobresaliente capacidad y eficiencia laboral.

Se ha planteado que esta sobreadaptación externa a costa de la realidad interna se basa en un desarrollo predominante de los órganos perceptivos distales exteroceptivos, principalmente visual y auditivo, por sobre los propiocepcionales o interoceptivos como el dolor o la sensibilidad visceral. Las actividades que desarrollan se vinculan al "deber" y no al "placer", al "negocio" y no al "ocio". El único placer posible es el que puede obtenerse al "cumplir con el deber". Liberman lo refirió como que padecen de "exceso de cordura". Se da la paradoja que lo que aparece como lo más "normal y cuerdo" en su comportamiento, es decir lo que más se adapta a la exigencia social, es la parte más "enferma y loca".

Neborak sostiene que detrás de este funcionamiento formalmente adecuado se encuentra el verdadero self del paciente, con simbolizaciones incompletas, que no lo capacitan para una plástica relación ni con la realidad psíquica ni con la externa. Esta autora afirma que al perderse la fachada sobreadaptada, aparece una persona desorganizada y en pánico carente de la capacidad de reconocer y nominar sus emociones.

Si partimos de la idea de que existen mecanismos inconscientes que actúan en la regulación emocional del paciente, podemos formular hipótesis respecto de las dificultades en el reconocimiento de las emociones.

La alimentación es un hecho que va más allá de la necesidad nutricia del cuerpo. Está ligado al nacimiento mismo de las relaciones del sujeto con el Otro. Es el primer punto de relación con el Otro porque el bebé humano nace en un estado de prematuración carente de orientación instintiva.

Este Otro significativo que ejerce la función materna, en el mismo acto de responder a las necesidades biológicas va inaugurando otro cuerpo diferente al orgánico, constituido por las zonas erógenas. Recorrido que la madre marca sobre ese cuerpo ahora devenido en pulsional. Este mecanismo de libidinización, nos alejaría, junto con el lenguaje, del puro instinto animal, regido por las leyes de la naturaleza. Este Otro primordial deberá poder distinguir la demanda de amor de las necesidades básicas de alimento, abrigo, higiene. Esta distinción posibilitará que la madre pueda, además de dar el alimento, dar otro tipo de respuestas ante el llanto del infante, sosteniendo, mirando, interpretando y hablando con él. Esta posibilidad de respuesta va a ser solidaria del lugar que ocupe ese hijo para esa madre, si ha podido encarnar para ella un lugar cercano al de “su majestad” freudiano (Este concepto hace referencia a que todo bebé atravesará por un estado en el que será objeto de una especial investidura desde sus vínculos fundamentales con unas características muy determinadas, que junto a un ambiente facilitador del desarrollo le permitirán sentirse como “su majestad el bebé”. Un lugar que el propio Freud define como aquel en que “no debiera tener existencia la enfermedad, la muerte, la renuncia al goce ni la restricción de la voluntad y ante el cual las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar”. Freud, S. (1914)). o al de un objeto devaluado.

Este proceso de constitución subjetiva supone dos momentos estructurantes: el primero, llamado alienación, en el cual no habría diferencias para el bebé entre él y su madre; el segundo momento, necesario para la aparición de un sujeto con deseos propios, es el de separación en el que la simbiosis del niño y la madre se rompe a través de la función paterna que posibilitaría la diferenciación. Ambos momentos son necesarios para el armado de la constitución subjetiva

En la clínica con pacientes obesos se repiten algunos fenómenos que nos hacen suponer que este proceso ha tenido algunas fallas cuyas huellas pueden encontrarse en la vida adulta. Algunos de ellos son:

A. Indiferenciación con respecto a los Otros significativos: Esta posición reiterada en muchos pacientes nos hace pensar en que hubo fallas en el proceso de alienación-separación que dificulta que se hagan cargo del tratamiento de su obesidad. Palabras de una paciente: “Cada día que me levanto decidida a hacer el tratamiento mi mamá me dice que no me va a servir de nada y de la bronca que me da no lo hago”

B. Mecanismos de defensa que presentan fijeza constituyéndose en rasgos de carácter. Algunos sujetos llegan a la consulta desde una posición, que no es la del síntoma que hace pregunta, sólo aparece un malestar en relación a la conducta alimentaria o al sobrepeso. Malestar que el paciente demanda erradicar sin poder implicarse en él. Montando un personaje que puede ser el de buena madre, buena esposa, buen trabajador. “Formas de ser” que responden a un “deber ser”, contruidos a través de mandatos adquiridos en el vínculo con los Otros significativos de la infancia. Esto está vinculado también con la posición de alienación al Otro antes mencionada. También se puede relacionar esta forma de presentación con el concepto de sobreadaptación descripto anteriormente.. Ejemplificamos citando a una paciente: “Llegan los sábados y me di cuenta que estoy muerta por todo lo que hice y como ya no tengo ganas de cocinarme me doy un permitido que luego no termina siendo uno”.

Emiliano Galende expresa en “Resiliencia y subjetividad” que la subjetividad es un sistema de representaciones y un dispositivo de producción de significaciones y sentidos para la vida, de valores éticos y morales gobernados por el deseo inconsciente y los ideales del yo, que determinan en su conjunto los comportamientos prácticos del individuo.

Se trata de un sistema de representaciones que intermedian las relaciones que el individuo mantiene con su propio cuerpo, con su vida emocional e intelectual, en la relación con sus semejantes y en su percepción de las cosas del mundo.

Galende presenta una serie de rasgos que caracterizan la subjetividad actual:

1. Pasivización de las personas en relación a la cultura y la vida social. Se denomina “sociedad del espectáculo”, que refuerza la condición de espectador, contemplación de imágenes y una mayor dificultad para distinguir la realidad de la virtualidad. Este proceso acompaña a una subjetividad más volcada hacia sí misma, que lleva a formas de aislamiento del individuo.

2. Saturación del yo, se hace posible por esta pasivización, el individuo está sometido a la información, consumo, pornografía, que generan la sensación subjetiva de un “lleno” sobre la vivencia de un vacío de relación con los otros.

3. Maquinización, o en algunos casos robotización de los vínculos con el otro, por una concepción utilitaria de las relaciones sociales. Otro de sus modos es la sustitución lisa y llana de la relación con el otro por el vínculo que se establece con los distintos aparatos para el goce. Estos dispositivos juegan un papel importante en la vivencia subjetiva de una forma instrumental de vínculo con los demás, ya que así como el aparato reemplaza al otro para el goce, también el sujeto pretende tratar al otro con la misma disponibilidad con que se relaciona con el aparato, lo que debería orientarnos acerca del papel que juega esta era tecnológica en la producción de subjetividad.

4. Superficialidad en los afectos, en la relación con los otros hay ausencia de compromiso emocional. Se caracteriza por establecer relaciones intensas pero fugaces.

5. Sensibilidad impostada, no se adquiere de la vivencia emocional con otro, sino en los modelos de sensibilidad que aportan los programas televisivos y los videos, ya que la identificación con la sensibilidad que transmiten los personajes tienen la particularidad de su profusión veloz en imágenes y gestos que no tienen consistencia emocional.

6. Compulsión a hacer, está ligado a los ritmos que impone el funcionamiento de la ciudad actual, la planificación del ocio, los ritmos del trabajo, etc. Se trata de un rasgo subjetivo que presenta los caracteres de la ansiedad compulsiva, por la cual el individuo necesita de una actividad constante y planificada (gimnasios, planificación del tiempo libre, etc). Hay una sustitución de las habilidades personales por la función de expertos (técnicas, aparatos: televisor, computadora, etc) y de los cuales la persona solamente conoce el manejo de los botones. La misma ansiedad genera una conducta adictiva y la adicción al consumo como una conducta y un fin en si mismo.

7. Dominio del valor de cambio sobre el valor de uso, no solo en los objetos cotidianos, sino también en el trato con las demás personas. El dominio del cambio y la sobrevaloración de “lo nuevo” y “lo último”, tan propios de la renovación permanente de los objetos de la técnica y el consumo, impregna las relaciones afectivas, haciendo del otro un objeto sustituible y renovable, alejado de los procesos de duelo y pérdida.

8. Irrealidad por el dominio de la imagen, en la que la subjetividad pervierte su percepción y análisis de la realidad reemplazándola por la virtualidad. Lo virtual que introduce la imagen no es otra cosa que inducir en el individuo significaciones que no tienen necesariamente referentes en la realidad, es decir que todo puede ser posible de imaginar en la realidad virtual de una pantalla.

En la clínica con pacientes obesos se observa una compensación a través de la comida, (sobrestimándola y dándole lugar de “anestesia” y “placer de fácil acceso”), de la sobreexigencia social en la que cada individuo esta inmerso.. El hecho de manejarse en altos niveles de exigencia y ritmo acelerado para obtener mayor productividad lleva a que el momento de la ingesta se vuelva un casi único espacio de descarga de estos pacientes.

Ejemplos clínicos de ello pueden ser “...*Actualmente tengo dos trabajos para poder mantener a mi familia y no endeudarme económicamente, por lo que cuando vuelvo a la noche de una larga jornada laboral no logro controlar la cantidad que como y me cuesta elegir los alimentos...*”; “...*desde que falleció mi papá me ocupo de cuidar a mi madre y eso hace que el momento de comer todos juntos sea el de mayor relajación y placer...*”; “...*En el trabajo no puedo frenar a comer porque pierdo productividad, voy picando mientras realizo mis tareas*”; “*Actualmente mi tiempo libre es muy poco y lo uso para llevar a mis hijos a sus actividades y para ordenar la casa...*”

En el trabajo presentado con el equipo de Psicología de T.I.N.O. en 2012 se graficaron los resultados obtenidos de la aplicación de la técnica TMMS-24 a pacientes que comenzaban el tratamiento de obesidad en la institución. Esta técnica evalúa el nivel de adecuación en la atención, comprensión y manifestación de las emociones.

Si bien no se pudo encontrar una relación directa entre obesidad y adecuación emocional, consideramos que este eje no debe descuidarse en el tratamiento interdisciplinario de la obesidad dado que casi la mitad de la muestra presentó poca comprensión de sus emociones.

Retomando los datos arrojados por el instrumento utilizado, pudimos pensar la aparente contradicción en las variables claridad (41,54% poca comprensión emocional) y reparación (81,53% entre adecuada y excelente reparación de sus emociones) como una respuesta coherente con la posición subjetiva mencionada en el desarrollo del trabajo en la que estos pacientes se muestran pendientes de adecuar sus emociones a las exigencias del mundo exterior regulando estos estados para adecuarse al Otro con el costo subjetivo de no poder alcanzar la comprensión de sus propias emociones. Esta posición es evidenciable también a través de los indicadores biológicos y psicológicos de estrés que se detectan en la clínica de estos pacientes que se someten a altos niveles de exigencia que sus ideales le exigen.

En “De un horizonte incierto”, Galende describe que vivimos en una nueva cultura y asistimos a cambios profundos en las formas de trato y vínculo social.

La moda de la competición generalizada se trata de una lógica compleja de lo social que se sostiene en la producción de determinada subjetividad que hace de soporte a los desarrollos prácticos. Se

trata de verdaderas ficciones eficaces a la hora de promover ciertos emblemas para la aceptación de la competencia como valor social, de la empresa y del consumo, como motores de la realización personal. Los individuos no pueden prescindir de estos emblemas que les permiten encontrar un lugar imaginario en los procesos colectivos, ya que necesitan imperiosamente ser “alguien”.

La relación de consumo se ha convertido en un valor nuevo, absolutamente independiente de las características de la producción y de las subjetividades.

Estamos entonces frente a rasgos nuevos del consumo que definen nuevas formas de subjetividad. Los individuos quedan pegados a las necesidades que se han inducido y piensan en función de ellas.

La subjetividad superficial y masificada deja sin sustento a los sujetos para actuar sobre la realidad desde la subjetividad de sus deseos, sus ilusiones, sus anhelos, sus ideales o sus fantasías, llevándoles a la sola reproducción automática de la realidad que habitan.

Se trata también de una subjetividad que ha modificado su relación con el cuerpo. Este tiende a desprenderse de su valor de imagen, o a fusionar la imagen y el cuerpo real, convirtiéndolo en una suerte de máquina que debe “funcionar”. En estas condiciones la palabra se ausenta o se hace puro medio instrumental, ya que se habla del cuerpo propio como cosa (estética, etc) y del cuerpo del otro como un objeto más de apropiación, cambio y consumo.

Esta subjetividad promueve una cotidianidad ritualizada, sin demasiada reflexión de su existencia ni crítica de lo existente, sin sospecha sobre el sentido de la vida, lo que caracteriza el venir de estos individuos como repetitivo y monótono.

La repetición en esta subjetividad nueva es diferente: no existe el apego por lo perdido, ni podemos observar un duelo renegado. Lo emocional y lo afectivo de estos individuos, parece desplegarse “en superficie” como un “siempre ahí”, sin ninguna remisión del pasado, lo que facilita el “da lo mismo” de cualquier objeto.

La impotencia de los individuos frente a las nuevas formas de poder ha llevado a un hacer sobre sí mismos que en muchos casos resulta un hacer pasivo.

En el Poster presentado actualmente, hemos evaluado a pacientes que regresan a pedir ayuda a la institución en un periodo de tiempo de entre 6 meses y un año y medio, y aquellos que han vuelto luego de 18 meses, desde el último tratamiento.

Entre los datos recogidos podemos observar que del total de los pacientes evaluados solo un 40% expuso haber tenido tiempo libre suficiente como recreo de sus responsabilidades, y el 55% dijo

haber disfrutado de actividades que le generen placer. Más de la mitad de ellos en paralelo han expresado insuficiente tiempo libre suficiente; por lo que podemos interpretar que la presión social, tal como describe Emiliano Galende, lleva a programar la rutina de tal manera que los pocos espacios que tienen los pacientes de recreación ya los tienen planificados con anterioridad para efectivizar el tiempo.

El 64% de estos pacientes recuperó todo el peso que había bajado durante el tratamiento y volvió con aún más peso del inicial. La situación de ellos varía significativamente cuando están institucionalmente contenidos de cuando se manejan con independencia, ya que al pasar el tiempo se vuelven a sumergir en las exigencias socioeconómicas de mayor productividad perdiendo registro de uno mismo.

Así podemos analizar la relevancia de la interdisciplina en el tratamiento de la obesidad, donde desde un espacio psicológico se pueda otorgar herramientas al paciente obeso que le permitan no solo poder tomar conciencia de enfermedad y mayor registro de sensopercepción para que las señales internas del individuo sean captadas y las emociones se interpreten adecuadamente, sino que también la descarga de las mismas se de en un contexto y de una forma más funcional para la persona.

También es esencial que el paciente logre frenar en la vorágine en la que se ve inmerso para encontrar espacios de ocio y placer, ajenos a los momentos de ingesta. Pudiendo no solo encontrar un mejor equilibrio entre el “deber ser” y el “querer ser”, sino también poniendo límite a la demanda externa.