

LAS FANTASÍAS ADIPOSAS EN LA OBESIDAD

Dr. Luis A. Chiozza

**Dr. Luis F. Barbero, Lic. Dorrit E. Busch,
Dr. Gustavo L. Chiozza y Lic. Mirta B. Funosas**

Centro Weizsaecker de Consulta Médica

- OCTUBRE 1996 -

SÁBATO: (...) *Estas obsesiones iniciales, que daban el comienzo y el fin de la obra deben ser respetadas, por lo mismo que son obsesiones, es decir visiones profundas de una realidad que uno no alcanza a distinguir con nitidez. Como se ve, al menos en mi caso, el final tira, por decirlo así, todo hacia él. Pienso que en esto la ficción se parece a la vida, ya que también en la vida nos movemos hacia ciertos fines obsesivos. Es la inversa de lo que sucede con los objetos materiales, con las cosas, que responden a las causas: una bola de billar sigue la trayectoria que le marca el golpe del jugador: el presente produce el futuro.*

BORGES: *(Interrumpiéndolo con seriedad) Sí, un mecanismo.*

SÁBATO: *Como en los relojes, el determinismo que va de atrás para adelante. La fatalidad es un hombre atraído por un destino, no empujado por una causa."*

DIÁLOGOS, BORGES, SÁBATO (1976, pág. 144).

EL DESCONCIERTO DE LA MEDICINA FRENTE A LA OBESIDAD¹

El problema de la obesidad

Para algunas estadísticas entre un 30 y un 40% de la población de los Estados Unidos, casi 80 millones de individuos, poseen una sobrecarga ponderal (Creff y Herschberg, 1988); para otras, un 26% de la población de ese país evidencia una sobrecarga ponderal leve, mientras que un 9% tiene una sobrecarga ponderal severa (Björntorp y Brodoff, 1992). Las distintas estadísticas sobre la incidencia de esta patología en la población presentan variaciones sorprendentes debido a que, como es obvio, dependen de qué se entiende por obesidad, y al parecer, como veremos en seguida, no existe un acuerdo general en este tema. Sin embargo, todos coinciden en afirmar que la obesidad posee una elevada incidencia en el mundo occidental (Felber, Acheson y Tappy, 1993) y *“representa un problema médico importante en los Estados Unidos y en la mayoría de los países desarrollados”* (Best y Taylor, 1993, pág. 930).

Millones de personas desean adelgazar y, pese a sus reiterados intentos con las más diversas dietas, se encuentran cada vez más lejos del objetivo inicial. Aquel que recurrió por primera vez a una dieta con el deseo de bajar 5 kilos, luego de unos años, se encuentra en la paradójica situación de que su objetivo inicial se encuentra ahora a 10 kilos de distancia.

Si bien son muchos los que, alguna vez, han intentado sin éxito alguna dieta, muchos menos son los que alguna vez consultaron a un especialista. Las dietas, creadas por especialistas o profanos, van perdiendo su carácter de recurso terapéutico para convertirse en un producto “vendible” para millones de consumidores desesperados, desorientados, pero siempre esperanzados.

Así las dietas son productos que se necesita comprar y se desea vender. La dieta de bajas calorías, la dieta de Atkins, la dieta hiperprotídica, la dieta hidroprotídica, la dieta disociada, la dieta vegetariana, la dieta Zen, la dieta de la Luna, la dieta de la antidieta, la dieta del ayuno absoluto (¡y la lista sigue!), pasan a engrosar una lista que aumenta progresivamente conforme aumentan los kilos de sus temporales adeptos.

Este fervor dietario ni siquiera ha conseguido disminuir el ventajoso negocio de la industria alimentaria, que rápidamente se ha adaptado a este nuevo producto de consumo y sigue encontrando en el obeso su mejor cliente. 350 millones de dólares facturó la industria dietética en los Estados Unidos en el año 1986, y la facturación continúa subiendo a razón de un 20% anual (Creff y Herschberg, 1988).

¹ Queremos señalar y agradecer la colaboración de Liliana Casali quien nos acompañó en una gran parte del camino que condujo a la realización de este trabajo. Señalar y agradecer, también, la posibilidad que nos brindaron Carlo Brutti, Rita Parlani, Rosaria Basile, Veglia Pieracci y María Rosa Ventura del *Instituto di Ricerca Psicomatica-Psicoanalitica Arminda Aberastury* de Perugia, de discutir, repensar y enriquecer las ideas que hoy presentamos aquí.

Así, luego de extraer la crema de la leche para la elaboración del queso, el despojado suero restante, que antes se desechaba, pasa ahora a formar parte de un nuevo producto: la leche descremada que nos asegura (a cambio de un mínimo aumento de precio) un 0% de grasas. Junto a la industria *diet* o *light*, la industria naturista se toma el costoso trabajo de aportarnos las fibras imprescindibles que nuestro organismo necesita, con sólo ahorrarse el proceso de refinamiento de la harina.

En sus tentativas para adelgazar los obesos gastan importantes sumas de dinero que repercuten en la economía general; según calculan algunos, la pérdida de un kilogramo tiene un costo en Francia de 300 francos (el 70% a cargo de la Seguridad Social) en consultas, revisiones, medicamentos, tiempo de trabajo perdido para cuidarse, etc. En Alemania Federal se estima que los gastos en obesidad representan un 20% del presupuesto de la Seguridad Social y un 2% del producto nacional bruto en cuidados, paros en el trabajo e invalideces (Creff y Herschberg, 1988).

Sin embargo, es menos sabido que el problema que la obesidad plantea a la medicina excede en mucho al del ámbito terapéutico. Así es, iguales dificultades tiene la medicina para tratar la obesidad que para definirla, o para revelar algún hecho concluyente acerca de sus “causas”.

Lo que comienza por ser una definición imprecisa y esquiva, termina por conducir a los más rotundos malentendidos, que concluyen siempre reinstalando los mismos interrogantes que se pretendía responder.

“Ninguna otra afección está tan sujeta como ésta a las influencias sociales en lo que respecta a su definición, ni a controversias profesionales tan profundas en lo que atañe a su importancia médica y necesidad de tratamiento” (Stein, 1983, pág. 1776/77).

¿Qué se entiende por obesidad?

Si bien con sólo ver a un sujeto (no es necesario pesarlo!) sabemos si es o no un obeso, dar una definición del término parece ser bastante complejo. Según Moliner (1991) *obesidad* es la cualidad de *obeso*, y *obeso* (que proviene del latín *obesus*, participio de *obédere*, de *édere*, comer) significa *gordo*. Esta autora nos aclara que el término *obeso* tiene la connotación de *anormalmente gordo*, y que *obesidad* se utiliza particularmente para designar un *estado patológico*.

Es decir, que *gordo* y *obeso* son en su origen sinónimos, pero en su uso actual poseen un significado ligeramente diverso. Mientras que la *gordura* es una *cualidad del ser*, la *obesidad* es, particularmente, un *estado anormal o patológico*, en otras palabras, una *enfermedad*. Para saber entonces qué significa *obesidad* debemos continuar nuestra investigación y preguntar, ahora, qué hace que una *gordura* sea *patológica*; a partir de cuándo (¿o deberíamos decir cuánto?) un *gordo* deja de ser normal para comenzar a estar enfermo.

Para esta pregunta no hemos encontrado, aún, una respuesta clara. Los textos especializados afirman que la *obesidad* es una excesiva acumulación de *grasa*

(Salvat, 1974), o más precisamente el exceso de depósitos de triglicéridos en el tejido adiposo, lo cual determina un exceso de peso corporal (Farreras y Rozman, 1988). Para Stein (1983, pág. 1777) *“no existe, y probablemente no habrá nunca, una definición precisa del peso corporal normal, o del porcentaje normal de peso que debe corresponder al tejido adiposo; la definición de la **obesidad** será, pues, siempre relativa. (...) Por lo tanto, la mayoría de los médicos se siguen orientando por las tablas tradicionales que establecen el peso ideal en relación con la altura, aunque su aplicabilidad a la población general está por demostrar. Sea como fuere, tomando dichas tablas como punto de partida, una definición razonable y conservadora sería aquella en la que se indicase que existe una obesidad patológica cuando el peso corporal supera en un 25% la cifra establecida como ideal”*.

Existe una gran variedad de criterios entre los distintos autores (y también las distintas épocas) acerca del exceso de peso, expresado en porcentaje del peso ideal, que “inaugura” la condición de obeso. Para muchos se considera un 20% y para otros, incluso, un 10%. A esta disparidad de criterios se suma los diferentes métodos² de relacionar la talla y el peso para obtener el peso ideal; veamos algunos:

- 1. Peso ideal (en kg) = talla (en cm) -100.**
- 2. Peso ideal (en kg) = 50 + 0,75 x (talla en cm - 150).**
- 3. La relación talla/peso debe ser igual a 2,4.**
- 4. Peso ideal (en kg) = (talla en cm - 100 + edad ÷ 4) x 0,9.**

Así, el peso ideal para un sujeto de 25 años y 1,80 m de altura, será de 80 kg según la primera fórmula; de 72,5 kg para la segunda; no mayor de 75 kg para la tercera, y de 77,6 kg, para la cuarta. Si el joven de nuestro ejemplo pesa 90 kg, podría tener tanto un sobrepeso de un 13% como una obesidad con un 25% de exceso de peso, según el profesional consultado. Solamente el sentido común nos eximirá de las consideraciones precedentes si el joven de nuestro ejemplo es, además, un musculoso jugador de *rugby*.

Otro método para intentar determinar la cantidad de tejido adiposo consiste en efectuar mediciones del grosor del pliegue cutáneo en distintas regiones del cuerpo; método que también tiene múltiples desventajas: las mediciones son difíciles de reproducir, especialmente en los obesos; reflejan sólo la obesidad subcutánea y dependen demasiado de la elasticidad dérmica que varía con los años (Björntorp y Brodoff, 1992).

² Tomados del *Manual de obesidad* de A. F. Creff y A. D. Herschberg (1981, pág. 1).

Existen, no obstante, otros métodos para determinar el peso corporal ideal; *“en los últimos años el índice de masa corporal (BMI)³, peso (kg) por talla (m²)^[4], ha ganado reconocimiento como un subrogado aceptable de la medida de obesidad (gordura) del cuerpo. (...) No obstante personas con similar BMI muestran una variación bastante amplia en la gordura corporal. Por lo tanto debe tenerse presente que el BMI caracteriza grupos antes que individuos”*⁵(Björntorp y Brodoff, 1992, pág. 330).

Siguiendo el parámetro del BMI se considera que un sujeto tiene sobrepeso (obesidad leve) cuando su BMI alcanza la cifra de 27 (esto es 27 kilos por metro cuadrado de superficie corporal), y es obeso con una cifra mayor de 30 (Felber, Acheson y Tappy, 1993). Otros autores consideran cifras distintas para definir el sobrepeso (por ejemplo 27,8 para los hombres y 27,3 para las mujeres) aunque existe un acuerdo mayor para considerar la obesidad a partir de cifras que alcanzan o superan a 30.

“Se ha propuesto una clasificación internacional para la obesidad aprobada por la OMS basada en (...) rangos arbitrarios de BMI”. La obesidad de grado 1 (sobrepeso moderado) se define con un BMI de 25 a 29,9; la de grado 2 (sobrepeso severo) con un BMI de 30 a 39,9 y la de grado 3 (obesidad u obesidad morbosa) con cifras de BMI mayores de 40 (Björntorp y Brodoff, 1992, pág. 330). Así, por ejemplo, el musculoso joven del ejemplo anterior tendrá un BMI de 28 (kg/m²) y, a menos que, con buen criterio, se lo excluya de estas estadísticas, lamentablemente elevará el porcentaje de obesos grado 1 de su país.

Sin embargo, las controversias acerca del tema no concluyen en la determinación de la cifra a partir de la cual se comienza a hablar de obesidad. Creff y Herschberg (1981) comienzan su *“Manual de obesidad”*⁶ afirmando que *“la obesidad no es una enfermedad propiamente dicha, pero, tras un período de latencia bastante prolongado, se convierte en el principal motivo de consulta en diabetología, en cardiología, en reumatología, en circulatorio o en digestivo”* (pág. vii), definición

³ Hemos procurado realizar una traducción fiel y literal del original, disponible sólo en inglés: *“In recent years, the body mass index (BMI), weight (kg) per height (m²) has gained recognition as an acceptable surrogate measure of body fatness. (...) Nevertheless, persons with similar BMI show quite wide variations in body fat. Therefore it must be kept in mind that the BMI characterizes groups rather than individuals”*.

⁴ Para poder establecer el BMI se recurre a una tabla especial (© George A. Bray, 1978) - que el lector puede consultar en la página 302 de *Obesity* de Björntorp y Brodoff (1992)- donde se obtiene el BMI a partir del peso y la altura.

⁵ Incluimos esta cita con la intención de enfatizar que el BMI no es, en opinión de los citados autores, un adecuado método para determinar el peso ideal o su alteración patológica en un individuo dado. Sin embargo, el segundo término de la afirmación, es decir, que no siendo adecuado para caracterizar individuos, sí lo es para caracterizar grupos de individuos, genera, en nosotros, cierto desconcierto. Nos inclinamos a pensar que, con esta afirmación, los autores quieren significar que si tomáramos, por ejemplo, diez sujetos con un BMI de 32, la mayoría de ellos serán obesos.

⁶ En el prólogo a la edición española, Gonçal Lloveras - Profesor Adjunto de Endocrinología en la Universidad Autónoma de Barcelona - afirma que se trata de *“... un libro científicamente correcto puesto al día en cuanto a información, pero a la vez sencillo, escrito también desde la experiencia clínica, educativo con seriedad. (...) Consideramos, pues, un acierto la publicación de esta versión en lengua castellana de ‘Obésité’.*” (Creff y Herschberg, 1981, pág. v/vi).

que desconcierta por su extrema ambigüedad. En efecto, la misma definición podría también aplicarse a lo que llamamos “una vida normal”, ya que, al fin y al cabo, aún los más sanos, más tarde o más temprano terminarán golpeando la puerta de alguno de aquellos consultorios.

Pero mayor aún es la sorpresa cuando estos mismos autores tratan el tema de la obesidad como una patología “propiamente dicha”, y finalizan el citado tratado afirmando que: *“si bien podemos situar el inicio de una obesidad, nunca podremos predecir hasta qué punto de sobrecarga se desarrollará; además, no tenemos demasiados elementos para prejuzgar su morbilidad potencial. Como consecuencia, pensamos que la obesidad, **siendo una afección como cualquier otra, debe ser tratada lo antes posible**”* (Creff y Herschberg, 1981, pág. 193).⁷

Dado que la vida es ante todo equilibrio (sea entre acidez y alcalinidad, entre catabolismo y anabolismo o entre Eros y Tánatos) todo exceso que sobrepase el óptimo atentará contra la vida y será enfermedad y muerte; se trate de oxígeno, de dinero, de glóbulos rojos o de tejido adiposo. Pasado un cierto límite la cantidad se transforma en cualidad; precisar ese límite no es tarea fácil. La acumulación de tejido adiposo es un recurso normal y saludable y nada demuestra que el mecanismo de almacenamiento de la grasa en el obeso difiera del mecanismo normal, excepción hecha de la cantidad (Best y Taylor, 1993).

“En fin, por el momento, a pesar de los muchísimos progresos, ignoramos casi por completo los íntimos mecanismos de esta sobrecarga de grasa, no entendemos del todo las diferencias entre los individuos frente a la alimentación y, a pesar de la gran cantidad de hipótesis formadas, nos cuestionamos más cosas que respuestas obtenemos”, concluyen Creff y Herschberg (1981, pág. ix).

La obesidad extrema, la que daña otros órganos y sistemas, no constituye el meollo del problema ya que ésta es la más fácil de diagnosticar, representa un porcentaje pequeño de las consultas por obesidad y es, a la vez, la de mejor respuesta al tratamiento (Creff y Herschberg, 1981). Tampoco lo es la obesidad secundaria a otras patologías, en donde la enfermedad primaria ocupa el centro de la escena. El desconcierto de la medicina frente a la obesidad se da en el campo intermedio que representa el 90 a 95% de las consultas⁸ (Creff y Herschberg, 1981), en lo que se presenta como “unos kilos de más”, donde la dificultad para dar una definición de la “patología” que se pretende “tratar”, sólo es parangonable con la dificultad para obtener un éxito terapéutico duradero.

El desplazamiento de la forma al peso

⁷ El destacado no pertenece al original sino a la intención nuestra de subrayar, a través de esta contradicción evidente, el gran desconcierto que suscita la obesidad para la medicina; desconcierto que, por otra parte, confiesan los mismos autores, como se puede apreciar en la cita que veremos en seguida.

⁸ Estas consultas representan, a su vez, un porcentaje mínimo de la población que desea adelgazar; población que, recurriendo directamente a las dietas publicitadas, no consulta a los centros en los que se elaboran este tipo de estadísticas.

Si bien el aumento del tejido adiposo supone un incremento del peso, no es ocioso aclarar que ese aumento no necesariamente se refleja en el peso global de la persona. Ocurre frecuentemente que el aumento del tejido adiposo se acompaña de una disminución de la masa muscular y un aumento de la retención de agua, por lo tanto las vicisitudes del peso global son sólo un signo indirecto e impreciso de lo que ocurre en el tejido adiposo; signo que, incluso, puede conducir a apreciaciones erróneas.

No obstante esta obviedad, el tema del peso en la obesidad ha adquirido una dimensión exagerada; la obesidad se ha convertido en “sobrepeso” o, técnicamente hablando, en “sobrecarga ponderal”; “adelgazar” ha pasado a significar “bajar de peso”, y el deseo de adelgazar está unido a una cifra exacta, expresada en cantidad de kilos.

En otras palabras, el peso corporal ha dejado de ser un signo para convertirse en síntoma, desplazando y ocultando al síntoma inicial, que ha motivado y todavía sostiene el deseo de adelgazar. En efecto, el deseo de adelgazar no surgió sobre la balanza sino frente al espejo. La cifra en la balanza o el talle de la ropa, a diferencia de la forma corporal, son “secretos” que no se hallan a la vista. Cualquier varón aceptaría gustoso diez kilos siempre que se trate de músculos y no de grasa.

También para el médico *“el concepto de cuándo un sujeto es obeso se establece más que nada por la inspección”* (Jiménez Díaz, 1950, pág. 100); y el deseo de adelgazar estará dado por las repercusiones patológicas en otros órganos, por la impotencia funcional o, sencilla y fundamentalmente, por el displacer que le genera al sujeto su forma corporal; a estos motivos se sumará luego un consenso instrumentado por los intereses de la industria.

Una vez determinada la necesidad de adelgazar, el médico, intentando “medir” lo que, en su origen y como motivo de consulta, es cualidad, pesa y compara al paciente con los patrones “normales” establecidos en las tablas que ya mencionamos. Estas tablas están *“hechas sobre mediciones de millares de individuos”* (Puchulu y Pángaro, 1951, pág. 345), los cuales (subrayémoslo) han sido elegidos por considerárselos normales “a priori” de toda medición (!)⁹.

No obstante estas consideraciones, a los fines de encuadrar nuestra tarea, debemos ensayar algún tipo de definición por más provisoria que se demuestre. Busquemos entonces una definición lo más desprovista posible de malentendidos que enturbien el objeto de nuestra investigación. Tratando de volver al sentido más primitivo de las palabras, llamaremos obesidad (por ahora), a una forma egodistónica del **engordar**; es decir, una alteración de la forma corporal por acumulación de tejido adiposo normal que se transforma en una fuente de malestar que motiva el deseo de **adelgazar**.

⁹ Aún los métodos más sofisticados que se han elaborado para determinar la cantidad de tejido adiposo, arrojan valores que luego serán comparados con un valor establecido como el “standard” normal; “standard” surgido de la medición de sujetos elegidos por considerárselos “normales” por inspección.

Este malestar, que suele presentarse como un sentimiento de **disconformidad** con la propia forma o bien como una **impotencia** funcional que deriva de la alteración de la forma (aunque algunas veces puede estar creado por el consenso o, incluso, por el médico), es, para nosotros, un motivo de consulta tan genuino como cualquier otro, sea un cáncer o una hipocondría. Nos abstendremos momentáneamente de abrir juicios acerca de la morbilidad futura de este malestar o aquella acumulación de grasa, como así también de las perspectivas pronósticas que dependerán del tratamiento que se emplee.

Una “bolsa de trucos” para definir la “causa” de la obesidad

Como si las dificultades para definir y tratar a la obesidad no fueran suficientes, se agrega, además, la dificultad para definir sus “causas”. Creff y Herschberg (1981) sostienen que el “... *metabolismo de los ácidos grasos en el obeso probablemente no difiere del de un sujeto normal de peso. **Simplemente se realiza a un nivel superior***” (pág. 12).

“Se ha observado cierto número de anormalidades metabólicas y endócrinas en personas obesas. Por ejemplo, tienen niveles anormalmente altos de insulina plasmática y su respuesta de insulina a la ingesta de glucosa es mayor que lo normal. Sin embargo, los individuos normales que deliberadamente aumentan de peso con propósitos experimentales obligándose a comer en exceso también desarrollan hiperinsulinemia; cuando vuelven a sus hábitos de ingestión normales y recuperan su peso normal, su hiperinsulinemia desaparece. Así, la hiperinsulinemia y la mayoría de las ‘anormalidades metabólicas’ descritas en el sujeto obeso representan resultados de la obesidad, más que causas (Sims y col., 1973)” (Best y Taylor, 1993, pág. 930).

No habiendo encontrado, entonces, diferencias con los sujetos normales en los mecanismos de acumulación de grasa del obeso, es decir, el metabolismo graso, una pregunta sigue en pie: ¿Por qué un sujeto es obeso?

Las primeras respuestas relacionaron la obesidad a una excesiva ingesta, o a lo sumo a una desproporción entre el aporte y el consumo. Los textos actuales han descartado esta teoría por considerarla demasiado simple; “...*todo aquello que lleve a un desequilibrio continuo entre la ingesta de alimentos y el consumo de energía (balance energético positivo) puede ser causa de obesidad. Sin embargo, decir que la obesidad se debe a una ingesta excesiva de alimentos no es más profundo o esclarecedor que decir que el alcoholismo se debe a una ingesta excesiva de alcohol*” (Best y Taylor, 1993, pág. 930).

Por otra parte, esta teoría del balance energético positivo tampoco resulta aplicable a todos los casos. En efecto, medida la ingesta en términos de calorías, hay sujetos que comen mucho y no engordan; actualmente se considera que sólo el 30% de los obesos tienen una ingesta calórica elevada. Otro 30% mantiene una ingesta hipocalórica (Creff y Herschberg, 1981)¹⁰.

¹⁰ Creff y Herschberg (1981) realizan la siguiente observación: “Estas encuestas también nos mostraron que en esta población joven (de 18 a 30 años) de peso normal y estable, padecen [!]:

Michel Montignac (1994), autor del *Método Montignac*, elabora una cuidadosa crítica de las distintas dietas existentes fundamentada en opiniones de reconocidos profesionales, especialistas en la materia; así nos dice que “...el profesor David Gartner, de la Universidad de Michigan, considera, al igual que muchos colegas, que el primer factor de la obesidad en los Estados Unidos ‘es la sucesión de regímenes hipocalóricos’” (pág. 31). “El profesor Bronwell, de la Universidad de Pensilvania, ha estudiado el fenómeno con ratas de laboratorio cuya alimentación estaba compuesta por una serie alternativa de regímenes pobres en calorías. Los animales ganaban y perdían peso, pero el ritmo del aumento y la disminución variaba con cada nuevo régimen (...) Después, la pérdida de peso era cada vez más difícil de conseguir y la recuperación cada vez más rápida. Lo que demuestra que el metabolismo se adapta a la reducción calórica” (pág. 35). “El profesor Apfelbaum, que durante más de veinticinco años fue un ardiente defensor de esta dieta proteica, tuvo el valor de reconocer la inutilidad de la misma en el Congreso Internacional de la Obesidad celebrado en Amberes en 1993, donde se llegó a la conclusión de que ‘a largo plazo, todos los individuos recuperan los kilos perdidos’” (pág. 41)¹¹.

Estas observaciones desplazaron el norte de la investigación de la cantidad (medida en calorías) de alimentos a la calidad de los mismos¹². Se llegó así a la idea de incrementar la ingesta de vegetales y fibras, o frutas, o separar la ingesta de grasas de la ingesta de hidratos de carbono, o ingerir preferentemente proteínas, o privar de hidratos de carbono, etc. Todos estos intentos, surgidos de enfatizar distintos aspectos del metabolismo graso, fueron engrosando tanto la ya

48% normofagia (...), 51% hiperfagia (...), 1% hipofagia (...) Como consecuencia, el estudio de la eferencia comportamental concerniente al hambre, hace aparecer un fenómeno capital: el obeso no siempre es el gran glotón, el hiperfago concebido antes de que las encuestas y los balances dietéticos se convirtieran en una práctica corriente” (pág. 51). Surge aquí la pregunta acerca de si la referida diferencia con los textos antiguos, en los que se describía al obeso como un hiperfago, se debe a un progreso de los conocimientos o a un cambio en la manera de comer del obeso por la influencia iatrogénica del énfasis que, durante los últimos años, puso la medicina en las dietas.

¹¹ Lamentablemente el libro de Montignac, destinado al lector no especializado, carece de referencias bibliográficas.

¹² El “Método Montignac”, que según su autor no debe considerárselo una dieta, se basa en la ingestión exclusiva de alimentos “naturales” por poseer éstos “un bajo índice glicémico”; es decir, elevan menos la glucosa en sangre y por lo tanto, como veremos luego, estimula la secreción de insulina (hormona que favorece el depósito de lípidos) en menor grado. Independientemente del destino que el futuro depara para esta dieta, es susceptible de recibir una objeción similar a la que el propio Montignac hace a las otras dietas; cómo es que existen sujetos que no engordan pese a consumir alimentos con un índice glicémico elevado. Un argumento muy similar utilizan Diamond y Diamond (1991) cuando denominan a su “procedimiento para adelgazar” con el paradójico nombre de “antidieta”. Tanto la *Antidieta* como el *Método Montignac* insisten en que mientras la dieta es algo temporal, sus procedimientos procuran un cambio estable y definitivo en el modo de alimentación. Así, pensamos, buscan resguardarse tanto del desprestigio con que los innumerables fracasos van tiñendo el concepto de “dieta”, como del aumento de peso que sigue a la primaria disminución, una vez que se abandonan estos procedimientos. Aún suponiendo que algunos obesos pudieran adquirir definitivamente estos hábitos alimentarios, de modo tal que no recuperaran el exceso de grasa perdido, del mismo modo que ocurre con los alcohólicos “recuperados” no podríamos decir que su obesidad estaría “curada” sino, simplemente, “temporalmente controlada”.

larga lista de dietas disponibles, como la no menos larga lista de fracasos a largo plazo.

No obstante los escasos éxitos duraderos cosechados, un mismo argumento sigue desalentando los intentos de este tipo: ¿Por qué los sujetos normales que comen sin observar las cualidades de los alimentos ingeridos no engordan? Como vemos, es el mismo argumento que otrora llevó a abandonar la teoría cuantitativa al observar que no en todos los casos los obesos comían más “calorías”.

Dado que un individuo normal (se trate de un hombre o un animal de laboratorio) frente a una adecuada oferta cualitativa de alimentos, escoge (inconcientemente) guiado por su apetito los alimentos necesarios en calidad y cantidad, y mantiene, así, su peso - tejido adiposo incluido -, las suposiciones se orientaron a una supuesta alteración “nerviosa” de esta compleja regulación.

Se hicieron, entonces, muchas afirmaciones, todas ellas empíricas, acerca del trastorno inherente a la obesidad. *“El tejido adiposo del obeso difiere del tejido adiposo del individuo normal, porque posee una particular avidez para almacenar la grasa, de ahí el nombre de lipofilia y además ofrece una resistencia especial para la movilización de la grasa depositada”* afirman Puchulu y Pángaro (1951, pág. 351), omitiendo aclarar qué significan los términos “particular avidez” y “resistencia especial”.

Se afirmó también que en el sujeto obeso el “ponderostato” o el “adipostato”¹³ o, mejor, el “lipidostato”¹⁴ estaba alterado, de modo tal que el sujeto no se detenía una vez ingerido lo “necesario”, o se detenía más allá del “punto óptimo”. Existiría así, un supuesto *set point* que lleva al sujeto, por medio de la ingesta de cierto tipo y cantidad de alimentos, a alcanzar un determinado “peso” (mejor dicho, una determinada cantidad de grasa); *set point* que en el obeso estaría fijado en un “nivel erróneo”. Tanto el cientificismo del “ponderostato”, como el tecnicismo anglosajón del *set point* son intentos de mantener la **ilusión** de haber encontrado la causa de la obesidad suponiendo la existencia de una estructura somática “descompuesta” por el concurso de algún mecanismo físico.

Pero si bien con esta especulación seguimos todavía muy, pero muy lejos de haber encontrado la “causa” de la obesidad (tan lejos como al comienzo), destaquemos, sí, un progreso de otro orden en la relación entre el comer y el engordar. En efecto, a poco de reflexionar vemos que afirmar la existencia de un lipidostato o *set point* fijado en un “nivel erróneo”, implica afirmar también que el obeso no engorda porque come sino que, al revés, guiado inconcientemente por su apetito, el obeso come lo suficiente (en calidad y cantidad) para engordar primero, y luego para mantener estable su exceso de grasa.

Podemos afirmar, entonces, que es la concepción mecanicista - implícita en considerar el comer como la causa, la obesidad como el efecto y la dieta como el

¹³ En el citado párrafo en el que Creff y Herschberg (1981) hablan de la necesidad de tratar la obesidad, concluyen: *“antes de que se instalen de modo irreversible condicionamientos y vías metabólicas derrochadoras y antes de que el ‘adipostato’ se fije a un nivel erróneo”* (pág. 193).

¹⁴ Creff y Herschberg (1981) afirman que *“podemos concluir diciendo que existe un glucostato, pero que la existencia de un lipidostato no está comprobada”* (pág. 31).

tratamiento causal - la responsable de los fracasos terapéuticos que los especialistas, hoy, comienzan a reconocer; fracasos que, como una *némesis médica*, producen además, grados mayores de obesidad en quienes se someten reiteradamente a las dietas (el conocido efecto yo-yó).

Es esta misma concepción mecanicista la que, en palabras de Sábato, cuestionábamos desde el epígrafe al decir que: *“Estas obsesiones (...) deben ser respetadas, por lo mismo que son obsesiones, es decir visiones profundas de una realidad que uno no alcanza a distinguir con nitidez. (...) En la vida nos movemos hacia ciertos fines obsesivos. Es la inversa de lo que sucede (...) con las cosas, que responden a las causas (...) La fatalidad es un hombre atraído por un destino, no empujado por una causa”*.

Ver las cosas de esta manera, implica un cambio radical en la filosofía con la cual se intenta abordar el problema; comer ya no es la “causa” y el aumento de grasa el “efecto”, sino que comer pasa a ser un **medio** y el aumento de grasa su **meta** o **finalidad**. La pregunta por la causa de la obesidad cede su lugar a la pregunta por aquello que la **motiva**.

Sin alejarnos de las observaciones que hace la medicina, podemos afirmar que es el inconciente el que, a través del apetito selectivo y la saciedad, guía al sujeto en la calidad y cantidad de lo ingerido, prescindiendo de sus conocimientos concientes acerca del valor nutritivo de tal o cual alimento.

De a poco, vamos abandonando los trastornos del cuerpo para interesarnos en los motivos del alma. Omitiremos citar a numerosos autores psicoanalíticos que, partiendo de un punto de vista que consideramos errado, se ocupan de las ansiedades orales centrando su investigación de la obesidad en un presunto trastorno de la oralidad. Nosotros, en cambio, centraremos la nuestra en las fantasías adiposas. Pero para comprender el significado inconciente de estas fantasías, es decir, cuál es la motivación inconciente que se satisface con el aumento de grasa, deberemos comprender primero cuál es la función del tejido adiposo.

LA FUNCIÓN METABÓLICA DEL TEJIDO ADIPOSO

El tejido adiposo

El tejido adiposo es una variedad de tejido conjuntivo formado por un tipo particular de células llamadas células grasas o adipocitos; los adipocitos se hallan organizados en lobulillos separados entre sí por tabiques de tejido conectivo laxo que conducen vasos sanguíneos y nervios hacia el interior del tejido adiposo (Ham, 1975). El adipocito maduro consiste en una gran gota de lípidos carente de

estructura, rodeada por un reborde de citoplasma muy delgado, levemente engrosado en la zona del núcleo celular (Best y Taylor, 1993).

En el embrión y en las primeras etapas de la vida fetal los adipocitos contienen muy pocos lípidos almacenados y por lo tanto no poseen el aspecto característico de sus formas maduras¹⁵ (Best y Taylor, 1993; Fawcett, 1986). Sin embargo constituyen un tipo celular específico destinado a convertirse en adipocitos maduros llenos de lípidos (Best y Taylor, 1993; Ham, 1975).

En la mayoría de los mamíferos, incluyendo al ser humano, el tejido adiposo inicia su desarrollo a mitad de la vida intrauterina. En este período, los islotes de células no poseen lípidos y por lo tanto se los ha llamado órganos adiposos primitivos o también lipoblastos. La acumulación posterior de lípidos en estas células las convierte en adipocitos (Ross y Rompell, 1989; Fawcett, 1986). Así como el máximo crecimiento en longitud se alcanza a finales del segundo trimestre de gestación, el aumento de peso se inicia en el tercer trimestre alcanzando su máximo inmediatamente antes de término¹⁶ (Hib, 1994).

“El número de células adiposas aumenta desde la vida fetal, con un máximo [de aceleración] a partir de la 30ª. semana de gestación, hasta finales del primer año; después esta multiplicación disminuye progresivamente para detenerse al final del crecimiento corporal, (poco después de la pubertad)” (Creff y Herschberg, 1981, pág. 13). Los posteriores aumentos del tejido adiposo se hacen a expensas del tamaño celular y ya no del número de adipocitos (Best y Taylor, 1993).

La capacidad de captar y almacenar lípidos en forma de triglicéridos, como veremos en seguida, hace del adipocito una célula única, diferente a todos los otros tipos celulares, los cuales poseen una capacidad muy limitada para almacenar estas sustancias. Los triglicéridos constituyen la forma más eficaz de almacenamiento de energía y por lo tanto **el depósito de calorías de reserva es la función principal del tejido adiposo. Además, como derivado del tejido conectivo, desempeña un papel estructural acolchando las vísceras y como capa aisladora, reduce la velocidad con la que se pierde el calor corporal** (Best y Taylor, 1993).

Del mismo modo que la piel, el tejido adiposo puede ser considerado *“... un ‘órgano’ homogéneo, ampliamente distribuido en la anatomía humana (Wasserman, 1965)”* (Best y Taylor, 1993, pág. 890). Se halla en forma subcutánea en todo el cuerpo, con depósitos adicionales en las mamas y las nalgas; depósitos mayores se localizan en el mesenterio, alrededor de los riñones y, en menor

¹⁵ Esto, como se comprenderá mejor al hablar del metabolismo graso, está relacionado con el tipo de alimentación continua, que hace innecesario el depósito de reservas; podemos decir que las reservas adiposas del feto “se hallan” en el tejido adiposo materno.

¹⁶ El desarrollo de los adipocitos en el tejido celular subcutáneo comienza entre la vigésimo sexta y vigésimo novena semana, donde el peso aumenta 3,5 %; durante el transcurso de la trigésima y la trigésimo cuarta semana el tejido adiposo alcanza alrededor del 8% del peso corporal total. En las últimas semanas del desarrollo el feto está “regordete” y el crecimiento corporal disminuye. El tejido graso alcanza aproximadamente el 16% del peso corporal, llegándose a producir *“unos 14 g de grasa por día durante las últimas semanas de gestación”* (Widdowson, 1974, citado por Moore, 1988).

medida, en el pericardio. Por su distribución, contribuye a la forma corporal y de ella dependen, en gran medida, las diferencias corporales entre el hombre y la mujer, como lo prueba el depósito selectivo de grasa en las caderas, las nalgas y las mamas bajo la influencia de hormonas estrogénicas¹⁷ (Best y Taylor, 1993; Fawcett, 1986).

En todas estas localizaciones el tejido adiposo lleva a cabo su función principal de suministrar ácidos grasos durante el ayuno; sin embargo, el tejido adiposo de otras regiones no cede fácilmente la grasa acumulada, como por ejemplo en las órbitas oculares, en las grandes articulaciones o en las palmas de las manos y plantas de los pies. En estas regiones el tejido adiposo parece privilegiar sus funciones de sostén mecánico por sobre sus funciones de reserva metabólica (Fawcett, 1986).

Existe también otra variedad de tejido adiposo, la grasa parda (también llamada tejido adiposo multilocular por las múltiples gotitas de inclusión lipídica), que no está involucrada en la obesidad. La función principal de este tejido es la producción de calor en los animales recién nacidos y principalmente en los miembros de algunas especies cuando despiertan de la hibernación. La capacidad para producir calor proviene de las abundantes mitocondrias que, además, dan un color marrón oscuro a la grasa, color al que ésta debe su nombre. (Ham, 1975). Este tejido, abundante en el neonato humano, tiende a desaparecer¹⁸ con el correr de los años, siendo muy escaso en el hombre adulto. Se localiza en el triángulo anterior del cuello, detrás del esternón y en la zona perirrenal (Moore, 1988; Pansky, 1985).

Como vimos en el apartado anterior, resulta difícil determinar cuánto es la cantidad de tejido adiposo “normal”; algunos autores consideran que representa entre un 15 y un 20% del peso corporal en el varón y entre un 20 y un 25% para la mujer (Ham, 1975). Otros hablan de un 20% del peso corporal total lo cual significaría unos 15 kilos en un individuo promedio, de los cuales un 90% (unos 13 kilos) son lípidos almacenados como triglicéridos. *“Así, hay suficientes triglicéridos como para proporcionar combustible para dos meses o más con niveles promedio de consumo de calorías. Esto contrasta en forma notable con la cantidad limitada de glucosa almacenada disponible, suficiente sólo para proporcionar energía durante menos de un día”* (Best y Taylor, 1993, pág. 889).

¹⁷ La diferenciación de la distribución de la grasa corporal ocurre en la pubertad. En el varón, por el efecto de la testosterona, una cifra importante de adipocitos desaparece siendo el número total de sus células adiposas la mitad que el de la mujer. En él los acúmulos de tejido graso son más prominentes en la nuca y el abdomen. Los factores hormonales determinan también el volumen de los adipocitos que varía de una región a otra. Así pues, las células de la región deltoidea y escapular son mayores en el varón que en la mujer; por el contrario, en la mujer, los adipocitos de las regiones pelvianas y crurales son más voluminosos que en el hombre (Creff y Herschberg, 1981).

¹⁸ Algunos autores sostienen que después del nacimiento estas células van perdiendo sus características multiloculares, asemejándose así a la grasa blanca o unilocular. Por esta razón se suscitaban discusiones acerca de si hay o no dos tipos distintos de tejido adiposo. Las evidencias se inclinan a considerar dos tipos distintos de grasa; si bien en el adulto bien nutrido toda la grasa puede tener el aspecto unilocular, en ciertas condiciones pueden reaparecer masas de tejido multilocular en las mismas localizaciones que en el neonato (Fawcett, 1986).

Sin embargo no parece haber un límite para el aumento del tejido adiposo y, por lo tanto, casi todo el incremento del peso de un sujeto obeso se debe al aumento de la masa adiposa; así, en un obeso de 140 kilos, el tejido adiposo alcanza un peso total de 70 kilos, es decir, un 50% del peso corporal total. Este aumento puede deberse al aumento del número de adipocitos de un determinado tamaño, al aumento de tamaño de los adipocitos, o bien a mecanismos combinados. El número total de adipocitos depende, en proporción directa, de la nutrición temprana; por lo tanto la obesidad infantil comporta una población adipocitaria mayor (hiperplasia del tejido adiposo). La obesidad del adulto, en cambio, se debe al aumento del tamaño adipocitario (hipertrofia) con conservación del número de células, mientras que la obesidad de la segunda infancia se halla en una situación intermedia compartiendo, en proporción variable, ambos mecanismos (Best y Taylor, 1993).

Los ácidos grasos

Los ácidos grasos (o lípidos) son sustancias insolubles en agua que tienen especial importancia como reserva de energía y como componentes de las membranas biológicas. Si bien algunos tipos de ácidos grasos no pueden ser sintetizados por los mamíferos (linoleico y linolénico, llamados también ácidos grasos esenciales) y deben ser ingeridos en la dieta, la mayoría de ellos son fácilmente sintetizables a partir de la glucosa (Smith y Thier, 1988).

En cuanto a la función que ahora nos interesa, los ácidos grasos son acumulados en el tejido adiposo y en el hígado en la forma de triglicéridos; molécula ésta que surge de la unión de tres ácidos grasos en torno a una molécula derivada del fraccionamiento de la glucosa, el glicerol¹⁹. Los triglicéridos o grasas neutras constituyen depósitos de energía muy concentrada ya que el rendimiento metabólico surgido de la oxidación completa, medido en calorías²⁰, es de 9 kilocalorías por gramo, contra 4 kilocalorías por gramo de carbohidratos o de proteínas (Best y Taylor, 1993).

La especial cualidad de reserva energética concentrada surge de su insolubilidad en agua; esto hace que los depósitos de grasa estén libres de agua lo cual reduce notablemente el peso y el espacio del depósito lipídico. En consecuencia un gramo de grasa prácticamente anhídrica acumula más de seis veces la misma

¹⁹ "Triglicérido" es el nombre de uso habitual que sustituye al más completo de "tri-acil-glicérido" (TAG), que denota más exactamente su estructura química; es decir, un glicerol con sus tres átomos de carbono acetilados, donde el grupo acetilo es la característica propia de los lípidos.

²⁰ Escriben Farreras y Rozman (1988): "... el metabolismo (en relación cuantitativa) se debe considerar, según Rubner, desde el llamado punto de vista energético, y con arreglo al cual hay que concebir el organismo vivo como una máquina que necesita energía química para producir calor y trabajo. (...) En el descanso absoluto, la energía producida por el metabolismo se transforma casi toda en calor (...) La medida de las cantidades de calor así producidas por medio del calorímetro (calorimetría) da, por kilogramo de peso corporal y por hora, estando el cuerpo en reposo muscular completo (reposo en cama) en ayunas, una caloría grande, que es la cantidad de calor necesaria para elevar a 1 °C la temperatura de un litro de agua y corresponde a un trabajo de 247 kilográmetros" (pág. 1765 / 66).

energía que un gramo de glucógeno hidratado, que es la forma de almacenamiento de los hidratos de carbono (Stryer, 1988). Una cantidad equivalente de energía acumulada en forma de glucógeno implicaría una masa ocho veces mayor a la de la reserva grasa (Smith y Thier, 1988); en otra metáfora, un ave migratoria que transportara el mismo combustible en forma de glucógeno jamás podría levantar vuelo (Stryer, 1988)²¹.

Podemos pensar, entonces, que los ácidos grasos representan el ingenio de la naturaleza para almacenar combustible de un modo tal que reduzca al mínimo el consumo que implica, luego, el tener que transportarlo. En efecto, en la naturaleza el almacenamiento de energía en forma de grasas se halla ligado a la idea de locomoción, como lo señala Weisz (1987); así, los moluscos bivalvos y las plantas enraizadas almacenan energía en forma de glucógeno, mientras que las semillas vegetales que se dispersan con el viento o los animales que deben desplazarse lo hacen en forma de grasas.

Si bien como forma de almacenamiento de energía, los ácidos grasos superan en sus cualidades a los glúcidos, esto no ocurre en sus cualidades como “alimento” celular. En efecto, habiendo glucosa disponible los tejidos se inclinan por el consumo de la misma, aún el tejido adiposo. Los ácidos grasos son un alimento opcional para algunos tejidos como el músculo, en condiciones de escasez de glucosa. De este modo, se reserva la glucosa disponible para los tejidos llamados *consumidores obligados de glucosa*, como el tejido nervioso y los glóbulos rojos (Stryer, 1988). Otros tejidos, imposibilitados de consumir ácidos grasos, frente a la falta de glucosa, consumen un derivado metabólico de la oxidación hepática de los ácidos grasos, los llamados cuerpos cetónicos. A estos se los llama *consumidores preferenciales de glucosa*. Volveremos sobre este tema más adelante, al hablar sobre la regulación del metabolismo de los nutrientes (Best y Taylor, 1993).

El metabolismo graso

Durante muchos años, al considerar el bajo consumo de oxígeno por gramo de tejido adiposo, se creyó que este tejido era relativamente inerte. Sin embargo, si se tiene en cuenta que el 90% del peso del tejido corresponde al depósito de lípidos y se calcula el consumo de oxígeno por miligramo de proteínas celulares, el resultado es sorprendentemente alto, comparable al del hígado y el de otros tejidos metabólicamente muy activos. Tampoco es metabólicamente inerte (como se creyó erróneamente en un principio) el contenido lipídico, ya que el depósito y la movilización de ácidos grasos se lleva a cabo permanentemente aún cuando la

²¹ Las aves migratorias constituyen, en la opinión de varios autores, un interesante ejemplo del importante valor biológico de los triglicéridos. Algunos pájaros australianos migran volando sin escalas a lo largo de 2400 km, atravesando tierra y mar, para llegar a su destino. Para lograr esta hazaña vuelan a 40 km. por hora durante 60 horas ininterrumpidas. Para ello se vuelven moderadamente obesas cuando se preparan para el viaje sobre la tierra y muy obesas para enfrentar el viaje sobre el mar (Stryer, 1988; Best y Taylor, 1993). Otro ejemplo del rendimiento de los triglicéridos como fuente de energía lo constituye el colibrí de garganta roja; este pájaro acumula 0.15 gr. de triglicéridos por gramo de peso corporal diarios, lo que equivaldría en el hombre a engordar 10 kg. diarios” (Stryer, 1988).

masa de tejido adiposo no cambia. Es, justamente, esta continua renovación de ácidos grasos lo que permite afirmar que el tejido adiposo tiene una importancia capital en **el mantenimiento del cuerpo durante el ayuno** (Best y Taylor, 1993).

El metabolismo de los ácidos grasos es sumamente complejo y se halla regulado por un delicado equilibrio entre múltiples influencias de índole diversa, de modo tal que su examen, separado del metabolismo de los hidratos de carbono y proteínas, sólo permite una comprensión parcial.

En un intento de ser esquemáticos podemos comenzar diciendo, groseramente, que el metabolismo graso se comporta de dos maneras distintas, en correspondencia con dos situaciones polares: el estado de saciedad y el estado de ayuno, caracterizados, respectivamente, por la disponibilidad y la carencia de nutrientes en sangre.

Durante la saciedad el tejido adiposo tiene como tarea específica el almacenamiento de ácidos grasos excedentes (no consumidos por los tejidos) en forma de triglicéridos; triglicéridos que cederá cuando el estado de ayuno así lo requiera. **De esta manera el tejido adiposo, a modo de un *buffer*, contribuye a subsanar el desfase que ocurre entre la ingesta periódica y el gasto energético continuo.** El papel cardinal de desviar el metabolismo graso hacia el depósito o la movilización de lípidos almacenados es llevado a cabo por dos enzimas tan opuestas entre sí, en sus acciones, como lo son los estados de saciedad y ayuno a los que cada una responde.

La enzima activa durante el estado de saciedad es la *lipoproteín-lipasa*, que permite captar los triglicéridos de la sangre al separarlos de las proteínas que los transportan. Estos triglicéridos provienen o bien de la ingesta, formando con la apoproteína C-II los *quilomicrones*, o bien por fabricación endógena - principalmente hepática -, unidos a proteínas formando las llamadas lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL, del inglés *Very Low Density Lipoprotein*).

Si bien esta enzima se halla presente en la mayoría de los tejidos (aquellos aptos para consumir ácidos grasos), la lipoproteín-lipasa del tejido adiposo es la única que disminuye en estado de ayuno, permitiendo de este modo que los ácidos grasos liberados por el tejido adiposo sean captados por los tejidos que, durante el ayuno, así lo requieren. Contrariamente, repitámoslo, durante la saciedad la lipoproteín-lipasa permite el depósito de triglicéridos.

Para movilizar los ácidos grasos almacenados y liberarlos en la sangre, durante el estado de ayuno, es necesario deshacer la molécula de triglicérido. La hidrólisis de los triglicéridos almacenados es llevada a cabo por una enzima llamada *lipasa hormonosensible*; del resultado de su acción se libera a la sangre ácidos grasos libres y glicerol.

Regulación e integración del metabolismo de los nutrientes

Como vimos, frente a la disponibilidad de nutrientes en la sangre, el tejido adiposo, gracias a la acción de la lipoproteín-lipasa, extrae de la sangre los ácidos grasos ingeridos o fabricados en el hígado, y los almacena en forma de triglicéridos.

Cuando escasea la glucosa y la misma debe reservarse para los consumidores obligados, el tejido adiposo, gracias a la acción de la lipasa hormonosensible, hidroliza los triglicéridos liberando ácidos grasos para “alimentar” a los consumidores preferenciales, y glicerol, para la fabricación hepática de glucosa (gluconeogénesis).

Estas acciones están reguladas por hormonas que a su vez dependen, esquemáticamente hablando, de la presencia de glucosa en sangre, es decir la *glucemia*. Estas hormonas son la insulina, el glucagón, las catecolaminas y, por mecanismos indirectos, los glucocorticoides y la hormona de crecimiento²². El funcionamiento coordinado de estas hormonas regula la acumulación y el gasto de combustible acorde a la situación a la que el organismo debe enfrentarse (Smith y Thier, 1988).

La hiperglucemia, como por ejemplo la que existe en el período postprandial, es el principal estímulo para la secreción de insulina. Esta hormona tiene un efecto anabólico sobre el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas. Su presencia permite la incorporación de glucosa en el tejido muscular en reposo (no así durante el ejercicio), en el tejido adiposo y en el tejido hepático. Favorece entonces el consumo de glucosa por estos tejidos²³ (glucólisis) pero sobre todo su almacenamiento como glucógeno (glucogénesis) en músculo e hígado (Smith y Thier, 1988, Stryer, 1988).

En cuanto al metabolismo graso, la insulina favorece la fabricación de ácidos grasos por el hígado y por el tejido adiposo, y su almacenamiento en este último en forma de triglicéridos. Estimula también la síntesis de proteínas a partir de los aminoácidos incorporados en la dieta. Al mismo tiempo, la insulina posee un efecto inhibitorio sobre todas las funciones que se dirigen en sentido opuesto a las que ella estimula; es decir, inhibe la transformación del glucógeno almacenado en glucosa de consumo (glucogenólisis), inhibe la fabricación de glucosa a partir de aminoácidos (gluconeosíntesis) y su liberación a la sangre. También inhibe la lipasa hormonosensible impidiendo, la liberación de ácidos grasos por el tejido adiposo y la degradación de proteínas para la fabricación de glucosa (Smith y Thier, 1988, Stryer, 1988).

En síntesis: la insulina retira los nutrientes de la sangre favoreciendo su consumo (ganancia de energía) y almacenamiento, impide también que se utilicen las reservas; favorece el crecimiento al estimular la síntesis proteica e inhibe el autoconsumo implícito en la degradación de proteínas como sustrato de energía.

²² El mecanismo indirecto consiste en variar el número de receptores celulares para las hormonas que ejercen un efecto directo (Best y Taylor, 1993).

²³ El hígado constituye una excepción ya que si bien almacena glucosa como glucógeno y además la utiliza para la fabricación de ácidos grasos, aún en abundancia de glucosa el hígado se “alimenta” de cuerpos cetónicos que él mismo fabrica, reservando así el glucógeno para otros órganos cuando la glucosa ya no esté disponible; “... realmente el hígado es un órgano altruista” (Stryer, 1988, pág. 642). De este órgano depende el mantenimiento de la glucemia durante el ayuno. Otra excepción es el músculo cardíaco que consume preferentemente grasas (Stryer, 1988).

Su acción finaliza cuando la hipoglucemia que ella misma produce estimula la liberación de las hormonas antagónicas: el glucagón y las catecolaminas. Estas hormonas regulan el gasto de las reservas para mantener el consumo constante hasta la próxima ingesta. El sentido general de estas acciones consiste en destinar la glucosa acumulada durante la hiperglucemia postprandial (y la que puede sintetizarse) para mantener a los consumidores obligados, desviando la alimentación de los consumidores preferenciales para que utilicen las grasas reservadas (Smith y Thier, 1988).

La acción combinada de estas hormonas permite que el hígado produzca y libere glucosa a la sangre para “alimentar” a los consumidores obligados como el cerebro; es decir, estimula la glucogenólisis y la gluconeogénesis. A su vez, impide que los consumidores opcionales retiren la glucosa extraída de las reservas, pero permite que se alimenten a partir de los ácidos grasos movilizados por la acción de estas hormonas sobre el tejido adiposo²⁴.

Dado que los animales, a diferencia de las plantas, no pueden sintetizar glucosa a partir de ácidos grasos²⁵ (Stryer, 1988), una vez agotadas las reservas de glucosa, la síntesis de la misma implica la degradación de proteínas (gluconeogénesis a partir de aminoácidos). Existen, por lo tanto, adaptaciones metabólicas al ayuno prolongado con el fin de reducir al mínimo la degradación de proteínas. La principal consiste en la posibilidad que tiene el tejido nervioso de desviar su consumo de glucosa al consumo de cuerpos cetónicos fabricados por el hígado, a partir de los ácidos grasos movilizados de las reservas adiposas²⁶. *“Al cabo de varias semanas de inanición los cuerpos cetónicos se convierten en el combustible principal del cerebro. El cerebro sólo necesita 40 gramos de glucosa por día, a diferencia de los 120 gramos que necesita el primer día de ayuno. La eficaz transformación de los ácidos grasos en cuerpos cetónicos realizada por el hígado y su utilización por el cerebro disminuye ostensiblemente los requerimientos de glucosa. Así pues, se degrada menos tejido muscular que el primer día de ayuno”* (Stryer, 1988, pág. 646).

El fin energético del metabolismo intermedio

²⁴ Por su gran masa, el consumo del tejido muscular tiene una influencia importante sobre el metabolismo general. Si bien el músculo posee una reserva de glucógeno mayor a la hepática (por su mayor masa) carece de la posibilidad de liberar esa glucosa a la sangre y sólo puede consumirla la misma célula muscular que la almacenó. No obstante los metabolitos que surgen del consumo muscular de glucosa (sobre todo durante el ejercicio muscular intenso, que se da en condiciones anaeróbicas) pueden ser utilizados por el hígado para la síntesis de glucosa (gluconeogénesis a partir del lactato) (Stryer, 1988).

²⁵ No obstante esta afirmación, recordemos que la molécula de triglicérido contiene, además de tres moléculas de ácidos grasos, una molécula de glicerol originada en el fraccionamiento de la glucosa. Cuando se movilizan los lípidos, liberando ácidos grasos, el glicerol es utilizado por el hígado para sintetizar glucosa. Aunque esta fuente de glucosa no es de gran importancia, contribuye a la producción de las 9 kilocalorías que produce el metabolismo de un gramo de grasa (Best y Taylor, 1993).

²⁶ Esto sólo se logra luego de un ayuno prolongado; hipoglucemias agudas conducen a la carencia nutritiva del tejido nervioso, que puede producir el coma y la muerte (Best y Taylor, 1993).

Se llama metabolismo al conjunto de procesos químicos por los cuales un organismo recupera los materiales consumidos y logra energía en forma de calor y trabajo, a partir de la degradación de los nutrientes complejos ingeridos. Las sustancias nutritivas que participan en el metabolismo son las proteínas, los glúcidos, las grasas, sales y agua, fermentos, hormonas y vitaminas. Mientras que las sales y el agua son incorporados por los tejidos tal como se ingirieron, los glúcidos, las proteínas y las grasas deben sufrir importantes modificaciones para poder ser aprovechadas. Estas modificaciones, que sufren luego de su absorción y previo a su excreción, constituyen el llamado metabolismo intermedio (Farreras y Rozman, 1988).

El fin último de estas acciones consiste en obtener los sustratos y, sobre todo, la energía necesaria para reparar el organismo, materializar el crecimiento y llevar a cabo las acciones específicas que demanda la subsistencia. Recurriendo a una descripción sintética podemos decir que existen tres etapas en la extracción de la energía de los alimentos en los organismos aeróbicos, la primera se lleva a cabo en el aparato digestivo y las dos restantes en los tejidos (Stryer, 1988; Cingolani y Houssay, 1989):

En la primera se fragmentan las grandes moléculas hasta moléculas más pequeñas; las grandes proteínas, como la albúmina y el colágeno, se degradan a aminoácidos; los polisacáridos, como el almidón, se degradan a monosacáridos como la glucosa; y las grasas se degradan en ácidos grasos (Stryer, 1988).

En la segunda, se degradan estas moléculas pequeñas hasta unos pocos fragmentos que ejercen un papel preponderante en el metabolismo. Uno de ellos es el acetyl coenzima A (acetyl-CoA) o ácido acético activado (Stryer, 1988).

En la tercera etapa, el acetyl-CoA se oxida completamente (en condiciones aeróbicas)²⁷ en el llamado ciclo de Krebs, liberándose agua y CO₂, y obteniéndose, como ganancia, moléculas con enlaces fosfáticos dotadas de alta energía, llamadas ATP (adenosíntrifosfato). El objetivo, entonces, del metabolismo intermedio es la obtención de ATP (Stryer, 1988; Farreras y Rozman, 1988).

Vemos pues que los caminos de degradación metabólica de glúcidos, lípidos y proteínas se entrecruzan en un producto metabólico común: el ácido acético - cuya posterior activación origina el acetyl-CoA que ya mencionamos -. De modo tal que, una vez alcanzado este eslabón, puede obtenerse la interconversión de sustancias, por ejemplo los glúcidos podrán devenir grasas o proteínas y las proteínas, glúcidos²⁸. Farreras y Rozman (1988) sintetizan el valor biológico del ácido acético en los siguientes términos: *“Se ha dicho que las unidades del ácido*

²⁷ En condiciones anaeróbicas la obtención de ATP, medida por molécula de glucosa consumida, es menor que en presencia de oxígeno y exige pasos metabólicos distintos (Farreras y Rozman, 1988).

²⁸ Como ya dijimos, en los animales la glucosa no puede sintetizarse a partir de los ácidos grasos (Stryer, 1988).

acético son 'el dinero contante o fraccionario' del metabolismo intermediario, importantísimo para la vida de relación metabólica. Su moneda es negociable para convertirla en capital y ser depositada luego en forma de grasa o glucógeno de reserva o proteínas plásticas en los diversos tejidos. (...) El pool de ácido acético es un depósito de unidades de construcción disponible para diversos menesteres, que se vacía y restablece, orientándose en los distintos sentidos metabólicos de la síntesis orgánica según sean los requerimientos" (pág. 1630/31).

EL SIGNIFICADO INCONCIENTE DEL TEJIDO ADIPOSO

“Aligera tu carga para realizar un buen camino y aprende a vivir con lo que el mar te brinde. (...) Cada objeto que se ama y se posee, cada carga que se transporta por la vida, lleva implícita, junto a su peso útil, una tara inevitable...”

(Chiozza, 1984a)

Siguiendo anteriores desarrollos (Chiozza, 1963) del concepto freudiano que afirma que cada órgano y cada función son fuente de un impulso cualitativamente diferenciado (Freud, 1905d), podemos postular la existencia de fantasías adiposas vinculadas, específicamente, con la meta pulsional que emana del funcionamiento del tejido adiposo como zona erógena. Tanto la comprensión de la meta o finalidad de esta pulsión específica, como su descripción en términos de fantasías inconscientes, constituyen el significado inconsciente específico del tejido adiposo.

Así como este tejido desempeña distintas funciones, también podemos suponer distintas fantasías parciales que componen la matriz, más compleja, que llamamos fantasías adiposas. La principal función de este tejido, el depósito de grasas de reserva, implica entonces una fantasía primaria, vinculada a esta función; las funciones de dar forma y de disminuir la pérdida de calor implicarán fantasías adiposas secundarias en correspondencia con la menor importancia de estas funciones. Como veremos, el desarrollo de las fantasías vinculadas a la función de reserva, nos obliga a plantear, también, fantasías de autoabastecimiento cuya importancia relativa en la matriz general de la fantasía adiposa trataremos oportunamente.

1) LA FANTASÍA ADIPOSA DE RESERVA ENERGÉTICA

Los organismos, aún los más simples, para poder subsistir llevando a cabo las funciones vitales, deben interactuar con su medio, incorporando sustancias y vertiendo en él sus desechos. Mientras que sus necesidades son relativamente constantes, la disponibilidad de las sustancias imprescindibles para la subsistencia suele variar, fluctuando entre la abundancia, la escasez y la carencia. Como respuesta adaptativa para enfrentar la dificultad que estas variaciones imponen, surge la “idea” de reserva como preparativo, durante la abundancia, para los tiempos de escasez; una idea, general y abarcativa, de acumular sustancias hoy disponibles, y **reservarlas** para cuando falten.

Es posible pensar que en la evolución filogenética la complejización de los organismos y de las funciones trajo aparejada la necesidad de una función de reserva y la creación de tejidos adecuados para esa función. Hemos detallado en otros escritos (Chiozza y col., 1992c; Chiozza y col., 1995k) cómo, al abandonar el

hábitat marino para pasar al terrestre, se hace necesario acumular sales y yodo. Así encontramos múltiples reservas de muy distintas sustancias como lo son el agua, los minerales o las vitaminas. De este modo, podemos plantear una **fantasía general de reserva**²⁹.

Podemos dar un paso más y diferenciar, entre las distintas sustancias que se acumulan a los fines de la reserva, aquellas que desempeñan un papel esencialmente energético. Estas sustancias son los nutrientes que, vehiculizados en los alimentos, deben ser ingeridos regularmente para obtener la energía necesaria para llevar a cabo las funciones vitales. Así, podemos concebir la reserva de estas sustancias en un nuevo nivel de estratificación con respecto a la primitiva fantasía general de reserva; es decir, una **fantasía de reserva energética**, que forma parte de la fantasía general de reserva.

Podemos describir la reserva energética como una “idea” destinada a subsanar el desfase que impone una alimentación periódica frente a un gasto continuo. Como vimos, si bien las proteínas tienen un rendimiento energético similar al de los hidratos de carbono, su degradación constituye un autoconsumo que, en cierto sentido, se opone a la idea de nutrición para el crecimiento. Es esta razón la que lleva a afirmar que el principal papel biológico de las proteínas es el de nutriente estructural; afirmación que al mismo tiempo asigna el papel energético a los hidratos de carbono y a los lípidos (Creff y Herschberg, 1981).

En el apartado anterior, al comparar el rendimiento energético de glúcidos y lípidos dijimos, apoyándonos en la biología, que en condiciones de abundancia los tejidos “prefieren” el consumo de glucosa³⁰; sin embargo, las posibilidades de acumular glucosa a los fines de la reserva es un recurso de posibilidades muy limitadas. Recordemos que mientras que la máxima acumulación de glucógeno sólo alcanza para unas pocas horas (menos de un día), un sujeto con una reserva grasa normal (20% del peso corporal total) puede “vivir” de sus reservas más de dos meses. La diferencia entre ambas formas de almacenamiento se hace más ostensible si tenemos presente que la capacidad de reserva del tejido adiposo parece ser, prácticamente, ilimitada (Best y Taylor, 1993). Para Fawcett (1986), *“en los individuos obesos, la grasa almacenada puede suponer el equivalente de un año o más de metabolismo normal”* (pág. 174).

Además, el glucógeno hidratado - decíamos - es pesado y ocupa mucho lugar, incrementando de esta manera el gasto energético que implica acarrear lo

²⁹ El Diccionario de la Lengua Española (RAE, 1950) define “reserva” como: *“La sustancia que se almacena en determinadas células de las plantas o de los animales y es utilizada por el organismo para su nutrición, en caso necesario, transformándose entonces en productos asimilables; como la grasa, el almidón y el glucógeno”*. También como *“cuerpo de tropas de tierra o mar, que no toma parte en una campaña o en una batalla hasta que se considera necesario o conveniente su auxilio”*, como *“guarda o custodia que se hace de una cosa, o prevención de ella para que sirva a su tiempo”* y como *“lo que se tiene dispuesto para suplir alguna falta”*. Podemos observar en estos significados la doble connotación de reserva como acúmulo y, también, como postergación de la acción.

³⁰ Degradar una molécula de glucosa implica un trabajo menor que degradar una molécula lipídica; el mayor rendimiento de calorías por gramo de los ácidos grasos se deben a que éstos se acumulan, como ya señalamos, sin el peso del agua (Stryer, 1988).

acumulado. Por el contrario, la grasa más liviana (libre del peso del agua) parece estar pensada como combustible transportable; y, en relación al peso (calorías por gramo), su rendimiento energético es más del doble que el de la glucosa.

Estas consideraciones nos llevan a pensar que la reserva energética en forma de glúcidos se arroga mejor la representación de una reserva energética para uso inmediato, adecuada para satisfacer necesidades urgentes pero no cuantiosas³¹. En una tentadora metáfora económica podemos hablar de una “caja chica”, de dinero circulante, o una “caja de ahorro”.

La reserva energética en forma de ácidos grasos, en correspondencia, parece estar pensada para un uso de “largo alcance”, como adecuadamente lo representa el notable aumento del tejido adiposo de las aves migratorias previo a su fatigoso viaje. Si el esfuerzo que permiten los glúcidos se caracteriza por ser intenso (como para una carrera de cien metros llanos), el esfuerzo que sostienen los lípidos se caracteriza por ser prolongado (parangonable al que exige una maratón).

Si quisiéramos continuar la correspondencia con los términos económicos, la reserva de grasa podría representar el dinero colocado en un plazo fijo o en títulos. Para completar esta metáfora que parangona la economía con el metabolismo, digamos que las proteínas representan las propiedades en uso; propiedades que sólo se venden en caso de agotarse las reservas o de no poder movilizarlas con la inmediatez que requiere la ocasión. Así lo muestra la síntesis de glucosa a partir de la degradación de proteínas (gluconeogénesis a partir de aminoácidos).

Si tenemos en cuenta que la idea de reservar implica la idea de diferir el consumo en el tiempo, el hecho de que la forma grasa de reserva energética esté pensada para plazos más largos, sumado al hecho de su capacidad casi ilimitada para la reserva (notablemente superior a la de los glúcidos), arribamos a una nueva conclusión: **la reserva energética adiposa, por sus cualidades específicas, se arroga la representación de la reserva energética en general.**

Siguiendo ideas desarrolladas en otro lugar (Chiozza y col., 1968d) la fantasía de reserva energética adiposa puede, además, por regresión a la fantasía general de reserva³² (más primaria), representar - vicariamente - a otros tipos de reserva; en

³¹ Apoyan esta idea tanto la disponibilidad de glucosa para el gasto muscular intenso, como las adaptaciones, a largo plazo, del tejido nervioso para el consumo de cuerpos cetónicos y su intolerancia a la hipoglucemia aguda.

³² Un término vinculado a la idea de reservar es “atesorar”, que reúne el significado de “guardar” con el de “tesoro”, es decir, alude a la cualidad valiosa de lo que se guarda. Al mismo tiempo, la medicina (Salvat, 1974) denomina “tesaurismo” o “tesaurismosis” a las enfermedades por acumulación, atesoramiento o almacenamiento en el cuerpo de cantidades extremadamente grandes de sustancias normales o extrañas. Pensamos que podría plantearse una fantasía general tesaurismótica, vinculada a la fantasía general de reserva, y que, merced a esta vinculación, la reserva adiposa podría representar también fantasías tesaurismóticas. Las cualidades propias y específicas de las fantasías tesaurismóticas, que las diferencian de las fantasías de reserva, se orientarían, pensamos, hacia un tipo de reserva en donde la significatividad de lo “guardado” proviene de la cualidad más que de la cantidad. No obstante estas conjeturas, postergaremos un análisis más profundo de este complejo tema para otra oportunidad.

otras palabras, **la fantasía de reserva energética adiposa puede arrogarse, en general, la representación de los preparativos.**

La reserva energética adiposa y la insulina

Dadas las estrechas relaciones entre el depósito de triglicéridos en los adipocitos y la regulación hormonal de este proceso, llevada a cabo principalmente por la insulina, vemos que la “idea” de prepararse, acumulando energía en forma de grasas de reserva, no le pertenece “más” al tejido adiposo que al pancreático, encargado de secretar insulina.

Tengamos presente pues que esta separación conceptual, tan arbitraria como cualquier otra (Chiozza, 1970c), tiene fines operativos. En otro lugar (Chiozza y col., 1990f) estudiamos las fantasías insulino-pancreáticas en relación a las alteraciones del metabolismo de los glúcidos en la diabetes, centrando el interés en la participación de estas fantasías en la disposición al gasto energético.

A partir de las ideas expresadas en el apartado anterior podemos extender la participación de las fantasías insulino-pancreáticas a la reserva energética en forma de glucógeno; proceso que comparamos con “la caja chica” de la economía de los nutrientes, destinada al consumo rápido e intenso.

Podríamos suponer, también, un segundo estadio evolutivo para estas mismas fantasías insulino-pancreáticas que se desprende de las acciones de la insulina sobre el metabolismo adiposo. Procediendo de manera análoga a la separación que suele hacerse de la libido oral en primaria y secundaria, supondríamos un segundo momento de primacía y por lo tanto un segundo punto de fijación.

La reserva energética adiposa, aquella que describimos como de largo alcance, adecuada para sostener esfuerzos prolongados, y que comparamos con “el plazo fijo” de la economía energética, surgiría entonces vinculada al adecuado funcionamiento tanto de la libido adiposa como de la libido insulino-pancreática “secundaria”.

La reserva energética adiposa y el proceso de materialización

Como sabemos, el proceso de materialización de las formas ideales contenidas en el ello requiere de materia y energía; materia y energía que se obtiene de los nutrientes aportados por la incorporación de los alimentos (Chiozza, 1963). Como vimos, la participación de la reserva energética es cardinal para mantener la nutrición constante que requieren los tejidos, permitiendo así independizar (hasta cierto punto) el trabajo de la incorporación de alimentos.

El fisiólogo Gley (1919, citado en Chiozza, 1963, pág. 147) escribió que “... *la nutrición no es en modo alguno una asimilación química, directa y sencilla, sino una creación continua de materia organizada, peculiar a cada ser; la nutrición es una creación de elementos, análogamente a la generación. Por esto pudo decir Claude Bernard que la 'nutrición es la continuación de la generación', y, a la*

recíproca, Haeckel ha dicho que la reproducción es un crecimiento que se hace fuera del individuo”³³.

Estas ideas nos llevaron, en otra oportunidad (Chiozza, 1963), a pensar que el proceso de materialización puede llevarse a cabo en distintos niveles. En primer lugar, a través del crecimiento, según el cual se encarnan en el propio organismo las fantasías inconcientes o formas contenidas en el ello; en segundo lugar, a través de la reproducción sexual, que materializa, en un cuerpo externo y ajeno, parte de las fantasías inconcientes que se transmiten de generación en generación; y, en tercer lugar, mediante aquel proceso que el psicoanálisis describe como sublimación.

Freud (1916-17) define a la sublimación como el proceso por el cual *“la aspiración sexual abandona su meta dirigida al placer parcial o al placer de la reproducción, y adopta otra que se relaciona genéticamente con la resignada, pero que ya no es la misma sexual, sino que se la debe llamar social”*. (pág. 314/15). En el proceso de sublimación, entonces, están implícitos ciertos caracteres del crecimiento y la procreación. Mientras la organización genital le brinda el carácter de utilidad y adecuación social para la preservación de los objetos y del yo, la organización pregenital le proporciona la capacidad y el modelo para materializar las representaciones de los impulsos en obras (Chiozza, 1963).

Por otro lado (Chiozza, 1994*) sosteníamos que hay épocas especialmente propicias para crecer, otras para procrear y otras para sublimar; y que si bien es cierto que estas tres modalidades de la materialización se imbrican y se superponen, corresponden preferentemente a tres épocas de la vida: el crecimiento corporal, a los años de la infancia; la procreación, a la edad adulta, y la sublimación, a la tercera edad de la vida. La posibilidad de que una persona se pueda desarrollar en la plenitud de su forma dependerá del adecuado equilibrio entre estos tres procesos.

Existe, como vimos, una relación privilegiada entre las reservas energéticas y una de estas tres formas de materialización: el crecimiento. Las descripciones de la embriología nos permitieron comprender que el tejido adiposo aparece cuando es necesario prepararse, tanto para la interrupción del suministro continuo de nutrientes que sigue al nacimiento, como para el crecimiento que deberá llevarse a cabo luego de nacer.

La relación que existe entre el aumento de reservas adiposas y el crecimiento corporal es estrecha y muy significativa durante todo el período de la vida en el que esta forma de materialización predomina sobre las otras. En los niños se observan aumentos de peso que preceden a los aumentos de talla; el tejido

³³ Según el Diccionario de la Lengua Española (RAE, 1950) la palabra “nutrir” significa *“aumentar la sustancia del cuerpo animal o vegetal por medio del alimento, reparando las partes que se van perdiendo en virtud de las acciones catabólicas. Aumentar o dar fuerzas en cualquier línea, pero especialmente en lo moral. Llenar, colmar abundantemente”*. Nutrire alude a *“nodriza que alimenta y sustenta”* (Corominas, 1964). Figurativamente, *“servir una cosa para que otra, material o espiritual, no se extinga, agote o decaiga”* (Moliner, 1991). La palabra alemana “nähren” que es “alimentar” tiene su raíz en el significado de *“salvar, mantener con vida, escapar a duras penas, sobrevivir”* (Duden, 1983).

adiposo aumenta también en las etapas previas al gateo y la marcha (Garrahan, 1964). Se describe un nuevo aumento del tejido adiposo previo “... al ‘estirón’ prepuberal del crecimiento, probablemente bajo el efecto de la STH [hormona de crecimiento]” (Creff y Herschberg, 1981, pág. 14).

Alberts y colaboradores (1994) señalan que el tejido adiposo se desarrolla a partir del tejido conjuntivo justamente por acción de esta hormona de crecimiento. Esto no sólo refuerza la relación existente entre reserva adiposa y crecimiento sino que, además, parecería significar que la misma hormona que estimula el crecimiento se ocupa de los preparativos para el mismo, generando la disponibilidad anticipada de los recursos energéticos necesarios, en una actitud que remeda al acopio de materiales previo a la realización de una obra.

Las estrechas relaciones entre la reserva energética adiposa y la materialización del crecimiento corporal comienzan a separarse cuando exploramos las otras formas de la materialización. En el caso de la procreación, la reserva grasa adiposa sólo tendría un papel específico en la mujer; y, además, este papel es necesario sólo durante el embarazo y la lactancia. En el caso de la sublimación la distancia con los preparativos específicos de la reserva adiposa parece aún mayor³⁴.

Podemos concluir, entonces, que **el depósito de reservas energéticas en el tejido adiposo es una acción eficaz cuya finalidad es la de preparar para la materialización; más específicamente, la materialización implícita en el crecimiento corporal.**

Estas ideas permiten iluminar las dificultades en el proceso de materialización desde un nuevo ángulo³⁵, ya que la falta de los recursos energéticos adecuados (en calidad y cantidad) no sólo impide, por ejemplo, el crecimiento sino que conduce a “quemar” las formas ya materializadas³⁶, cuando la energía para la subsistencia se debe extraer de la degradación proteica.

Es interesante destacar que las dificultades en el proceso de materialización generalmente son mayores en la procreación que en el crecimiento, y las dificultades aumentan más aún hacia la tercera edad, cuando el acento está puesto en la sublimación (Chiozza, 1994*).

A las dificultades inherentes a estos procesos se suma, además, el hecho de que, como señalamos en otro lugar (Chiozza, 1982a, pág. 28), *“asistimos hoy a una crisis de valores tan profunda como que sólo hubo otra semejante en todo el desarrollo de la civilización humana”*. El auge del individualismo conduce a la necesidad de un progreso individual, *“que se hace imperativo bajo las formas, paupérrimas en su absurda simplicidad, de mayor poder, o prestigio, y mayor*

³⁴ Si bien es cierto que toda acción requiere de energía, a medida que las acciones se complejizan exigen capacidades nuevas que van más allá del sustrato energético básico. Nos ocuparemos más exhaustivamente de este tema en el siguiente apartado.

³⁵ Otras dificultades para la materialización han sido descritas al investigar las fantasías hepáticas (Chiozza, 1963), diabéticas (Chiozza y col., 1990f), renales (Chiozza y col., 1992c), etc.

³⁶ Un estudio detallado de este proceso de “autodigestión” o “autoconsumo” como consecuencia de la dificultad para materializar los ideales se encontrará en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1963).

riqueza” (pág. 30). Esta crisis suele afectar más a la sublimación que a la procreación, y más a la procreación que al crecimiento, ya que se halla vinculada esencialmente a la pérdida de los valores espirituales.

El hombre de hoy, llegado a determinada edad de la vida en la que la procreación cede su lugar a la necesidad de sublimar, sumido en un materialismo e individualismo a ultranza, sufre de una vivencia de vacío y de pérdida del sentido de la vida. Es la etapa en que comienza a recorrerse el camino que conduce a la vejez y en la que es necesario enfrentar y duelar los ideales largamente postergados y nunca resueltos. Es un proceso especialmente difícil en nuestra época carente de valores espirituales, en la que no hay una cultura de una vejez en forma, y en la que quedan extremadamente idealizados los valores de la juventud. Se producen así, crisis muy profundas que se experimentan con la angustia de encontrarse frente a un nuevo nacimiento (Chiozza, 1994*).

Estos argumentos permiten comprender que, a menudo, las dificultades para la sublimación (como también puede ocurrir con las dificultades para la procreación) sean vividas, regresivamente, como la necesidad de nacer y crecer; en otras palabras, la necesidad de materializar un “crecimiento” espiritual se experimenta en la vivencia, con las cualidades de un crecimiento corporal, materializado exitosamente en el pasado.

Esta confusión de contextos, este malentendido entre las distintas maneras de la materialización, permite conjeturar un malentendido similar en los preparativos específicos que requieren las distintas formas de materialización. Por ejemplo frente a la necesidad de sublimar, este último malentendido podría llevar a aumentar las reservas adiposas en lugar de prepararse adecuadamente en los modos específicos que requiere un “crecimiento sublimado”.

También contribuye a sostener este malentendido el beneficio que brinda el preparativo al postergar la ejecución de la acción. Cuando, en las puertas de la vejez, las dificultades en la sublimación son acentuadas, toda acción que se emprende, cualquier “viaje” que se inicia, apresura, en la fantasía inconciente, el “viaje hacia la muerte”. Surge entonces la fantasía de detener el transcurso del tiempo, de mantenerse en una juventud eterna; y, a la necesidad de intensificar los preparativos para una etapa de la que sólo se espera frustración y carencia, se suma el deseo de postergar la acción, eternizando los preparativos.

La reserva, la capacidad y la potencia

Como decíamos recién, la reserva energética del tejido adiposo es necesaria, como preparativo previo, para llevar a cabo la materialización del crecimiento corporal. En otras palabras, disponer de una reserva suficiente de energía **capacita** para el crecimiento corporal. Si bien, como dijimos, las otras formas de materialización que el desarrollo adecuado impone, exigen de nuevas capacidades, la idea de reserva y la de capacidad parecen estar vinculadas en sus significados inconcientes.

El término “capacidad”³⁷ reúne los significados de continente y de aptitud; como si las habilidades que hacen a alguien apto para alguna tarea fueran, en lo inconciente, “cosas” que se contienen en algún lugar. Mientras que la capacidad de un recipiente expresa la “cantidad” de lo que puede contener, el mismo término referido a una persona expresa los recursos o habilidades que lo convierten en apto para determinada tarea (capaz de llevarla a cabo), queriendo significar que los recursos están “contenidos dentro de él”.

Dando un paso más podemos decir que “los recursos contenidos” están **almacenados y reservados** a la espera de ponerlos en práctica en el momento oportuno. Es como si el inconciente, para describir la adquisición de recursos o habilidades implícitos en la capacidad de materializar la procreación y la sublimación, se “nutriera” de la primitiva idea de la reserva energética que capacita para el crecimiento corporal.

Encontramos así un nuevo anclaje para la afirmación de que, en una confusión de contextos, frente a ciertas dificultades en la materialización, por ejemplo la sublimación, el sujeto se prepara “energéticamente”, como si se tratara de un crecimiento corporal y no, por ejemplo, espiritual. Siguiendo estas ideas acerca del significado del término “capacidad”, no sólo habría una regresión en la forma de materialización, sino también en el hecho de sustituir, regresivamente, las capacitaciones específicas que la sublimación demanda con una capacitación “energética”, inespecífica para el caso de la sublimación.

Siguiendo esta misma línea de ideas podemos decir, también, que la capacidad que, como conjunto de recursos “almacenados” y “reservados” para la ocasión propicia, hace al sujeto apto para determinada tarea, no es otra cosa que su **potencia**.

En efecto, “potencia” se define como *“la capacidad medible de una cosa para realizar cierta acción o producir cierto efecto”* y como *“la capacidad para producir un trabajo”* (Moliner, 1991)³⁸. Otro de los significados de este término parece estar particularmente vinculado a la idea de reserva como almacenamiento para la utilización futura; según esta acepción, *“en potencia se aplica, a diferencia de ‘en acto’, a las cosas que no existen, pero son resultado seguro de otras que existen”*

³⁷ El término “capacidad” tiene varias acepciones (Moliner, 1991): “cabida” es el espacio, mayor o menor disponible en el interior de algo, la posibilidad de contener una cantidad; es también la cualidad o circunstancia consistente en ser capaz de cierta cosa, (por ejemplo *“inteligencia es la capacidad de pensar”, “tenacidad es la capacidad de resistir sin romperse”*); capacidad significa, además, inteligencia en general o para alguna cosa y es por otro lado, la aptitud jurídica para realizar un acto civil o ejercer un derecho. “Capacitar” alude a habilitar, hacer a alguien apto o darle derecho para cierta cosa, ponerse en condiciones, dar derecho a, habilitar. Proviene del latín *capacitatem*, acusativo de *capacitas*, capacidad en los dos sentidos, de *capac*, radical de *capax*, capaz, “que puede contener, amplio” y “apto, diestro”. Según Corominas (1964) “capaz” proviene de *capax-acis*, que tiene mucha cabida, y deriva de *capere* que es contener, dar cabida, que puede, apto.

³⁸ Es la *“fuerza, poder, poderío”* y se vincula también con *“la potencia del alma”* y *“la capacidad de engendrar”*. En otro sentido, es *“el ser que tiene fuerza para imponerse y dominar”*. También se le llama “potencia” a la nación independiente (Moliner, 1991).

(Moliner, 1991). Alude a aquello que, en gramática, se lo expresa con el modo verbal condicional; aquello que, no siendo, es posible.

Weizsaecker (1956) señala que el ser humano vive, actúa, y está dirigido a la existencia en su condición pática; en este sentido el hombre no sólo “es”, sino que también es un ser “siendo”. Y en esto, se debate entre las categorías páticas de lo que debe, quiere, es capaz, tiene permiso y tiene obligación de ser.

Este autor considera al hombre como un ser que está en permanente proyección hacia un incierto futuro, y que es esta condición pática del “poder” (en cuanto potencia y capacidad) la que se presta especialmente para originar una vivencia de ilusoria libertad frente a la no menos ilusoria creencia en lo infinito de las posibilidades vitales.

La física considera la materia como energía “detenida”, como energía potencial, que, cuando se pone en movimiento, desplegando la energía “detenida”, es acción, energía cinética. El acto es potencia en acción; y la materia, si retomamos los significados del diccionario, presta su existencia a aquello que, sin existir “en acto”, existe “en potencia”.

Sostuvimos que el tejido adiposo, por su particular eficacia para la reserva energética, se arroga la representación de la reserva energética de largo alcance, en todas sus formas. Dado que la energía reservada como materia (por ejemplo, los triglicéridos) es, como nos enseña la física, energía potencial, podemos afirmar que toda forma de reserva energética - y particularmente la adiposa - compromete fantasías vinculadas al sentimiento de potencia.

Para **poder** llevar a cabo una tarea, para ser **capaz** de realizarla, más allá de disponer de la destreza específica (lo que los ingleses llaman el *know how*) es imprescindible contar con la energía necesaria para afrontar el gasto que demanda el trabajo; no sólo “saber cómo”, sino también “tener con qué”.

Así, la potencia adecuada implica el disponer de una adecuada reserva energética; reserva que, inconcientemente, queda simbolizada específicamente por la reserva energética adiposa. Las dificultades en esta forma de reserva se expresarán, entonces, como dificultades específicamente energéticas de la potencia.

Exploraremos más adelante las alteraciones de la reserva energética adiposa presentes en la obesidad, concibiéndolas como la expresión simbólica inconciente de un particular afecto reprimido; afecto vinculado, específicamente, a lo que damos en llamar (de manera un tanto redundante pero esclarecedora) **potencia energética**³⁹. Sin embargo, todo trastorno adiposo involucra, no sólo la fantasía primaria de reserva energética, sino también, como veremos luego, las fantasías secundarias de dar forma y calor.

³⁹ En realidad la redundancia no es más que aparente, puesto que si bien el término potencia parece referirse predominantemente a la energía, el significado al que alude en el uso habitual comprende, como vimos, connotaciones cualitativas que nos permiten hablar de impotencias específicas en las cuales la carencia de energía pasa a un segundo término.

La noción de tiempo implícita en la fantasía de reserva

La reserva, tanto por sus significados de potencia y capacidad, en el sentido de disposición actual a la acción futura, como por su significado de acumular para el consumo futuro, es decir, como postergación de la acción, compromete la noción de tiempo.

Una consideración cronológica del tiempo, propia del proceso secundario, conduce, según pensamos, a múltiples equívocos en la posibilidad de determinar cuándo una reserva es adecuada y cuándo no lo es. Así, si pensamos en el futuro como algo imposible de prever, a ciencia cierta, entonces consideraremos que ninguna reserva es excesiva.

También la valoración contraria podría resultar errónea si, por ejemplo, consideramos a un ave “patológicamente obesa” desconociendo que se trata de un ave migratoria adecuadamente preparada para su largo peregrinaje.

Pensamos que es este equívoco el que genera controversias estériles acerca de la cifra universal a partir de la cual (más allá del disgusto por la forma, la impotencia funcional o la repercusión patológica de otros órganos) un sujeto deja de ser “normal” para convertirse en “obeso”.

Creemos que en la valoración de la reserva resultará más fructífero aplicar la noción de tiempo primordial⁴⁰ (Chiozza, 1978b, 1978d, 1980f), del cual el tiempo cronológico constituye una deformación secundaria. Así considerado, el tiempo es, en su sentido primigenio, ritmo e importancia; el tono afectivo que impregna cada temática. El tiempo que llamamos presente es actualidad; es presencia y es acto, mientras que lo que llamamos pasado y futuro son construcciones secundarias.

Aplicando esta noción del presente como actualidad al caso de las aves migratorias, podríamos pensar que “su presente” está compuesto por el momento de la reserva sumado al momento del gasto, durante el vuelo. Se trata, entonces, de un presente que, incluyendo el pasado y el futuro en sus formas actuales de recuerdo y presentimiento, podríamos denominar **presente amplificado**.

Obtenemos así, una representación más completa que permite comprender el significado de la motivación presente y actual, tanto en su condicionamiento desde un recuerdo, como en su finalidad hacia una meta. Pensamos que es esta misma comprensión la que lleva a Weizsaecker (1956) a afirmar que *“la situación pática no procede de la temporalidad de la existencia, sino que la situación pática del hombre se expresa también en su estructura temporal”*.^{41*}

La fantasía de autoabastecimiento

⁴⁰ El tiempo como magnitud física, el tiempo del reloj, el que se presenta a los sentidos, es un producto “secundario”, cuya fuente es el tiempo vivido o tiempo del instante. La concepción metahistórica del tiempo permite comprender que el recuerdo no es un retorno del pasado, ni el presentimiento una anticipación del futuro, sino que, por el contrario, la noción de tiempo se constituye a partir del recuerdo y del presentimiento y es, entonces, un derivado de las facultades del recordar y del presentir (Chiozza, 1978b, 1978d, 1980f).

^{41*} [Traducido del original en alemán por la Lic. D. Busch]

Ningún organismo vivo puede existir a partir de sí mismo. Vive por sí mismo, pero su existencia no continúa a no ser que sea alimentado, y por este motivo está continuamente dependiendo de una provisión externa a él. Es justamente la función de reserva la que permite reducir la dependencia del medio ganando lo que, en términos de combustible, se denomina **autonomía**.

Una apropiada valoración de la significatividad que representa la posibilidad de reservar, se nos hace evidente si imaginamos la tremenda renuncia que deberíamos hacer, en otros aspectos de la vida, si tuviéramos que incorporar alimentos con la misma frecuencia con que la neurona incorpora glucosa.

No sólo la cualidad de lo necesitado (oxígeno, agua, glucosa) determina la relación entre la perentoriedad y la autonomía, sino también la posibilidad de almacenarlo y reservarlo. Cuanto mayor es la posibilidad de reservar una determinada sustancia mayor será la autonomía para la misma. Así por ejemplo, la proporción entre la autonomía para el oxígeno y para la glucosa no es la misma en la neurona que en el individuo, debido a la mayor capacidad de almacenamiento que posee el individuo, en su conjunto.

En otra oportunidad (Chiozza y col., 1990d) expresamos la idea de que la escasa autonomía para el oxígeno (apenas unos minutos) hace de este elemento un símbolo privilegiado para representar los vínculos que se experimentan con una intensa perentoriedad⁴². Siguiendo una idea similar, podemos decir ahora que la vivencia opuesta a la perentoriedad, es decir la autonomía, podría quedar simbolizada por la reserva adiposa.

En efecto, no sólo la reserva “normal” permite una autonomía de combustible celular como para dos meses de ayuno, sino que por sus particulares cualidades la reserva grasa es casi ilimitada (Best y Taylor, 1993), llegando a permitirle a un sujeto obeso una autonomía de hasta un año, en condiciones de metabolismo normal (Fawcett, 1986).

En este sentido, en tanto la reserva energética adiposa es la más eficaz materialización de la autonomía, es también la representación más adecuada para simbolizar la fantasía de autoabastecimiento.

Pensamos, por otra parte, que el fenómeno de la hibernación brinda un modelo filogenético interesante en cuanto al intento de lograr un autoabastecimiento durante las épocas en que reinan en el entorno condiciones adversas para la supervivencia. Los animales que hibernan, en el período que va de la primavera al otoño, se vuelven hiperfágicos y gordos; durante el “sueño” invernal utilizan la reserva de grasa para mantener el metabolismo y la temperatura corporal⁴³.

⁴² Nos parece significativo que se pueda establecer una serie continua entre la mayor o menor perentoriedad con la cual se necesitan incorporar alimentos sólidos, líquidos o suministro de oxígeno para la supervivencia. Weizsaecker (1956) señala que tanto la alimentación como la respiración reflejan un “trato con” una sustancia de algún modo ajena. En el caso del alimento existe mayor posibilidad de sustituir la sustancia que en la respiración.

⁴³ En los animales que hibernan, como vimos, es mayor la cantidad de grasa parda que en los que no lo hacen; sin embargo este tipo particular de grasa tiene el objeto de producir calor. La reserva energética que permite la nutrición durante la hibernación queda a cargo de la grasa blanca (Ham, 1975, Moore, 1988, Pansky, 1985).

Otro modelo filogenético equivalente podría ser el del vitelo del huevo⁴⁴. En los ovíparos, el vitelo es la reserva nutritiva del cigoto y del embrión, formado principalmente por lípidos (32% frente a un 16% de proteínas y un 0,3% de glúcidos) (Albores, 1980). Si bien en el hombre el saco vitelino es un vestigio, podemos encontrar una analogía ontogenética en las reservas citoplasmáticas que nutren el cigoto humano fecundado hasta su anidación en el útero materno.

⁴⁴ Los peces, cuyo vitelo es abundante, poseen el saco vitelino adherido al vientre por largo tiempo, desarrollándose “posados” sobre su propia reserva alimentaria. Las aves y reptiles también se alimentan del vitelo durante el desarrollo embrionario. En el caso de los mamíferos, el saco vitelino es vestigial y la alimentación del feto se efectúa a través de la placenta (Perliot, 1976)

2) LAS FANTASÍAS ADIPOSAS Y LA FORMA CORPORAL

Portmann (1960) sostiene que las variaciones que los organismos presentan en su aspecto exterior evidencian, a su vez, variaciones en su interioridad. Para este autor, en los seres vivos, tanto la “forma” como la “presentación” de dicha forma encierran siempre un significado.

Como hemos expresado en otro lugar (Chiozza y colab., 1992e) el tejido conjuntivo, vinculado con la función de dar y mantener la forma del organismo, conformándolo, simboliza la conformidad; su patología, por lo tanto, expresa el sentimiento inconciente de disconformidad⁴⁵.

El tejido adiposo, como ya dijimos, constituye una variante del tejido conjuntivo, especializado para la reserva energética en forma de grasas; sin embargo, secundariamente, participa en la forma corporal emparentándose con el tejido conjuntivo que le dio origen. Siguiendo entonces aquellos desarrollos (Chiozza y col., 1992e) podemos suponer un sentimiento de disconformidad similar (aunque no igual) al de la patología conjuntiva, presente en los trastornos del tejido adiposo; sentimiento que desempeñaría un rol secundario con respecto a los sentimientos que derivan directamente de la función de reserva energética.

Los trastornos adiposos, como por ejemplo la obesidad o la emaciación, constituyen variantes del salirse de la forma (“horma-norma”) adecuada, y comprometen la noción de belleza como norma-forma ideal. Morris (1971) sostiene que cada época y cada cultura tiene modelos de belleza que la caracterizan⁴⁶.

⁴⁵ La conformidad adecuada, que permite el “ser uno mismo” o “ser lo que se debe”, es el resultado de la buena conformación que surge como consecuencia de un equilibrio entre ceder y resistir a la presión de cambio. Para ello necesitamos conformarnos y conformar la circunstancia en una influencia recíproca que lleva implícito aquello que llamamos resignificar la vida. De ello depende que podamos estar “en forma” o, dicho de otro modo, “estar conformes”. Un “estar conformes”, que es el significado del tejido conjuntivo sano, implica el disponer de un sistema o conjunto coherente de creencias, adecuado a la realidad circundante y a un estar interesado por las cosas del mundo (Chiozza y colab; 1992e).

⁴⁶ Morris (1971), estudiando la forma de ciertas estatuillas prehistóricas que representan la figura femenina con grandes y protuberantes nalgas, señala la similitud con una forma corporal, denominada “esteatopigia”, que se encuentra particularmente entre los bosquimanos. Sostiene que este fenómeno de la esteatopigia fue simulado en el siglo pasado por el polisón; un relleno o armazón que se coloca debajo del vestido femenino con el objeto de aumentar el volumen de la región glútea. Considera, entonces, que la exagerada acumulación de reserva grasa en ciertas localizaciones tendría el fin de incrementar las señales sexuales. Apoya esta afirmación en el hecho de que en el pasado, la figura de la mujer rolliza, con curvas desarrolladas, no sólo era sexualmente aceptable, sino que, además, destacaba un carácter maternal. Considera que en el presente, en cambio, existe un culto a la juventud según el cual la mujer sexualmente apetecible debe permanecer “*virgen de carne*” (pág. 43).

Sin embargo, según afirma Morris (1971), existe un tendencia natural en la mujer adulta a engordar a razón de algo más de un kilo cada cinco años. Esta tendencia biológica natural de la especie, significa para el autor, un grave reto para la mujer occidental quien, intentando controlar el aumento de peso mediante las dietas, entabla una lucha equivocada contra su naturaleza. Así, nos dice, en el siglo XX el corsé, en su función de comprimir la cintura, ha sido reemplazado por las dietas.

En este sentido podemos decir que, en algunas circunstancias, el ideal de belleza que dicta la época en relación con la distribución y cantidad de tejido adiposo, puede no coincidir con el ideal de salud; ocasiones en las que la opinión de la moda difiere de la opinión del médico⁴⁷. En estos casos podemos pensar que el ideal de belleza de la época expresa una patología social que, desde el consenso, presiona hacia un determinado conflicto; conflicto que, estando "de moda", representa un punto de urgencia de la época.

Como vimos, las modificaciones que el acúmulo de grasa impone a la forma corporal en su conjunto, dependen no sólo de su cantidad sino también de su localización. Tal es la importancia que la localización de la grasa imprime a la forma corporal, que las diferencias entre la silueta masculina y femenina están dadas, en parte, por diferencias en el espesor de la capa adiposa de las distintas regiones del cuerpo.

La exageración de estas formas se aprecia en los diferentes tipos de obesidad; existe una obesidad androide, en la cual el depósito se acumula de la cintura para arriba y otra, ginoide, en la que se acumula por debajo de la misma. Estas diferencias en la distribución de la grasa, que dependen de las hormonas sexuales, se inician en la pubertad; el climaterio, al finalizar el período fértil, imprime nuevas modificaciones.

Pensamos, entonces, que existe una forma "normal"⁴⁸ para la infancia vinculada a un depósito de reserva adiposa adecuado para el crecimiento; una forma "normal" para la época adulta vinculada a una adecuada proporción y distribución de la grasa subcutánea que permite una sexualidad genital satisfactoria en su aspecto reproductivo; y una forma "normal" para la vejez, vinculada a los depósitos de grasa adecuados para el ejercicio de la sublimación.

3) LAS FANTASÍAS ADIPOSAS Y EL CALOR CORPORAL

Considera que también en el hombre la distribución de grasa en el vientre tiene el valor de una señal sexual; y que, frente al sobrevaloración de la juventud y la potencia sexual, propia de nuestra época, el hombre lucha desesperadamente, imponiéndose dietas o ejercicios físicos, para conservar el vientre plano típico de los jóvenes. Estos intentos tienen, para el autor, el significado de evitar comunicar el fin de la fase de apareamiento con el vientre flojo y abultado característico del hombre mayor. Si pensamos en las dificultades para la materialización, presentes, como vimos, en las fantasías de reserva energética adiposa, resultan en este punto, más convincentes las ideas de Groddeck (1916 /19) quien afirma que el vientre abultado en el hombre simboliza fantasías de embarazo.

⁴⁷ Lamentablemente muchas veces el criterio personal de un médico (o incluso, el criterio general de la medicina de un país, de un continente o de una época) está influido por consensos erróneos, que expresan conflictos sociales, y se alejan de lo que resulta saludable; en otros términos, del estar "en forma".

⁴⁸ Ponemos el término normal entre comillas para significar que esta forma no es necesariamente única; podrá variar de acuerdo a épocas, razas y constituciones personales, pero implicará, en todos los casos, un funcionamiento adecuado del tejido adiposo.

Como vimos, la distribución subcutánea del tejido adiposo en toda la economía corporal contribuye a disminuir la pérdida de calor (Best y Taylor, 1993). Esta función en el hombre es de escasa importancia, tanto para la función del tejido adiposo como para la función de mantenimiento de la homeotermia⁴⁹.

Dijimos también que existe una variedad de tejido adiposo, rudimentaria en el hombre adulto, denominada grasa parda. Los adipocitos que componen esta variedad del tejido adiposo poseen un metabolismo elevado, con abundantes mitocondrias, cuya finalidad específica es la generación de calor. Este tejido está particularmente desarrollado en los animales que hibernan y sirve en ellos “como *‘una caldera química’, un quemador de grasa para calentar al animal durante el despertar de la hibernación*” (Fawcett, 1986, pág., 185).

Este tejido, “*presente en los neonatos de todas las especies en las que existe*”, comienza a desarrollarse durante la vida fetal alcanzando de un 2 al 5% del peso corporal al nacer. La localización es limitada y luego del nacimiento no se desarrolla en lugares nuevos. Sus células van perdiendo paulatinamente sus características propias para asemejarse a los adipocitos de la grasa blanca y, sólo en condiciones anormales particulares (como el ayuno prolongado o ciertas patologías conjuntivas), pueden retornar a sus cualidades morfológicas iniciales (Fawcett, 1986, pág. 185).

No obstante el tejido adiposo en el hombre parece perder sus cualidades de productor de calor en favor de las de reserva energética, pensamos que los vestigios de esta función pueden ser utilizados para expresar fantasías vinculadas a la necesidad de calor y abrigo.

En términos de significación, sabemos que el frío del invierno se presta adecuadamente para representar la carencia afectiva. Según el Diccionario de la Lengua Española (RAE, 1950) la palabra “calor” alude, entre otras cosas, a “*la energía que pasa de un cuerpo a otro cuando están en contacto y es causa que se equilibren sus temperaturas*”, significa asimismo, “*favor y buena acogida*”. Por otra parte, se suele hablar del “calor humano” y de la “calidez”, en el sentido de un cuidado y de un trato cariñoso y tierno.

La necesidad de disponer de un tejido graso que cubra el cuerpo dispensando calor, podría comprenderse, junto a sus cualidades primarias, como la expresión de un profundo deseo de obtener afecto, cuidado y protección. En este sentido podríamos decir metafóricamente que el tejido adiposo envuelve el cuerpo, como si fuera un manto, un abrigo, que protege de las “inclemencias” del “tiempo”. De acuerdo a estas ideas, un exceso en el acúmulo de grasa podría expresar (junto a los significados que ya mencionamos) una situación de deprivación afectiva y la protección, el afecto y el cuidado que el obeso siente que le faltan.

Podemos pensar que la presencia del tejido pardo en el neonato tiene la función simbólica de sustituir la protección y el calor del útero, recientemente abandonado.

⁴⁹ En los animales homeotermos los principales mecanismos para mantener la temperatura corporal dentro de los estrechos rangos tolerables son la vasoconstricción periférica y, en menor medida, el escalofrío. Este último consiste en contracciones isométricas musculares involuntarias que producen calor (Fawcett, 1986).

LAS FANTASÍAS ADIPOSAS EN LA OBESIDAD

Afirmamos en desarrollos anteriores que toda enfermedad somática puede ser comprendida psicoanalíticamente como el intento de evitar la conciencia de un particular afecto (Chiozza, 1963) descomponiendo, a los fines de la represión, la coherencia de sus inervaciones somáticas; proceso que dimos en llamar desestructuración de la clave de inervación del afecto, y al que consideramos específico del modo patosomático del enfermar (Chiozza, 1974d).

Estas ideas, pensamos, se integran al modo general con el que el psicoanálisis comprende la formación de síntomas, enriqueciéndolo. Integrando ambos modelos, podemos considerar que el afecto simbolizado por el trastorno somático, surge por la regresión a un particular punto de fijación; punto de fijación en el cual el órgano afectado por el trastorno ejerció una primacía libidinal. Estas ideas, surgidas de la observación clínica, nos obligaron a postular la existencia, en lo inconciente, de fijaciones prenatales (Chiozza, 1963).

Nos ocuparemos, a continuación, de aplicar este modelo para esclarecer el drama inconciente simbolizado en el exagerado aumento del tejido adiposo que conocemos como obesidad.

El punto de fijación adiposo

Siguiendo ideas postuladas por Freud (1905d), entendemos por fijación una situación en la que la libido queda fuertemente unida a representaciones características de una determinada fase evolutiva, y a un modo particular de satisfacción. La fijación a una particular fase evolutiva determina una disposición a una modalidad de descarga que permanece latente y que, en casos de frustración de las modalidades más desarrolladas, puede devenir actual.

Según este autor (Freud, 1905d, pág. 165), *“el quehacer sexual se apunala primero en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida, y sólo más tarde se independiza de ella”*. Mientras la libido se halla apunlada en la función, las cualidades que la libido recibe del órgano fuente impregnan el psiquismo, situación que el psicoanálisis describe como primacía de esa particular libido. Es durante esta etapa de primacía cuando se produce la fijación de la libido a esa modalidad específica de descarga.

El tejido adiposo comienza a cumplir su función en el octavo mes de vida intrauterina cuando el feto comienza a prepararse para el nacimiento, momento a partir del cual deberá realizar un crecimiento corporal con suministros energéticos que ya no son continuos.

Podemos pensar, entonces, que este momento en el que se produce la capacitación energética como preparativo para el crecimiento que ocurrirá después de nacer, sería el punto de fijación adiposo.

Existen también, como vimos, otros períodos de la vida en los cuales el tejido adiposo desempeña un rol preponderante. Estos momentos constituyen resignificaciones del primitivo punto de fijación adiposo del octavo mes de gestación.

Del mismo modo podemos decir que el punto de fijación adiposo fetal es una nueva edición de una idea más primaria, ya presente en la reserva energética del cigoto que debe autoabastecerse hasta el momento de anidación en el útero.

Regresión al punto de fijación

El término regresión en psicoanálisis alude a un retorno a etapas anteriores del desarrollo, en las cuales la libido permanece fijada generando la disposición a un predominio latente. Si tenemos presente la cualidad atemporal del inconsciente, comprendemos que el término regresión, más ilustrativo, es inexacto, ya que se trata, más bien, de una actualización de modos de funcionamiento que, merced a la fijación, permanecían latentes.

Estas actualizaciones de predominios libidinales latentes pueden ocurrir como adaptaciones adecuadas (por ejemplo la “regresión” oral durante el comer o la fetal durante el dormir) o con fines defensivos como ocurre en la formación de síntomas. Habitualmente suele utilizarse el término “actualización” para los casos “normales”⁵⁰, y “regresión” cuando se trata de una defensa; sin embargo, esta distinción es convencional y no del todo rigurosa.

La frustración que desencadena la regresión puede corresponder a los últimos estadios de la evolución que la sexualidad ha alcanzado en un determinado individuo o durante la actualización funcional de una primacía anterior. En un sujeto adulto, por ej., puede tratarse de una frustración genital o de una frustración en la capacidad hepática de materialización, que se actualiza adecuadamente frente a la tarea de llevar a cabo un proyecto.

Esta actualización de modos anteriores de funcionamiento tánato-libidinoso representa un intento de “colocarse” en mejores condiciones para enfrentar la frustración actual, frustración que ahora se intentará resolver disponiendo de la libido propia del punto de fijación.

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, inclusive, la dificultad para materializar proyectos, se vivencia como la necesidad de llevar a cabo un crecimiento corporal para el cual no se dispone de suficiente energía

⁵⁰ En otra ocasión (Chiozza, 1974b) nos ocupamos de este tema refiriéndonos a un desplazamiento “tópico”, como equivalente atemporal de lo que en términos histórico-genéticos denominamos regresión. Es este desplazamiento el que determina cuál de las modalidades libidinales, propias de un determinada fase del desarrollo, es la que se actualiza.

acumulada; en otras palabras, para el cual el sujeto no se siente energéticamente preparado.

El sentimiento de “impotencia energética”

Como ya dijimos, el sujeto que incapaz de realizar la acción eficaz específica, emprende el camino de la regresión al punto de fijación adiposa, experimenta la frustración original con cualidades propias de esta modalidad libidinal. El conflicto se transforma en una cuestión de energía, y su incapacidad para la acción específica, en no sentirse preparado energéticamente; vivencia que podríamos llamar **sentimiento de “impotencia energética”**.

Podemos dividir, de manera un tanto esquemática, a toda capacidad, a toda potencia, en un aspecto de naturaleza energética, vinculado a la cantidad, y otro vinculado más específicamente con la cualidad de la acción. Podemos representarnos el primer aspecto con la expresión “tener con qué”, y el segundo con la expresión “saber cómo”.

La función de reserva energética del tejido adiposo, como dijimos, se arroga la representación de las demás formas de acumulación y también de todo aquello que se considera reserva o preparativo. Pensamos entonces que su funcionamiento, dentro de límites normales, forma parte de la clave de inervación de los sentimientos que surgen específicamente del ejercicio de la libido adiposa; por lo tanto, una disminución en la reserva energética, dentro de los límites fisiológicos, es el elemento esencial de la clave de inervación del sentimiento de “impotencia energética”.

Desestructuración del afecto en la obesidad

En otro lugar sosteníamos que *“cuando la descarga eficaz resulta lograda, el remanente afectivo queda integrado con la acción constituyendo un acto pleno de sentido”* (Chiozza y col., 1992g, pág. 242). Basados en esta afirmación podemos decir que la potencia energética para llevar a cabo una determinada acción es un estado inconciente, es decir, el estar energéticamente preparado.

La realización de la acción eficaz específica es inversamente proporcional al desarrollo del afecto, que surge como vía de descarga generando una alteración en el propio organismo. Cuanto menos eficaz resulta la acción, mayor es el componente de excitación que se descarga como afecto (Chiozza, 1974d). De acuerdo con este pensamiento, podemos sostener que la impotencia energética es un afecto surgido de la ineficacia de la acción adecuada de reserva energética adiposa.

Cuando el sentimiento de impotencia energética, surgido de la regresión desencadenada por la frustración actual, no se tolera en la conciencia, la desestructuración defensiva de la clave de inervación logra desplazar el total de investidura sobre el elemento más representativo del conjunto: la disminución de la reserva energética.

De esta manera el afecto desaparece de la conciencia y en su lugar aparece un síntoma, el adelgazamiento, que en situaciones graves puede alcanzar la emaciación. Pensamos que este tipo de vivencia debe desempeñar un rol preponderante en enfermedades como la llamada “anorexia nerviosa”, donde se observa una peligrosa reducción de las reservas grasas⁵¹.

Otra y más compleja es la vicisitud del afecto en la obesidad. Puede ocurrir que frente a la dificultad para tolerar en la conciencia el sentimiento de impotencia energética, en lugar de desestructurar su clave, se recurra al mecanismo de formación reactiva, desarrollando así, un sentimiento contrario.

El sujeto, entonces, se siente, energéticamente hablando, con una potencia más que suficiente, es decir, hiperpotente (“omni”- potente)⁵². Pero este sentimiento de hiperpotencia energética, que surgió como formación reactiva, amenaza traer consigo a la conciencia la impotencia energética que le dio origen y a la cual, burdamente encubre. Por este motivo es necesario reprimir, también, ese sentimiento de hiperpotencia energética.

Siguiendo un pensamiento análogo al anterior, podemos pensar que el aumento del depósito de lípidos en el tejido adiposo constituye un elemento esencial en la clave de inervación del sentimiento de hiperpotencia energética, que oculta y sustituye al sentimiento de impotencia.

La desestructuración del sentimiento de hiperpotencia energética implica, entonces, un incremento del acúmulo de lípidos en el tejido adiposo. El afecto desaparece de la conciencia y en su lugar aparece un trastorno somático: el aumento injustificado de tejido graso, que, en determinadas condiciones, se registra como obesidad.

El aumento de este tejido representa un intento, regresivo e inadecuado, de recurrir a una “capacitación general”, energética. Se configura, de este modo, un malentendido con fines defensivos. El sujeto sustituye la acción eficaz (por ejemplo la satisfacción genital, o la sublimación) para la que no se siente capaz, por otra para la que sí se siente capaz pero que resulta ineficaz para resolver la frustración.

Esta acción que actualmente, frente a la frustración, se demuestra ineficaz, es una acción específicamente “pensada” para materializar el crecimiento corporal. Desde la regresión al punto de fijación adiposo, las formas más desarrolladas de materialización, la procreación y la sublimación, son experimentadas (también regresivamente) como una forma más primaria de la materialización: el crecimiento corporal; y así, se sustituyen también los preparativos específicos más evolucionados (para la procreación y para la sublimación) por los energéticos más primitivos (para el crecimiento).

⁵¹ También puede formar parte de un mosaico de fantasías, de importancia secundaria, en enfermedades que, como el SIDA, secundariamente produzcan un adelgazamiento patológico.

⁵² Según Moliner (1991) “omnipotente” significa “todopoderoso”. “*Se aplica al que lo puede todo, en absoluto...*”. Utilizamos el prefijo “hiper” no en el sentido de “exceso”, al que se refiere Moliner (1991), sino en el sentido cuantitativo de “sobre”, que corresponde a la traducción de la voz griega tal como se usa en la palabra “sobreabundancia” (Boettner, 1942).

De este modo, como consecuencia de su capacitación ineficaz, no sólo no se capacita para la acción específica que debería realizar, sino que además, “carga” con una reserva y con un “peso”⁵³ que en realidad no necesita, volviéndose cada vez más incapaz⁵⁴ en el terreno específico de su carencia y su necesidad.

En este caso, el incremento de tejido adiposo es patológico independientemente de su cantidad, ya que el aumento de la reserva no ocurre en la medida de las necesidades energéticas sino como sustituto inadecuado de la acción específica que aliviaría la frustración⁵⁵.

En conclusión

Lo que se presenta en el cuerpo como un aumento del tejido adiposo, es decir, una alteración somática, es, en el alma, un drama inconciente. Drama que, para su mejor comprensión hemos descrito en términos predominantemente metapsicológicos, utilizando conceptos conocidos como la fijación, la regresión, etc. Podemos intentar ahora una descripción en términos metahistóricos, volcando lo ya comprendido en aquello que solemos llamar “el lenguaje de la vida”.

Podemos decir que el sujeto que, como el obeso, engorda contra su voluntad conciente, es un sujeto que se siente incapaz; que siente que **“no sabe cómo”** enfrentar las dificultades que la vida le impone en la realización de sus deseos. Sin poder tampoco renunciar a la realización de sus deseos, experimenta esta vivencia como si se tratara de **materializar un crecimiento corporal** para el cual siente que **“no tiene con qué”** llevarlo a cabo. Se siente **impotente, débil⁵⁶, pusilánime**, y además **disconforme** consigo mismo.

⁵³ La palabra “peso” proviene de “pesar”, del latín *pensare*, intensivo de *pendere*, que se refiere a determinar el peso de una cosa. Reúne los significados de fuerza de gravedad, dolor interior, carga o gravamen, unidad monetaria e importancia de una cosa (RAE, 1950; Salvat, 1972). Estos sentidos, además de sugerir la vinculación del aumento de peso con un componente melancólico (la pesadumbre, el peso de la culpa, etc.), señalan la posibilidad de equiparar peso con valor o importancia. En este sentido el gordo buscaría aumentar su volumen, imponerse “ocupando más espacio”, en el intento de negar su sentimiento de falta de valor, importancia o gravitación sobre sus objetos primarios.

⁵⁴ En su primera y más antigua acepción, “Gordo” significa *“torpe o tonto”* ya que proviene de latín *gurdus* que significa “torpe”, de donde *“se pasaría a la acepción de ‘grueso’ por una asociación en sentido inverso al del caso de ‘grosero’, entre las ideas de gordura y falta de finura”* (Moliner, 1991). Resulta interesante que, según Gobello (1994) uno de los significados de “grasa” es “inhábil, torpe”; la expresión “hacer sebo” tiene el sentido de “holgazanear”. En la jerga de los adolescentes “músculo en reposo” significa la grasa acumulada. Estos giros lingüísticos tomarían la relación entre acumular grasa y prepararse sin realizar la acción.

⁵⁵ Es conveniente aclarar que en ciertos casos, por ejemplo una pérdida irreparable, la acción eficaz que alivia la frustración, bien puede ser el trabajo de duelo.

⁵⁶ Según Moliner (1991), “débil”, que en su primera acepción significa *“de poco vigor, poca fuerza o intensidad”*, cuenta, entre sus muchas acepciones, la de *“adelgazarse”*, en sentido figurado, *“se aplica a la persona que, por falta de energía o exceso de afecto, cede excesivamente a la voluntad o al capricho de otros”*. “Debilidad”, por su parte, significa figurativamente *“falta de energía moral”*, y también *“flaqueza”*. A su vez *“flaquear”* es *“mostrar debilidad. Estar a punto de fallar la resistencia física o moral (...) mostrar alguien falta de energía...”*.

En el intento de negar el displacer que le provoca esta vivencia de debilidad e impotencia, adopta una actitud contraria a su sentir; una actitud omnipotente de sentirse **“poderoso”, “robusto”, “corpulento”**. Esta situación, puesta en palabras de un niño pequeño, se expresaría diciendo por ejemplo: *“Si quiero, puedo correr más rápido que un tren”*; actitud que denota la debilidad latente y que por este motivo no puede sostenerla en su actitud conciente. La expresa, entonces, en su **forma corporal**, a través del aumento de sus reservas en el tejido adiposo.

Como retorno de lo reprimido, los mismos afectos intolerables vuelven a la conciencia. Se siente ahora **disconforme** con su gordura, la cual, además, implica una **impotencia** funcional. El sujeto, evitando aquello que le provocaba dolor, ha realizado un “mal negocio” y debe pagar el precio de su gordura. Al transformar el **“no poder por no saber cómo”** en **“no poder por no tener con qué”**, ha perdido la posibilidad de capacitarse adecuadamente a través del aprendizaje. En su lugar, recurre a una capacitación inadecuada que consiste en **acumular “energía”, como si se tratara de “sabiduría”**.

Apéndice: la respuesta inconciente a las dietas

Vimos ya que la medicina no sólo reconoce el fracaso de las dietas, sino que encuentra en la sucesión de ellas el motivo por el cual los obesos “tratados” se vuelven cada vez más obesos. Intentemos comprender ahora cómo la dieta repercute sobre el drama inconciente del obeso.

Si retomamos la situación que describíamos en el apartado anterior en el punto en que la dejamos, el paso siguiente es que el sujeto ahora vuelve a sentirse, como retorno de lo reprimido, disconforme e impotente, refiriendo ahora sus sentimientos a su condición de obeso. Guiado por estos sentimientos, y orientado por el consenso y el médico desde un enfoque erróneo, el obeso se pone a dieta, iniciando así una situación circular que incrementará su malestar.

Ahora dos deseos entran en conflicto: el deseo inconciente de aumentar las reservas adiposas y el deseo conciente de adelgazar. Satisfacer uno de ellos implicará frustrar al otro, con el displacer correspondiente. Pero veámoslo con más detalle.

La restricción alimentaria que, con el fin de reducir las reservas adiposas, impone la dieta, es vivida inconcientemente por el sujeto como una amenaza de incrementar su sentimiento de incapacidad e impotencia “energética”; su “no poder por no tener con qué”. Dado que el obeso siente que tiene que prepararse para un crecimiento aumentando su ingesta para aumentar sus reservas, siente la restricción dietaria, sin tener conciencia de ello, como algo que se opone a la realización de sus proyectos.

Imaginemos, por ejemplo, un sujeto que, incapaz de sublimar, y sintiendo que el futuro le depara una vejez frustrante, busca prepararse incrementando sus ahorros a través de sus ingresos. Alguien, en la creencia de que su abultada cuenta

bancaria perjudica su vida espiritual, le induce a reducir bruscamente sus ingresos con la intención de que, al mantener los gastos, reduzca sus ahorros.

Entonces, con tal de no “tocar” su máspreciado bien, del cual siente que dependen sus posibilidades de un futuro mejor, intenta desesperadamente reducir también los gastos. Es la situación que la medicina describe como la disminución del metabolismo que ocurre frente a las dietas.

El sujeto de nuestro ejemplo, con tal de no perder lo bienes que siente como imprescindibles podría incluso, si es necesario, renunciar a ciertos bienes de los que ahora puede prescindir, “quemándolos”. Esta situación equivale a lo que la medicina describe como reducción de la masa magra, por consumo de proteínas musculares. En efecto, si el proyecto actual del obeso es acumular reservas energéticas para acciones futuras, cree poder sacrificar una parte de sus músculos, en el presente inactivos.

Cuando la dieta finaliza (casi siempre se abandona), el obeso come más que antes. Come preparándose para las amenazas del futuro, y ahora, además, come preparándose para la amenaza de la próxima dieta.

SÍNTESIS

1) Es posible pensar que en la evolución filogenética la complejización de los organismos y de las funciones trajo aparejada la necesidad de una respuesta adaptativa para enfrentar la dificultad que imponen las variaciones del medio en cuanto a la disponibilidad de nutrientes; surge así la idea, general y abarcativa, de acumular sustancias hoy disponibles, y reservarlas para cuando falten. De este modo, podemos plantear una **fantasía general de reserva**.

2) Podemos diferenciar, entre las distintas sustancias que se acumulan, aquellas que desempeñan un papel esencialmente energético. De este modo podemos concebir la reserva de estas sustancias como una **fantasía de reserva energética**, que forma parte de la fantasía general de reserva, y está destinada a subsanar el desfase que impone una alimentación periódica frente a un gasto continuo.

3) Así como el tejido adiposo desempeña distintas funciones, también podemos suponer distintas fantasías parciales que componen la matriz, más compleja, que llamamos **fantasías adiposas**. La fantasía primaria está vinculada a la función de depósito de grasas de reserva energética; las funciones de dar forma y de disminuir la pérdida de calor implicarán fantasías adiposas secundarias. Vinculadas a la función de reserva energética, encontramos también fantasías de autoabastecimiento.

4) La reserva energética en forma de glúcidos se arroga mejor la representación de una reserva para uso inmediato. Es la más adecuada para satisfacer necesidades urgentes pero no cuantiosas, como por ejemplo, los esfuerzos breves e intensos. La reserva energética en forma de ácidos grasos parece estar pensada para un uso de "largo alcance" apto para sostener los esfuerzos prolongados.

5) La idea de reservar implica la idea de diferir el consumo en el tiempo; por lo tanto, el hecho de que la forma grasa de reserva energética esté pensada para plazos más largos, sumado al hecho de su capacidad casi ilimitada para la reserva (notablemente superior a la de los glúcidos), nos induce a pensar que la reserva energética adiposa se arroga la representación de la reserva energética en general.

La fantasía de reserva energética adiposa puede, además, por regresión a la fantasía general de reserva, representar - vicariamente - a otros tipos de reserva; en otras palabras, puede arrogarse, en general, la representación de los preparativos.

6) Dadas las estrechas relaciones entre el depósito de triglicéridos en los adipocitos y la regulación hormonal de este proceso, llevada a cabo principalmente por la insulina, podríamos suponer también, un segundo estadio evolutivo para las fantasías insulino-pancreáticas que se desprende de las acciones de la insulina sobre el metabolismo adiposo. Supondríamos también un segundo momento de primacía y por lo tanto un segundo punto de fijación. La reserva energética adiposa surgiría, entonces, vinculada al adecuado

funcionamiento tanto de la libido adiposa como de la libido insulino-pancreática “secundaria”.

7) El depósito de reservas energéticas en el tejido adiposo es una acción eficaz cuya finalidad es la de preparar para la materialización; más específicamente, la materialización implícita en el crecimiento corporal. La falta de los recursos energéticos adecuados (en calidad y cantidad) no sólo impide el crecimiento, sino que conduce a “quemar” las formas ya materializadas cuando la energía para la subsistencia se debe extraer de la degradación proteica. Las proteínas, por su función estructural, constituyen una fuente de energía para casos de urgencia ya que su utilización implica un consumirse a sí mismo.

8) El término “capacidad” reúne los significados de continente y de aptitud, en la fantasía de que los recursos están almacenados y reservados a la espera de la oportunidad propicia. Sus significados la emparentan con la potencia; por lo tanto las fantasías de reserva están presentes tanto en la idea inconciente de la capacidad como en la de potencia. Podemos afirmar, entonces, que toda forma de reserva energética - y particularmente la adiposa - compromete fantasías vinculadas al sentimiento de potencia.

Podemos dividir, de manera un tanto esquemática, a toda capacidad, a toda potencia, en un aspecto de naturaleza energética, vinculado a la cantidad, y otro vinculado más específicamente con la cualidad de la acción. Podemos representarnos el primer aspecto con la expresión “tener con qué”, y el segundo con la expresión “saber cómo”.

9) La reserva energética adiposa es la más eficaz materialización de la autonomía, por lo tanto se ofrece como una adecuada representación para simbolizar fantasías de autoabastecimiento.

10) El tejido adiposo participa en la forma corporal emparentándose con el tejido conjuntivo que le dio origen. Podemos suponer, entonces, un sentimiento de disconformidad similar (aunque no igual) al de la patología conjuntiva, presente en los trastornos del tejido adiposo. Este sentimiento desempeñaría un rol secundario con respecto a los sentimientos que derivan directamente de la función de reserva energética.

Así, pensamos, existe una forma “normal” para la infancia vinculada a un depósito de reserva adiposa adecuado para el crecimiento; una forma “normal” para la época adulta vinculada a una adecuada proporción y distribución de la grasa subcutánea que permite una sexualidad genital satisfactoria en su aspecto reproductivo; y una forma “normal” para la vejez, vinculada a los depósitos de grasa adecuados para el ejercicio de la sublimación.

11) No obstante el tejido adiposo en el hombre parece perder sus cualidades de productor de calor, en favor de las de reserva energética, pensamos que los vestigios de esta función pueden ser utilizados para expresar fantasías vinculadas a la necesidad de calor y abrigo.

12) El tejido adiposo comienza a cumplir su función en el octavo mes de vida intrauterina. La alimentación continua fetal hace innecesaria la reserva energética

adiposa ya que el feto cuenta con las reservas energéticas adiposas de la madre. A partir del octavo mes de gestación el feto comienza a prepararse para el nacimiento, momento a partir del cual deberá realizar un crecimiento corporal con suministros energéticos que ya no son continuos. Este momento de capacitación energética como preparativo del crecimiento corporal, es el **punto de fijación adiposo**.

Existen también otros períodos de la vida en los cuales el tejido adiposo desempeña un rol preponderante; estos constituyen resignificaciones del primitivo punto de fijación adiposo del octavo mes de gestación. Del mismo modo podemos decir que el punto de fijación adiposo fetal es una nueva edición de una idea, ya presente, en la reserva energética del huevo.

13) La regresión al punto de fijación adiposo “tiñe” la frustración actual 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 energéticamente potente como si se tratara de llevar a cabo un crecimiento corporal. Llamamos a esta vivencia **sentimiento de “impotencia energética”**.

14) Mientras que la impotencia energética es un afecto, la potencia energética para llevar a cabo una determinada acción es un estado inconciente, es decir, el estar energéticamente preparado.

15) El funcionamiento, dentro de límites normales, de la función de reserva energética adiposa forma parte de la clave de inervación de los sentimientos que surgen específicamente del ejercicio de la libido adiposa; por lo tanto una disminución en la reserva energética, dentro de los límites fisiológicos, es el elemento esencial de la clave de inervación del sentimiento de “impotencia energética”.

Cuando este sentimiento no se tolera en la conciencia, la desestructuración defensiva de la clave de inervación desplaza el total de investidura sobre el elemento más representativo del conjunto: la disminución de la reserva energética; el afecto desaparece de la conciencia y en su lugar aparece un síntoma, el adelgazamiento, que en situaciones graves puede alcanzar la emaciación.

Pensamos que este tipo de vivencia debe desempeñar un rol preponderante en enfermedades como la llamada “anorexia nerviosa”, donde se observa una peligrosa reducción de las reservas grasas.

16) La dificultad para tolerar en la conciencia el sentimiento de impotencia energética puede resolverse mediante la formación reactiva desarrollando un sentimiento contrario de hiperpotencia energética. Dado que este sentimiento amenaza traer consigo a la conciencia la impotencia energética que le dio origen y a la cual burdamente encubre, tampoco se tolera su permanencia en la conciencia.

El aumento del depósito de lípidos en el tejido adiposo constituye un elemento esencial en la clave de inervación del sentimiento de hiperpotencia energética; por lo tanto la desestructuración de este sentimiento implica un incremento del acúmulo de lípidos en el tejido adiposo.

El afecto desaparece de la conciencia y en su lugar aparece un trastorno somático: el aumento injustificado de tejido graso, que, en determinadas condiciones, se registra como obesidad.

17) La obesidad representa un intento, regresivo e inadecuado, de recurrir a una "capacitación general" energética en el cual se sustituye la acción eficaz para la cual el obeso no se siente capaz, por otra para la que sí se siente capaz pero que resulta ineficaz para resolver la frustración. En este caso, el incremento de tejido adiposo es patológico independientemente de su cantidad, ya que el aumento de la reserva no ocurre en la medida de las necesidades energéticas sino como sustituto inadecuado de la acción específica que aliviaría la frustración.

18) Desde la regresión al punto de fijación adiposo, las necesidades de procreación y sublimación son experimentadas como una necesidad de crecimiento corporal; y así, se sustituyen también los preparativos específicos más evolucionados (para la procreación y para la sublimación) por los energéticos más primitivos (para el crecimiento).

LAS FANTASÍAS ADIPOSAS EN UNA HISTORIETA CÓMICA

“Las Aventuras de Astérix”⁵⁷ constituyen un famosa colección de historietas creada por el guionista Goscinny y el ilustrador Uderzo que, en una fina ironía, colocan al protagonista de las aventuras en el centro de los más grandes acontecimientos históricos.

Así, Astérix gana los juegos Olímpicos, participa en la construcción de monumentos egipcios, introduce el té en Bretaña y, además, llega a América antes que los primeros vikingos⁵⁸. Todas las historietas comienzan con un mapa de la Galia luego de la “*Conquista Romana*”; una gran lupa señala una pequeña aldea de la región de Armorica rodeada de cuatro campamentos romanos; una leyenda reza: “*Nos hallamos en el año 50 A. de J.C.. Toda la Galia está ocupada por los romanos... ¿Toda? ¡No! Un pueblecito habitado por galos irreductibles, resiste ahora y siempre al invasor...*”

Luego nos enteramos del misterio que hace posible semejante proeza. El druida de la aldea prepara una poción mágica que confiere una fuerza sobrehumana a quien la consume. Gracias a esta poción, el pueblito resiste a la ocupación, se divierte castigando a los romanos y hace rabiar al César, quien no puede concluir su proyecto de ocupar “toda” la Galia.

Hagamos una primera interpretación. Los romanos y el César representan a los poderosos y la pequeña aldea gala a los débiles. La sabiduría del druida, a través de la poción mágica, permite, como una fantasía optativa, invertir los términos. Los galos se transforman en hiperpotentes al mismo tiempo que los romanos pasan a ser impotentes. El “secreto” de la poción convierte a los galos en más capaces que los romanos quienes “teniendo con qué” (disponiendo de las tropas), “no saben cómo” materializar la conquista; en otras palabras, los galos tienen el recurso adecuado, mientras que los romanos tienen, en exceso, recursos que se demuestran inútiles.

Veamos los personajes centrales de estas aventuras:

“Astérix, héroe de estas aventuras. Pequeño guerrero astuto, de viva inteligencia. Se le confían sin vacilar todas las misiones peligrosas. Astérix saca su fuerza sobrehumana de la poción mágica del druida Panoramix.”

“Obélix es el amigo inseparable de Astérix. Repartidor de menhires de profesión...”, consumidor ilimitado de jabalíes, glotón por naturaleza, de pequeño cayó en el caldero de poción mágica y, habiéndolo bebido todo, los poderes sobrehumanos son, en él, eternos. Su segundo mayor placer, luego de comer, es pegarle a los romanos y coleccionar luego sus cascos. Se enfurece cuando lo

⁵⁷ Ediciones Junior, S.A., Grupo Editorial GRIJALBO.

⁵⁸ “Astérix en los juegos Olímpicos”, “Astérix y Cleopatra”, “Astérix en Bretaña” y “La gran travesía”.

llaman “gordo” ya que él se siente “robusto” y “corpulento” (aunque un poco “bajo de tórax”); se ofende cuando se lo excluye de la repartición de poción mágica; situación, esta última, que ocurre siempre ya que el druida teme los efectos que podría tener en él la poción mágica.

“Panoramix, el venerable druida del pueblecito, se provee de muérdago y prepara pociones mágicas. Su mayor éxito es la poción que da la fuerza sobrehumana al consumidor. Pero Panoramix tiene otras recetas en reserva...”

Ideafix, el pequeño perrito de Obélix. Tiene pasión por lo grandes árboles del bosque y, glotón como su dueño, come enormes huesos.

Astérix y Obélix, como el gordo y el flaco o como Quijote y Sancho, componen dos caras de una misma moneda. Por un lado Astérix, el pequeño guerrero valiente, débil por su naturaleza física pero astuto por su inteligencia, representa “el saber cómo” que, para lograr sus hazañas, debe completarse teniendo “con qué”. Para esto recurre a la poción mágica o, cuando ésta se agota, a su inseparable amigo Obélix, de poderes eternos.

Por el otro lado Obélix; tonto y aniñado, pero poderoso, representa el “tener con qué” en su forma más pura, es decir, “tener con qué sin saber cómo”. Sus fuerzas eternas representan las posibilidades que brinda la reserva grasa para soportar el ayuno prolongado (como vimos, en un obeso, hasta un año de metabolismo normal (Fawcett, 1986)). Su casi ilimitada capacidad para comer jabalíes simboliza la capacidad, también casi ilimitada, del adipocito para almacenar lípidos (Best y Taylor, 1993). Además, como frecuentemente sucede con los “gordos” que siempre deben estar a “a dieta”, Obélix queda sistemáticamente excluido a la hora de repartir entre los aldeanos el “manjar” de la poción mágica.

Panoramix e Ideafix completan los dos personajes principales. El druida que jamás participa de los combates ni ingiere la poción que prepara, representa el “saber cómo” en su forma pura. A través de la “preparación”, simboliza también aspectos de la fantasía de reserva; aspectos que se explicitan al decir que tiene otras recetas en reserva. Antes de partir Astérix para una nueva aventura, Panoramix le acerca una cantimplora llena de poción mágica, simbolizando las reservas para el viaje y para el incierto futuro.

Ideafix, en un desdoblamiento de Astérix, representa al débil que hay dentro de todo obeso. Su “idea fija” (que da su nombre) son los altos árboles del bosque⁵⁹, que simbolizan tanto el crecimiento corporal, como las otras formas de la materialización, es decir, la procreación y la trascendencia.

Si las fantasías adiposas están, como vemos, formando un sustrato latente en “*Las aventuras de Astérix*”, un aventura en particular parece centrarse en el tema que nos interesa: “*Obélix & Co.*”. En esta aventura, el personaje central es nuestro obeso héroe, y el argumento se centra en las vicisitudes de la economía monetaria

⁵⁹ Ver “*La residencia de los Dioses*”; es esta aventura los romanos arrancan los árboles del bosque. Cada vez que Ideafix ve esto se desmaya y Obélix se preocupa. Astérix, gracias a otra poción del druida, arroja semillas que hacen crecer los arboles de forma inmediata.

que, como vimos, son un símbolo privilegiado para comprender las vicisitudes del metabolismo de los nutrientes.

Esta aventura comienza cuando un relevo de tropas llega a uno de los campamentos romanos. El centurión relevado, *Disparatus*, recomienda al centurión de relevo, *Nihablarum*, sentarse tranquilamente a esperar su propio relevo; pero *Nihablarum*, desea progresar y planea vencer a los galos. Luego de la primer derrota seguirá el consejo de su predecesor en el cargo y se “dejará estar” a la espera del relevo. Esta actitud, por oposición al entrar en acción, sumada a la impotencia de *Nihablarum*, para materializar sus proyectos de ascender, son elementos presentes en el drama adiposo del obeso.

Antes de la mencionada batalla, en el pueblito galo todos cuchichean en secreto a espaldas de Obélix, quien se siente excluido y ofendido. Ocurre que es el cumpleaños de Obélix y sus amigos han pensado, como regalo sorpresa, dejar que él solo combata con los “*romanos fresquitos*”. El hecho de que esta aventura comience con el cumpleaños de Obélix, simboliza la necesidad de crecimiento, y las nuevas dificultades que impone la complejización de la vida con la edad; el secreto que no conoce simboliza como vimos el “no saber”. No obstante el regalo sorpresa, este sentimiento inicial de exclusión, como veremos, exigirá futuros desenlaces.

Mientras tanto en Roma, el César, preocupado por la humillación de la nueva derrota, reúne al Consejo compuesto, en su mayor parte, por obesos decadentes. Cayo Coyuntural, un joven delgado, tiene una propuesta interesante: “*Ya que son fuertes, hay que debilitarles. Ya que no tienen nada más que hacer que pelear, hay que darles ocupación (..) El afán de lucro, el oro; he aquí lo que les debilitará y les ocupará. Vamos a convertirlos en unos decadentes. Pero necesitaré mucho oro*” César, luego de ver en los miembros de su propio Consejo el efecto de la riqueza, responde: “*tienes crédito ilimitado*”. Esto ilustra algo que comprendemos en el drama del obeso, quien en su afán de poder, almacenando sin límite lo que no necesita, se debilita, pierde su masa muscular y debe acarrear con su exceso de peso.

Cayo Coyuntural, va en busca de Obélix, único responsable de la derrota, y le ofrece comprar con sestercios el menhir que transporta. Obélix no parece interesarse por el dinero hasta que el romano toca su punto débil diciendo: “*... serás el hombre más rico de tu pueblecito, por lo tanto el más importante*”. En efecto, a pesar de su voluminoso cuerpo y sus poderes ilimitados, Obélix no se siente importante, como lo demuestran sus sentimientos de exclusión y ofensa frente al secreto de su regalo de cumpleaños⁶⁰.

Cayo Coyuntural comprará a Obélix todos los menhires que pueda producir; cada día le pagará más dado que “*en la actual coyuntura, a causa de la oferta y la demanda, el mercado fluctúa... estamos en plena tendencia alcista*”; sólo impone

⁶⁰ De pequeño Obélix era burlado por sus compañeritos y dado que no se animaba a defenderse Astérix lo convence de aprovechar una distracción del druida para beber de la poción mágica. Así es cómo Obélix cayó en el caldero de poción mágica (Ver “*Cómo Obélix cuando era pequeño cayó en el caldero del druida*”).

un condición, que Obélix cada vez le traiga más menhires, de lo contrario, *“al no poder satisfacer la demanda (...) hay un descenso en las cotizaciones”*.

Preocupado por la amenaza de ganar menos sestercios, Obélix rechaza la invitación de Astérix para ir a cazar jabalíes argumentando que debe trabajar y no tiene tiempo. Contrata a algunos vecinos para que lo ayuden con los menhires y a otros para que cacen jabalíes para los que fabrican menhires. Frente a los reproches de Astérix, Obélix dice: *“Cuando haya vendido montones de menhires, podré volver a cazar jabalíes como antes (...) dentro de algunos años”*. Así Obélix, preparándose para el futuro, deja de “vivir el presente”.

Cayo Coyuntural exige a Obélix, durante un almuerzo de negocios, mayor producción, y le recomienda comenzar a gastar sus sestercios ya que no va vestido *“como un hombre que se ha situado en el negocio del menhir”*. Un mercader llega a la aldea y Obélix le compra todas las telas, el carro y los bueyes dejando a todos con las ganas; emplea, además, al mercader para que oficie de repartidor.

Astérix y Panoramix desconfían de las intenciones de los romanos y viendo que los menhires no tienen utilidad alguna resuelven combatir a los romanos dándoles lo que quieren: menhires a cambio de oro. Frente a la envidia y celos que Obélix despierta en el pueblo, Astérix y Panoramix incitan a todos a fabricar menhires ofreciéndoles poción mágica para que estén en condiciones de competir con Obélix.

Goscinnny y Uderzo recurren en esta historieta a un recurso ausente en las otras aventuras: caricaturizar a personajes famosos utilizándolos como personajes de su historieta. Sorprende además porque, desde el contenido manifiesto, aparece como un hecho fortuito, sin conexión con la trama. Los dos torpes legionarios que se ocupan de descargar los menhires no son otros que El Gordo y El Flaco; los famosos Laurel y Hardy.

Así, la mitad del pueblo caza jabalíes para la otra mitad que fabrica y reparte menhires. Y frente a la pregunta de *Nihablarum* acerca de qué hacer con tantos menhires, *Cayo Coyuntural* responde: *“Al César lo que es del César”*.

A César lo preocupan dos cosas; qué va a ocurrir con sus devastadas finanzas y qué hacer con semejante cantidad de menhires que ocupan todo su palacio. *Cayo Coyuntural* tiene una nueva idea: vender los menhires. Para esto inician una campaña publicitaria en el Circo Máximo, centrada en la idea de que la gente compra lo que pone celosos a los vecinos.

Para explicar esta idea a César, *Cayo Coyuntural* hace un desarrollo de las estrategias de *marketing*; los autores, antes de esta explicación advierten al lector: *“Lo que va a seguir será difícilmente comprensible para aquellos que no estén familiarizados con el mundo de los negocios antiguos. Más aún, teniendo en cuenta que todo esto es impensable, hoy día, pues a nadie se le ocurriría probar de vender algo completamente inútil”*.

De esta manera los autores ironizan la sociedad de consumo en un rasgo que, entre otras cosas, caracteriza, como vimos, a la industria alimentaria y al consumo ferviente de las inútiles dietas publicitadas.

Frente al éxito de las ventas en Roma, la competencia del menhir nacional - huelga de esclavos en la Vía Appia mediante - desata una guerra de precios que acaba con las arcas del Imperio Romano, y César ordena a *Cayo Coyuntural* detener la compra de menhires a los galos.

Mientras tanto Obélix, cansado de la vida de negocios, desea retornar al bosque a cazar jabalíes con Astérix, y le dice: *“No te burles de mí. He sido un estúpido. Me aburro, estoy harto. ¡Todo el mundo está lleno de sestercios, todo el mundo se ha convertido en el hombre más importante del pueblecito!”*. Retorna a la conciencia la impotencia para materializar sus ambiciones de ser “el más importante”; y frente a esta incapacidad hepática de materializar, surge el aburrimiento.

Cuando los vecinos se enteran de que los romanos han decidido no comprar más menhires creen que Obélix, sabiéndolo, los ha traicionado. Todos comienzan a pelar (como en los buenos tiempos) hasta que Astérix sugiere atacar a los romanos. Obélix, en retribución al regalo de cumpleaños, ofrece “invitar la ronda de romanos” y, por única vez, se abstiene de la pelea.

Luego de la pelea Astérix, preocupado, pregunta al druida que harán los aldeanos con los sestercios acumulados; Panoramix responde que debido a una gran crisis en Roma el sestercio se ha devaluado y ya no vale nada. Otra vez, la aventura finaliza en un banquete en la aldea a la luz de las estrellas.

Obélix ha materializado un crecimiento, ha madurado elaborando su deseo de ser el más importante del pueblecito. Esto queda simbolizado en que se abstiene (rasgo poco común en el obeso) de participar de la pelea.

“Obélix & Co.” que, en lo latente, toca el tema de las fantasías adiposas, es una crítica a un materialismo exagerado y absurdo representado por una economía que gira en torno al menhir; un producto grande, pesado, que ocupa mucho lugar y que se destaca por su inutilidad. El menhir es, en la historieta, un símbolo de la reserva grasa inadecuada como preparativo específico; una cantidad pura, sin cualidad. En otras palabras, un intento vano y errado de remediar el sentimiento de impotencia a través de la búsqueda de poder (entendido éste como el tener recursos energéticos, el “tener con qué”). Esta búsqueda produce, como sucede en la historieta, un debilitamiento mayor al inicial por un aumento de peso que aumenta la impotencia y el gasto energético de la acción.

Como le ocurre al obeso cuando el volumen de grasa aumenta su impotencia y su disconformidad, haciéndolo más débil, los romanos de la historia quedan más impotentes que al principio. Con una economía devastada, tapados de pesados menhires que ocupan lugar inútilmente y sin haber podido, otra vez, vencer a los galos. También los galos se han “llenado” de un dinero que ya no vale, en el fracasado intento de ser “más importantes”, es decir, hiperpotentes.

El intento de los romanos de **distraer** a los galos de su lucha, a través del afán por el lucro y el oro, son un adecuado símbolo del drama adiposo. El obeso, en lugar

de llevar a cabo la acción específica (“el saber cómo”) o, resolver su incapacidad, capacitándose en el aprendizaje (adquiriendo la sabiduría que le permita “saber cómo”), se **distrae** haciendo algo que sabe hacer, pero que no le sirve; acumula riqueza energética en sus reservas más de lo necesario. Y así, en lugar de iniciar la acción (la capacitación específica), “se deja estar”, como los legionarios del cuento, engañándose a sí mismo, en la creencia de que su demora consiste en un preparativo.

BIBLIOGRAFÍA

Alberts, Bruce y colab. (1994)

Biología molecular de la célula, Ed. Omega. España, 1994.

Albores, José (1980)

Manual de Pediatría. López Libreros Editores. Buenos Aires, 1980.

Best y Taylor (1993)

Bases fisiológicas de la práctica médica. Ed. Médica Panamericana. Argentina, 1995.

Boettner, Juan (1942)

Etimología griega y latina para el uso médico, Editorial El Ateneo, Bs. As., 1942.

Borges, Jorge y Sábato, Ernesto (1976)

Diálogos. Emecé. Buenos Aires, 1996.

Björntorp, Per y Brodoff, Bernard (1992)

Obesity. J. P. Lippincott Company. Philadelphia, 1992.

Chiozza, Luis (1963)

Psicoanálisis de los trastornos hepáticos, Biblioteca del CCMW, CIMP, Buenos Aires, 1984.

Chiozza, Luis (1970c)

"Apuntes sobre fantasía, materia y lenguaje", *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del Centro de Consulta Médica Weizsaecker, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1980.

Chiozza, Luis (1974b)

"Estudio psicoanalítico de las fantasías hepáticas", LUIS CHIOZZA CD, In Context 1995.

Chiozza, Luis (1974d)

"La transformación del afecto en lenguaje", *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Biblioteca del Centro de Consulta Médica

Chiozza, Luis (1978b)

"Hacia una teoría del arte psicoanalítico. Estudio de un episodio en la relación Dora-Freud", *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Biblioteca del Centro de Consulta Médica Weizsaecker, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1980 y en *Psicoanálisis: presente y futuro*. Ed. CIMP, Bs.As., 1983.

Chiozza, Luis (1978d)

"El corazón tiene razones que la razón ignora". *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Biblioteca del Centro de Consulta Médica Weizsaecker, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1980.

Chiozza, Luis (1980f)

"Entre la nostalgia y el anhelo. Un ensayo acerca de la vinculación entre la noción de tiempo y la melancolía", en *Psicoanálisis: presente y futuro*, Ed. CIMP, Bs.As., 1983.

Chiozza, Luis (1982a)
"Convivencia y trascendencia en el tratamiento psicoanalítico", en *Psicoanálisis: presente y futuro*, Ed. CIMP, Bs.As., 1983

Chiozza, Luis (1984a)
"En la búsqueda de los principios del vivir en forma", XV Simposio del CIMP.

Chiozza, Luis (1994*)
Comentarios al trabajo "Acerca de la sexualidad y la sublimación", de Corniglio, Horacio y Obstfeld, Mirta. CCMW, 1994.

Chiozza, Luis y colab. (1968d)
"Una idea de la lágrima". *Un estudio del hombre que padece*. Edición CIMP-Kargieman. Buenos Aires, 1970.

Chiozza, Luis y colab. (1990d)
"Los significados de la respiración", *Los afectos ocultos en...* Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991.

Chiozza, Luis y colab. (1990f)
"Psicoanálisis del trastorno diabético", *Los afectos ocultos en...* Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991.

Chiozza, Luis y colab. (1992c)
"Psicoanálisis de los trastornos urinarios", *Los sentimientos ocultos en...* Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993.

Chiozza, Luis y colab. (1992g)
"Una introducción al estudio de las claves de inervación de los afectos", *Los sentimientos ocultos en...* Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993.

Chiozza, Luis y colab. (1992e)
"Los significados inconcientes específicos de la esclerosis", *Los sentimientos ocultos en...*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993.

Chiozza y colab. (1995k)
"Los significados inconcientes de la función tiroidea". Trabajo presentado en CCMW el 13 de octubre. Luis Chiozza CD-ROM. Fundación Luis Chiozza. In Context. Buenos Aires, 1996.

Cingolani, Horacio; Houssay, Alberto y colab. (1989)
Fisiología humana, tomo III. Ed. Ateneo. Argentina, 1989.

Corominas, Joan (1964)
Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico, Ed. Gredos, 1964, Madrid.

Creff, Albert. y Herschberg, Alexandre (1981)
Manual de obesidad. Toray-Masson. España, 1981.

Creff, Albert y Herschberg, Alexandre (1988)

Obésité. (2^a édition entièrement recomposée) Masson. Paris, 1988.

Diamond, Harvey y Diamond, Marilyn (1985)
La Antidieta. Ed. Urano. Buenos Aires, 1985.

Duden (1983)
Diccionario etimológico de la lengua alemana. Dudenverlag, Mannheim, 1963.

Farreras y Rozman (1988)
Medicina interna. Ediciones Doyma. España, 1988.

Fawcett, Don (1986)
Tratado de Histología. Interamericana-Mac Graw-Hill. México, 1986.

Felber, Jean-Pierre; Acheson, Kevin y Tappy, Luc (1993)
From obesity to diabetes. John Wiley and Sons. England, 1993.

Freud, Sigmund (1905d)
Tres ensayos de teoría sexual. Obras completas, tomo VII. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1987.

Freud, Sigmund (1916-17)
"Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión". Conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras completas, tomo XVI. Amorrortu Editores, T XVI. Buenos Aires, 1987.

Garrahan, Juan (1964)
Pediatría y puericultura. Editorial Médica-Panamericana. Buenos Aires, 1966.

Gobello, José (1994)
Nuevo diccionario lunfardo. Ediciones Corregidor. Buenos Aires, 1994.

Groddeck, Georg (1916 /19)
Las primeras 32 conferencias para enfermos. Ed. Paidós, Bs. As. Barcelona, 1978.

Ham, Arthur (1975)
Tratado de histología. Interamericana. México, 1975.

Hib, José (1994)
Embriología médica, Ed. Interamericana. Buenos Aires, 1994.

Jiménez Díaz, C. (1950)
Lecciones de Patología Médica, tomo III. López y Etchegaray. Barcelona, 1950.

Moliner, María (1991)
Diccionario de uso del español. Editorial Gredos, Madrid, 1991.

Montignac, Michel (1994)
El método Montignac. Muchnik Editores. España, 1994.

Moore, Keith (1988)
Embriología clínica. Interamericana-Mac Graw-Hill. México, 1988.

- Morris, Desmond (1971)
Comportamiento Intimo. Ed. Plaza y Janés. Barcelona, 1974.
- Pansky, Ben (1985)
Embriología médica. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1985.
- Perliot, P. (1976)
Morfología evolutiva de los cordados, Ed. Omega, Barcelona, 1976.
- Portmann, Adolf (1960)
Nuevos caminos de la Biología. Ediciones Iberoamericanas. España, 1968.
- Puchulu, F. y Pángaro, J. (1951)
Diabetes, obesidad y gota. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1951.
- Real Academia Española (1950)
Diccionario de la Lengua Española. España, 1985.
- Ross, M. y Rompell, L., (1989)
Histología. Ed. Médica Panamericana, Bs. As., 1992.
- Salvat (1972)
Enciclopedia Salvat Diccionario. Salvat Editores. Barcelona, 1972.
- Salvat (1974)
Diccionario médico. Salvat Editores, Barcelona, 1974.
- Smith, Lloyd y Thier, Samuel (1988)
Fisiopatología. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1988.
- Stein, Jay (1983)
Medicina interna. Salvat Editores. España, 1984.
- Stryer, Lubert (1988)
Bioquímica. Editorial Reverté. Barcelona, 1990.
- Weisz, Paul (1987)
La ciencia de la zoología, Ediciones Omega, Barcelona, 1987.
- Weizsaecker, Victor (1956)
Pathosophie. Vandanhoch y Ruprecht, Goettingen, 1967.