

EL VACIO Y LA NO - EXISTENCIA EN LA OBESIDAD MÓRBIDA:

UNA MIRADA PSICOANALITICA

BLANCA ESTEPHANIE MORALES CAMPOS

Licenciada en psicología por el Instituto Politécnico Nacional, Centro Interdisciplinario Ciencias de la Salud Unidad Santo Tomas (IPN CICS-UST), maestrante en psicoterapia psicoanalítica por el Colegio Internacional de Educación Superior (CiES). Consulta privada.

Recepción: 26 enero 2026/ Aceptación: 7 junio 2026

RESUMEN

El presente trabajo aborda la obesidad mórbida desde una mirada psicoanalítica, dando cuenta de la complejidad metabólica del cuerpo en articulación con dificultades psíquicas que exceden las fallas en la simbolización. Se realiza una revisión teórica de los procesos mentales implicados, las perturbaciones narcisistas, la constitución del Yo, así como las nociones de vacío y la no-existencia, retomando aportes de autores como Bion, Green, Winnicott, entre otros.

Desde la clínica del vacío, la obesidad es comprendida no solamente como un fenómeno corporal, sino como una manifestación de un exceso de goce donde el cuerpo queda situado en lo real. El trabajo se apoya en una viñeta clínica, ilustrada con fragmentos del discurso de una paciente, que permiten dar cuenta de su subjetividad y de los movimientos clínicos alcanzados en el tratamiento.

Finalmente, se proponen algunas orientaciones para el abordaje clínico con pacientes con obesidad mórbida, subrayando la importancia del sostén, la presencia del analista y la flexibilización del encuadre frente a los límites de la analizabilidad en la clínica contemporánea.

PALABRAS CLAVE: Clínica del vacío, cuerpo, no-existencia, obesidad mórbida, vacío, psicoanálisis.

SUMMARY

This paper addresses morbid obesity from a psychoanalytic perspective, accounting for the body's metabolic complexity in conjunction with psychic difficulties that extend beyond failures in symbolization. A theoretical review is conducted of the mental processes involved, narcissistic disturbances, the constitution of the Self, as well as the notions of emptiness and non-existence, drawing on contributions from authors such as Bion, Green, and Winnicott, among others.

From the clinical perspective of emptiness, obesity is understood not only as a bodily phenomenon but also as a manifestation of excessive jouissance, where the body is situated within the real. The paper is based on a clinical vignette, illustrated with fragments of a patient's discourse, which reveal her subjectivity and the clinical progress achieved in treatment.

Finally, some guidelines are proposed for the clinical approach to patients with morbid obesity, emphasizing the importance of support, the analyst's presence, and flexibility in the therapeutic framework in light of the limitations of analyzability in contemporary clinical practice.

KEYWORDS: Clinic of emptiness, body, non-existence, morbid obesity, emptiness, psychoanalysis.

RÉSUMÉ

Cet article aborde l'obésité morbide d'un point de vue psychanalytique, en tenant compte de la complexité métabolique du corps et des difficultés psychiques qui dépassent le cadre des échecs de symbolisation. Il propose une revue théorique des processus mentaux impliqués, des troubles narcissiques, de la constitution du Soi, ainsi que des notions de vacuité et de non-existence, en s'appuyant notamment sur les travaux de Bion, Green et Winnicott.

Dans la perspective clinique de la vacuité, l'obésité est appréhendée non seulement comme un phénomène corporel, mais aussi comme une manifestation de jouissance excessive, où le corps se situe au sein du réel. L'article s'appuie sur une vignette

clinique, illustrée par des extraits du discours d'une patiente, qui révèlent sa subjectivité et les progrès cliniques réalisés au cours du traitement.

Enfin, des recommandations sont proposées pour la prise en charge clinique des patients souffrant d'obésité morbide, soulignant l'importance du soutien, de la présence de l'analyste et de la flexibilité du cadre thérapeutique, compte tenu des limites de l'analysabilité dans la pratique clinique contemporaine.

MOTS-CLÉS: Clinique du vide, corps, non-existence, obésité morbide, vide, psychanalyse.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2025, la obesidad mórbida es una enfermedad que se caracteriza por una acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, lo que pone en peligro la vida [1]. Por esta razón, las personas que sufren esta enfermedad deben recibir un tratamiento que se aborde multifactorialmente.

Para el psicoanálisis, la obesidad mórbida tiene que ver con un sujeto que opera de manera diferente. Su cuerpo es visto desde lo mortífero que acontece en lo real; en tanto que, a su psiquismo, no logra un pensamiento simbolizante; por el contrario, tal pensamiento se hace presente como actos que son parte de su síntoma que “habla” pero en sí, el sujeto no dice nada [2]. Por tanto, hablamos de sujetos que, más allá de una falla en la simbolización, pueden presentar perturbaciones narcisistas y problemáticas en la constitución del Yo, así como resistencias frente a un tratamiento psicoanalítico clásico. Ante este panorama y los alcances de la analizabilidad, el presente trabajo plantea la siguiente interrogante. ¿Cómo sostener un dispositivo clínico con sujetos con obesidad mórbida que, además de las fallas psíquicas para simbolizar y representar experiencias, portan un cuerpo colocado en lo real?

Se propone una revisión de aproximaciones teóricas contemporáneas de diferentes autores (como Green, Winnicott, Bion y Recalcati desde la clínica del vacío, entre otros) para orientar el curso del tratamiento. Dicho recorrido teórico se ilustrará mediante una viñeta clínica, en la que se seleccionan fragmentos del discurso de nuestra paciente

con el objetivo de mostrar su subjetividad, a la par de los cambios clínicos alcanzados. Asimismo, se busca aportar una mayor comprensión para el desarrollo de tratamientos orientados al “sostén” de pacientes con obesidad mórbida. Los ejes teóricos a mencionar son I. El cuerpo y la imagen: rechazo y extranjería, II. Una viñeta clínica “Una bola de masa”. Un cuerpo sin palabra y sin existencia, III. Ejes teóricos para una clínica con pacientes con obesidad mórbida, IV. Sugerencias para el abordaje clínico y, por último, V. La viñeta clínica a la luz de los ejes conceptuales: vacío, cuerpo y la no-existencia.

DESARROLLO

En psicoanálisis, la existencia del sujeto se construye a treves del cuerpo y la manera con la que se apropia del mismo; se trata de un campo que es atravesado por diversas subjetividades, por la palabra, por los significantes y el deseo, desde una construcción simbólica y sociocultural en relación con el Otro [3]. Por consiguiente, observar el cuerpo con obesidad mórbida, es dar cuenta de un cuerpo amorfo, de una imagen aparentemente disfuncional y mortífera que actúa y se muestra. Un cuerpo que puede ser avergonzado, rechazado ante el encuentro con el Otro a la par de ser extranjero en sí mismo.

I. El cuerpo y la imagen: rechazo y extranjería.

Culturalmente, la imagen de gordura suele ser concebida como errática e inapropiada. La imagen de un cuerpo obeso es allegada a la inadaptación social, definida como un carácter obsceno, vergonzoso y marginado, a diferencia de un cuerpo delgado, que suscita al ideal corporal y a la unificación. Un cuerpo obeso da cuenta de la deformidad, de la fealdad y del rechazo que puede no ser considerado como forma ni como imagen de un cuerpo [4].

El cuerpo gordo no se percibe como el cuerpo del sujeto, la imagen del cuerpo deja de ser la imagen del sujeto, en el sentido de que la imagen del cuerpo se aparece como una imagen totalmente ajena (53) [5].

Ante tal discriminación, el sujeto no percibe aceptación ni de su cuerpo ni de su imagen; por el contrario, queda expulsado del lazo social e incluso de su propia psique.

Estar afuera del cuerpo, mantenerse expulsado y alejado del propio cuerpo, es el efecto consecuente de la insuficiencia narcisista de la imagen; es decir, una devastación de la imagen que da lugar a que el cuerpo se haga presente en un estatuto de objeto [5].

Así mismo, el comer y engordar es una experiencia de expulsar el propio cuerpo. Incorporar equivale a un “revés del cuerpo mismo”, en el sentido de que el cuerpo se separa del sujeto y se invierte al exterior [5]. La dimensión de la grasa refleja una enajenación del sujeto respecto a la imagen narcisista del propio cuerpo, la cual es insuficiente para mantener unidos los registros de lo real y lo simbólico [5]. Mismo hecho que permite observar la complejidad metabólica del cuerpo simbólico, ya que el sujeto no logra dar cuenta de sí mismo, pues son pacientes que operan desde un pensamiento operativo y concreto, con severas fallas en la simbolización, al igual que con dificultades para discriminar sus afectos e ideas y colocarlos en la palabra [2]. De ahí que la praxis clínica se torne, de manera muy operativa y en ocasiones rígida, sin movimiento aparente. El paciente puede mostrarse con un lenguaje laxo, monótono o con ausencia de afecto, sin contenido alguno pero que justo ahí, es necesario considerar que probablemente todo aquello que este contenido es puesto, somatizado en el cuerpo. [3].

A continuación, se ilustra la subjetividad de nuestra paciente por medio de una viñeta clínica y fragmentos de su discurso, a través de los cuales observaremos cómo la representación y la mentalización del cuerpo se encuentran anuladas, y de ahí la complejidad del caso.

II. Viñeta Clínica: “Una bola de masa”. Un cuerpo sin palabra y sin existencia.

Paciente de 39 años presenta hipotiroidismo, insuficiencia a la insulina, dificultades de incontinencia urinaria y depresión; por ende, fue derivada a un seguimiento multidisciplinario. Gran parte de sus brazos está cubierta por una cadena de tatuajes. Al

inicio pesaba 125kg; luego de 14 meses presentó un aumento de 10 kg debido a un embarazo.

Su discurso es laxo y, en muchas ocasiones ofensivo. Le fue difícil historizarse, sin embargo, al paso del tiempo logró mencionar que desde su infancia tuvo problemas de sobrepeso sin saber la razón. Dando cuenta, a las múltiples interrogantes sobre si padece una obesidad genética, si es un problema transgeneracional e incluso abrir la interrogante de si hay un cuerpo. Logro describir a su familia materna como *“una familia de gordas”*. Su corporalidad e imagen las identifica como *“una bola de masa... grasa horrorosa”*, *“un monstruo sin forma”*, y frente al espejo dice: *“no veo nada”*.

Retomando a Fenichel, la obesidad puede pensarse como un *“exhibicionismo de la fealdad”*, donde el sujeto se convierte en objeto que causa angustia en el otro. Pareciera configurarse una manera de robar la mirada del otro, y justo ese robo lo que provoca es angustia en el otro. [5]

“Mi mamá me pedía ponerme ropa holgada para que no me vieran la panza”.
“Es como si mi cuerpo se escondiera entre tanta madre de carne... cuelgan cosas donde no deberían y hay olores y colores horribles”. *“A veces es sentir algo monstruoso, sin forma”.*

Debemos considerar que el cuerpo se estructura a través de la imagen. La imagen del otro es al que remienda los fragmentos del cuerpo, ofreciendo al sujeto una integración y rasgos que después podrá reconocer como propios [5]. Este real del cuerpo implica una dificultad a la hora de dar lugar a la palabra en la *“cura analítica”*, ya que la palabra puede estar en un punto de resistencia ante la elaboración de la simbolización y la mentalización, puesto que no se trata de un acontecimiento de lenguaje, sino de un hecho somático que atañe a lo real del cuerpo [6].

Nuestra paciente, luego de decidir continuar con un embarazo no planificado, no logró identificar un deseo de materno; más bien, de manera inconsciente, sostuvo el deseo de estar embarazada. Al nacer su hijo, adoptó una postura de aburrimiento, fastidio e ira, expresando: *“si yo quiero, me lo como”*. En este desencuentro, el sujeto se distancia de su objeto de deseo. Además, que deja ver la voracidad con la que puede

tratar a sus objetos [5]. Esta misma lógica se observa en su ingesta, que es excesiva y placentera, que podría pensarse como un acto autolesivo, relacionado con una carencia vincular, que produce una identificación negativa consigo misma; así como un acto canibalesco [7]. En efecto, la paciente no logra inscribirse en el orden simbólico; el cuerpo solo quiere gozar, un modo de estar meramente hedonista que evita el encuentro con la falta y el vínculo entre el cuerpo y el sujeto. Así, solo puede ver su cuerpo como algo monstruoso; donde por sí misma expulsa su cuerpo, porque no hay cuerpo ni palabra. Si bien, busca angustiar al otro respecto a su placer y de las aristas que tiene respecto a su maternidad.

Frente a ello como analistas nos enfrentamos a una problemática que nos sitúa en un desafío tanto en la teoría como en la técnica psicoanalítica, pues el lugar habitual de un paciente neurótico y el despliegue de un tratamiento psicoanalítico clásico están ausentes. En consecuencia, presentamos algunos ejes teóricos para dar lugar al posible seguimiento clínico para nuestra paciente, desde diferentes puntos: a) Narcisismo atrofiado, b) Escisión entre psique-soma y pensamiento operatorio, que conllevan a c) Una vida mental vacía, d) La no existencia como una defensa y e) El Self y Falso Self. Posteriormente, se abre un último apartado con las sugerencias para un abordaje clínico.

III. Ejes teóricos para una clínica con pacientes con obesidad mórbida.

a) Narcisismo atrofiado

El narcisismo atrofiado da cuenta de las fallas tempranas en la estructuración psíquica, de aquellos momentos en los que aún no se ha constituido algo y se produce una falta. Esto no es solo una cuestión de castración, sino también corresponde a un quiebre en la narcisización temprana, donde tuvo lugar una perturbación y una posible disociación [8]. Esto significa que, a diferencia de lo que propone el psicoanálisis clásico: hacer consciente lo inconsciente, resulta insuficiente para estas patologías. De modo que, se trata de hacer que aparezca algo nuevo donde antes no lo hubo, es la *“creación o edición de algo nuevo – lo que no ha sido editado y representado”* (44) [8]. Así que se

reitera que esta falta se relaciona con la ausencia, con un déficit de narcisización cuyos efectos son algunas alteraciones y fragmentaciones del yo [8].

b) Escisión psique-soma y pensamiento operatorio

Ahora bien, si miramos el caso desde un sentido psicosomático con Winnicott, descubriremos que su psique y soma están escindidos. La escisión descuida por igual la parte física y la comprensión intelectual. En psicosomática, el trabajo clínico apunta a una posible integración: llevar a cada individuo a alcanzar una unidad entre psique-soma en una totalidad de funcionamiento corporal, sobre la cual se desarrolla una personalidad funcional y una identidad corporal. Se trata de una parte integradora del “Yo Soy” versus una vivencia disociada del “Yo - Soy”, propia de la clínica psicosomática [9]. Entonces, hablamos de una escisión muy precaria que sustituye a la represión propia de la estructura neurótica [9]. La psicosomática se relaciona con un yo muy débil, que deriva de un quehacer materno no suficientemente bueno. De esta manera, la defensa se organiza a partir de la escisión, la cual protege contra la aniquilación y protege al psique-soma frente a la huida hacia una existencia intelectualizada, de actividad sexual y/o de comportamientos compulsivos [9].

En este caso, nuestra tarea como analistas consiste en formar una idea unificada de nuestra paciente y de la enfermedad, de modo que no se dé cuenta de que lo hacemos anticipadamente. Es como si dejáramos en cierta medida que el paciente “se salga con la suya” en el manejo de la sintomatología, sin apuntar directamente a curar la enfermedad, es decir, la obesidad en este caso; más bien es integrarla.

En los pacientes psicosomáticos, se tiene un pensamiento operatorio, consciente que no tiene ligazón con movimientos fantasmáticos ni simbolizante, sino recae en lo concreto; pareciera como si la vida mental estuviera vacía. Lo que sobresale en dichos pacientes son comportamientos automáticos, sin insight; no dan cuenta de su estado de individualidad, del estado depresivo en el que están, ni de la desorganización progresiva que se vuelca en el área somática [10].

c) Una vida mental vacía

El vacío del que se habla remite a una pérdida absoluta que no es simbolizable, lo que se vacía es el sujeto mismo, generando una percepción constante de inexistencia que suscita a una angustia sin nombre. [5]. En el caso de los trastornos de alimentación, el estado de vacío se puede alcanzar de dos maneras: por la privación de ingesta hasta el límite, o bien por el camino de comer excesiva y abusivamente [5]. En este caso, puede hablarse desde un vacío del pensamiento que genera inestabilidad en la identidad.

Considerando las aportaciones de Bion, la función alfa, desprovista inicialmente de significado, opera sobre las impresiones sensoriales y emocionales, cualesquiera que sean que el paciente acepte. Esta función permite que las experiencias temidas e incomprensibles sean traducidas en mejores formas y sean pensadas para ser transformadas en elementos psíquicos [6]. De manera que dicha función es esencial para la construcción del aparato psíquico y desarrollo del pensamiento. Por el contrario, los elementos beta influyen en la producción de acting-out, se imponen como cosas en sí mismas, no como fenómenos.

En pacientes con trastornos del pensamiento, corresponde al analista ofrecer nuevas presentaciones, funciones e identificaciones inconscientes, a partir de la transformación de experiencias emocionales no significadas. En este proceso, el analista “presta” su yo para contener al analizante, le ofrece pensamiento y lo ayuda a poner en palabras aquello que no ha podido simbolizar [6].

Si la palabra deambula sin conexiones, lo mismo ocurre con el cuerpo, pues el sujeto lo vive como ajeno, no unificado por la imagen narcisista, sino fragmentado. Entonces, engordar puede significar que el cuerpo no percibe su vacío, que solo se hincha, se ensucia y puede tener alteraciones cinestésicas desde el sentimiento de inexistencia, hasta fragmentaciones y desplazamientos del cuerpo [5].

De esta manera, podemos observar una dificultad para transformar los elementos sensoriales y emotivos (beta) y experiencias mentales (alfa). Esta falla se origina en frustraciones tempranas, donde no existió un elemento contenedor que no moderó los efectos traumáticos. Así los sujetos obesos tienden al aplastamiento mental, la palabra se vuelve vacía y queda separada del ser sujeto, puesto que la palabra no incide el

cuerpo, ya que este ha quedado situado en el exterior [6]. Esto define que, el cuerpo está lleno de goce, no hay modo de movilización ni de inscripción de la palabra. Por eso en el caso de nuestra viñeta clínica, la paciente está demasiado llena:

“Estoy cansada, solo es hablar, hablar, hablar y no llegar nada”. “No puedo pensar”. “Es como si tuviera niebla mental todo el tiempo”.

La mentalización es el enlace mental que liga sentimientos y pensamientos, otorgando continuidad a la existencia propia y a la de los otros. Este proceso se construye a partir de la función de contención e interpretación del Otro, principalmente la madre [11]. Sin embargo, cuando esta función falla, no se establecen identificaciones ni representaciones, y el objeto primario puede vivenciarse como algo aterrador:

“No soporto a mi mamá, la odio, quiero que este lejos de mi”, “nunca me dio nada”, “no me gusta como es, ni lo que dice”, “es como una troglodita; hace bla, bla, bla”.

La paciente pese a sus restricciones, comenzó a nombrar los tratos de su madre; las limitaciones que tiene respecto a su cuerpo, y algunos afectos vinculados a estas experiencias. Asimismo, comentó que tenía dificultades creativas, pues no podía dibujar ni encontrar nuevas ideas: *“no me siento con esa creatividad que otros tienen”*. Por el contrario, comenzó a acumular bolsas que contenían objetos vacíos: botellas de perfume, barnices, maquillaje, cuadernos, frascos, etcétera:

“Son cosas que no sirven, no tienen nada... están vacías... sin movimiento”, “no me gusta esto, no sé porque lo hago”, “me da miedo sentir eso...”

d) El vacío como experiencia primaria

El vacío, visto desde la teoría winnicottiana se describe como sensación primaria; es decir, ya ha sido experimentada, pero solo se puede acceder a ella si se logra recordarla, ya que pertenece al pasado temprano, a una época en la que el grado de madurez hizo posible experimentar el vacío como posibilidad. Esto debe ser pensado, como una experiencia en el que algo de provecho pudo haber ocurrido, sin embargo, no ocurrió [9].

Ese vacío expresa irrealidad, pero también puede constituir un estado deseado por el paciente. Ahí, el sujeto siente miedo, porque ese vacío le parece terrorífico, entonces: *“defensivamente, organiza vacíos controlados: no poder aprender, no poder comer o comer compulsivamente. Si es capaz de alcanzar el vacío mismo y tolerarlo, gracias a su dependencia del yo auxiliar del analista, puede iniciarse la incorporación como función placentera”* (120) [9].

El vacío es previo al deseo de recibir algo dentro de sí. El vacío primario implica un “antes de empezar a llenarse”. Cuando este estado no fue vivido como comienzo, se transforma en un estado intolerable: *“La base de todo aprendizaje (asi como la del comer) es el vacío, pero, si este no fue experimentado como tal comienzo, se convierte en un estado temido, aunque perseguido compulsivamente”* (120) [9].

En estos casos, los pacientes despliegan sentimientos de locura, ante ello, el analista debe desplegar su yo como un yo auxiliar del paciente para que este sea capaz de tolerar el vacío [9]. En el tratamiento clínico de nuestra paciente, ella debe revivir un estado del pasado que no puede recordar, es decir, no puede recordar si no es experimentado en el presente. La dificultad radica en el carácter atroz de ese vacío, y por eso, a manera de defensa organiza un vacío controlado con los objetos vacíos acumulados, asi como la conducta de comer compulsivamente.

e) La no-existencia como defensa

La no-existencia constituye una forma de defensa sumamente compleja. La existencia se representa mediante elementos proyectivos que buscan evitar la responsabilidad (en la posición depresiva) o la persecución (ligada a la autoafirmación del Yo Soy). Esta defensa implica que se “repudia a todo aquello que sea distinto de mi”. Sin embargo, hay una parte positiva que sostiene que a partir de la no-existencia, la existencia comienza [9]. Por esta razón, se puede advertir que antes del nacimiento puede movilizarse un yo prematuro, aunque el individuo no puede desarrollarse a partir de una raíz yoica si esta se encuentra separada de la unidad psique-soma y del narcisismo primario [9].

f) El self y falso self

El sentido del self y la organización yoica se basan en experiencias de vida, de las actitudes sanas o distorsionadas de quienes cuidan a un niño. La madre es la que presenta el cuerpo a la psique, y la psique al cuerpo. Tal tarea se ve dificultada en casos de anormalidad corporal, ya que la madre puede sentirse avergonzada, culpable, aterrada, excitada o desesperanzada [9]. En Winnicott, el self se distingue del yo; se encuentra ubicado en el cuerpo, aunque también puede dissociarse de él. Se reconoce en la mirada de la madre y en el espejo que representa su rostro. El self establece una relación significativa entre el niño y la suma de identificaciones que organizan la realidad psíquica interna viva. El self y la vida del self son lo único que otorga sentido a la acción y al vivir lo propio. Cuando el sujeto en su infancia no se siente visto, elegido, validado, puede desarrollar una máscara, una fachada que le asiste para complacer las expectativas de su alrededor; además, para mantenerse en sobrevivencia en situaciones poco empáticas, desplegando sensaciones de vacío, constituyendo un falso self [9].

Ante la complejidad para bordar dichos casos, se hace una serie de sugerencias para el abordaje clínico con pacientes con obesidad mórbida, tales abordajes se emplean desde a) la clínica del vacío, b) pacientes no neuróticos, c) el Sostén materno: Holding.

IV. Sugerencias para el abordaje clínico

a) La clínica del vacío

La clínica del vacío atiende los trastornos de la alimentación, las depresiones, las toxicomanías y otras dependencias, en donde se dan “nuevas formas” del síntoma [4]. De este modo, se propone una nueva postura respecto a la neurosis y psicosis, ya que se manifiestan síntomas que afectan directamente la constitución narcisista del sujeto [5]. En este sentido, el síntoma no se presenta como una vía de satisfacción del deseo inconsciente, sino como una experiencia de vacío que es diferente a la falta, centrada en torno a la identidad.

En esta clínica, el protagonista no es el sujeto del inconciente, sino un sujeto en ausencia de inconsciente, que pone de manifiesto la pulsión de muerte [5]. Por lo que es una clínica del exceso del goce, donde la obesidad es la manifestación de una relación estructuralmente perturbada entre el sujeto y el alimento [12]. Así, *“el síntoma es la obesidad que se presenta como un síntoma sin demanda, el sujeto parece no demandar nada al otro, sino como máximo sería angustiarse”* (65) [2].

b) Pacientes no neuróticos

Algunos autores distinguen tres tipos de pacientes: los pacientes que son “personas”, los pacientes “partidos” (con Melanie Klein) y los que “no son personas” donde se pone en cuestión el “existir” (con Winnicott). Desde la clínica del vacío se considera que el sujeto está constituido por un psiquismo no formado, no simbólico; es decir, que presenta fallas en su capacidad de simbolizar. Esto se relaciona con el concepto de “pensar en lo ausente” (con Sándor Ferenczi), según el cual el trabajo con traumas infantiles requiere de un espacio analítico de confianza para lograr una restauración. Esto remite a situaciones psíquicas precarias, donde la constitución yoica supone aquello que no ha podido ser situado de manera esperada [4].

Frente a pacientes no neuróticos, usualmente el analista debe “prestar el pensamiento”; es decir, ante la ausencia de representaciones y simbolizaciones, el analista ofrece aquello que falta: la palabra, sensación, actitud [13]. Esto permite crear puentes sobre aquello que el paciente necesita para ligar, construir y editar algo nuevo [13]. Se trata, así, de una *“edición del análisis”*, que refiere a un *“cambio”* en la transferencia, donde el punto central es la gestación de un *“continente en el self”* del analizante y la constitución de una organización psíquica que previamente no existía [7]. Entonces, si consideramos la línea clásica de la interpretación del conflicto psíquico ligada a una sexualidad infantil resulta insuficiente, pues no puede haber significación si el sujeto no está seguro de su identidad y existencia. Esto nos exige tener variaciones en el encuadre psicoanalítico, privilegiando el encuentro y el sostén del paciente en psicoterapia [8].

En ese encuentro, la transferencia, pensada desde Lacan, es dar un paso adelante, establecer una posición subjetiva que implica al Otro y donde hay un espacio entre el sujeto y el Otro que apunta al deseo, más allá de caer en la demanda. La presencia del analista es la que media este espacio y habilita la interrogación sobre la posición subjetiva, favoreciendo la interpretación al deseo y aquello que se esconde de decir [14]. No obstante, en estos casos, se precisa de “algo más allá” de parte del analista.

c) *El Sostén materno: Holding*

El cuidado materno, especialmente el sostén, se establece en la relación madre-criatura y es fundamental para la satisfacción de las necesidades fisiológicas y la protección frente a caídas psíquicas tempranas, en una etapa en la que la criatura desconoce de todo aquello que no sea su existencia. A través del sostenimiento, se constituye el amor materno y una provisión ambiental suficientemente buena que introduce las primeras relaciones objetales y primeras experiencias instintivas [15].

En la medida que la madre se identifica proyectivamente con la criatura, puede saber cómo se siente ésta y es capaz de darle todo lo que necesita (en términos de sostén y provisión ambiental). No obstante, cuando esta función falla y hay un desconocimiento de las necesidades, la criatura no percibe el fallo materno, sino sus efectos; es decir, el buen cuidado materno sostiene la continuidad existencial y fortalece el ego, mientras que el fallo del cuidado produce interrupción en la continuidad existencial y debilita el ego. Semejantes interrupciones se vivencian como aniquilamiento y van asociadas a un dolor de características psicóticas. En casos extremos, la criatura solo existe a partir de una sucesión de reacciones frente a los conflictos y de sus subsiguientes recuperaciones [15].

En ese aspecto, el trabajo de sostén ha sido un elemento importante en el proceso analítico de nuestra paciente, particularmente en relación con su constitución yoica. Cabe mencionar que, en momentos de regresión, la paciente vivencia ciertas intervenciones como algo traumático, por lo que mantener un silencio prolongado o dar demasiadas interpretaciones puede ser abrumante y aterrador, de manera que con

dichos pacientes la presencia del analista es más que suficiente. De igual importancia, es acompañar a la paciente en la clarificación de sus vivencias de bienestar y placer, favorecer la ocupación de un lugar subjetivo, abrir la posibilidad de tomar la palabra y dar lugar a lo propio implica un cuidado más allá del despliegue transferencial clásico y que resulta indispensable en este tipo de clínica.

V. La viñeta clínica a la luz de los ejes conceptuales: vacío, cuerpo y no-existencia

La viñeta clínica presentada permite dar cuenta de la convergencia entre los ejes conceptuales desarrollados y la experiencia subjetiva de la paciente. Más que ilustrar categorías teóricas, el caso pone en evidencia cómo el vacío, la no-existencia y las fallas en la constitución narcisista se encarnan en un cuerpo que se presenta como exceso y, al mismo tiempo, como ausencia de sí.

En primer lugar, la manera en que la paciente nombra su cuerpo —“una bola de masa”, “un monstruo sin forma”, “no veo nada”, muestra una devastación de la imagen corporal que remite a un narcisismo atrofiado. No se trata únicamente de una alteración en la percepción, sino de una imposibilidad de investidura libidinal de la propia imagen, lo que la coloca en una vivencia de extranjería respecto de sí misma. En este sentido, el cuerpo no logra constituirse como soporte del self, sino que aparece como objeto ajeno, expulsado del campo de lo propio.

A su vez, la dificultad para historizarse, su pobreza asociativa y la predominancia de un discurso concreto permiten ubicar un funcionamiento operatorio, ahí donde la palabra no alcanza a simbolizar la experiencia. Tal como lo plantea Donald Winnicott, la escisión psique-soma se hace evidente en estos casos: el cuerpo actúa allí donde la palabra no logra inscribirse. La obesidad aquí, no se presenta como un síntoma metaforizable, sino como un fenómeno del orden de lo real.

Desde la perspectiva de Wilfred Bion, puede pensarse que la paciente se encuentra invadida por elementos beta no transformados, lo que se traduce en una imposibilidad de pensar sus experiencias emocionales. Expresiones como “no puedo pensar” o

“tengo niebla mental” dan cuenta de esta falla en la función alfa. En este punto, la tarea del analista no consiste en interpretar contenidos reprimidos, sino en ofrecer una contención que permita la transformación de lo no simbolizado en material psíquico pensable.

Por otra parte, la acumulación de objetos vacíos y la ingesta compulsiva pueden leerse como intentos de tramitar un vacío primario no experimentado como origen, en el sentido propuesto por Donald Winnicott. La paciente no tolera el vacío, pero al mismo tiempo lo reproduce compulsivamente bajo formas controladas. Así, el comer en exceso y el rodearse de objetos sin contenido aparecen como defensas frente a una vivencia de inexistencia que resulta insoportable.

En relación con la no-existencia como defensa, la posición subjetiva de nuestra paciente se organiza en una negación radical del propio ser. La frase “no veo nada” frente al espejo, no solo indica una distorsión perceptiva, sino una imposibilidad de reconocerse como existente.

De este modo, la intervención analítica centrada en el sostén, la presencia y la no intrusión, permite introducir una diferencia fundamental; la posibilidad de ser mirada sin rechazo. Este hecho, aparentemente simple, puede ser un primer esbozo de existencia psíquica. Así, el analista, en tanto yo auxiliar, no solo escucha, sino que presta su capacidad de pensar, de sentir y de significar, posibilitando que algo del orden de lo subjetivo comience a constituirse.

CONCLUSIONES

Estar frente a un sujeto con obesidad mórbida implica dar cuenta de las vicisitudes de la clínica contemporánea, tanto en la teoría como en la técnica psicoanalítica, y con ello, contrastar los cambios clínicos necesarios a partir de las necesidades singulares de cada paciente.

El análisis de la obesidad mórbida desde la clínica del vacío permite desplazar la comprensión del síntoma más allá de su dimensión corporal o conductual, para abordarla como expresión de una problemática subjetiva ligada a fallas tempranas en la constitución del self, la simbolización y la continuidad de la existencia psíquica.

La viñeta clínica muestra que no se trata únicamente de un cuerpo “demasiado lleno”, sino de un sujeto atravesado por una vivencia de vacío y no-existencia, donde el cuerpo queda ubicado en lo real, escindido de la palabra y de la imagen. En este contexto, la obesidad no funciona como formación del inconsciente en el sentido clásico, sino como un fenómeno que muestra la imposibilidad de simbolizar y de habitar el propio cuerpo.

Desde esta perspectiva, los límites de la técnica psicoanalítica tradicional se hacen evidentes. La ausencia de demanda, la precariedad del aparato psíquico y el predominio de un funcionamiento operatorio exigen una reformulación del encuadre y de la posición del analista. Más que interpretar, se vuelve fundamental sostener, contener y ofrecer un espacio donde pueda comenzar a constituirse aquello que no ha sido previamente simbolizado.

En este sentido, la función del analista se orienta hacia la creación de condiciones de posibilidad para la emergencia de la subjetividad. A través del holding, la presencia y el acompañamiento, se favorece un mínimo de continuidad existencial, permitiendo al paciente transitar de una vivencia de no-existencia hacia la posibilidad de reconocerse como sujeto.

La propuesta consiste en que la analista mantenga un encuadre ajustado a las necesidades del paciente, evitando excesos en el ritmo terapéutico, dé una atención sostenida y un registro frecuente de signos verbales de los conflictos traumáticos, además de acompañar las regresiones que puedan emerger.

De este modo, tratamos de resaltar una lectura clínica de la obesidad mórbida desde la perspectiva de la clínica del vacío, articulando cuerpo, narcisismo y límites de la analizabilidad en la clínica psicoanalítica. A diferencia de los abordajes centrados en la simbolización o en la demanda del sujeto, este artículo propone pensar la obesidad mórbida como una manifestación de un cuerpo situado en lo real, donde el vacío, la no-existencia y las fallas tempranas del sostén ocupan un lugar central.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] OMS. Retomado de [La Obesidad en México | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | Gobierno | gob.mx \(www.gob.mx\)](http://La%20Obesidad%20en%20M%C3%A9xico%20|%20Instituto%20de%20Seguridad%20y%20Servicios%20Sociales%20de%20los%20Trabajadores%20del%20Estado%20|%20Gobierno%20|%20gob.mx%20(www.gob.mx))
- [2] MASTROPIERRO, M. C., MARTÍN MOGABURU, J. P., & LOPRETE, N. (2010). El sujeto en la obesidad. In II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- [3] BOWLES VACA DÍEZ, A. B. (2019). Educación Corporal y Psicoanálisis: un vínculo posible: Aproximaciones a un abordaje interdisciplinario del cuerpo. In 13º Congreso Argentino de Educación Física y Ciencias 30 de septiembre-4 de octubre de 2019 Ensenada, Argentina. Educación Física: ciencia y profesión. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Educación Física.
- [4] DE CHACON IZAGARRE, C. (2023). Los malestares del vacío. Pensamientos psicoanalíticos para la práctica contemporánea. México: Ed, Fontorama.
- [5] RECALCATI, M. (2003). Clínica del vacío: anorexias, dependencias, psicosis. Madrid: Ed. Síntesis.
- [6] BION, W. R. (1975). Aprendiendo de la experiencia. In Aprendiendo de la experiencia
- [7] LUTENBERG, J. (2019). El vacío mental estructural y el vacío emocional.
- [8] LERNER, H. (2019). Más allá de las neurosis: la práctica psicoanalítica convulsionada. Ediciones Nandela.
- [9] WINNICOTT, D. W. (1991). El miedo al derrumbe. Exploraciones psicoanalíticas.
- [10] PALOMO, M. A. (2016). Formas de abordaje de los estados de vacío en la clínica. Revista: Subjetividad y procesos cognitivos, 20 (1), 165-188.

- [11] FONAGY, P. (2015). Uso de la mentalización en el proceso psicoanalítico. Revista: Ciencias psicológicas, 9(SPE), 179-196.
- [12] COSENZA, D. (2019). La comida y el inconsciente: psicoanálisis y trastornos alimentarios. Ned Ediciones.
- [13] GREEN, A. (1990). De locuras privadas. Buenos Aires: Amorrouto.
- [14] ARCÓN, B., & ÁNGELA, V. (2016). Deseo del analista, la transferencia y la interpretación una perspectiva analítica. Revista: Psicología desde el Caribe, 33(1), 97-112.
- [15] WINNICOTT, D. W. (1979). In El proceso de maduración en el niño: estudios para una teoría del desarrollo emocional.