

Bypass del cuerpo simbólico: algunas consideraciones psicológicas de las cirugías bariátricas en obesidad mórbida

Bypass of the symbolic body. Some psychological issues about bariatric surgery in morbid obesity patient

Rodrigo Bilbao Ramírez
Universidad Andrés Bello
rbilbaor@yahoo.com

RESUMEN

Este artículo revisa el tratamiento de la obesidad a través de intervenciones bariátricas, localizando algunas consecuencias clínicas. Ofrece una nueva lectura desde el psicoanálisis, tomando en cuenta una comprensión del cuerpo desde los tres registros Real-Simbólico-Imaginario de Jacques Lacan, con el cual se analiza el modelo actual de tratamiento. Se reconoce por esta vía la ausencia del cuerpo simbólico en el modelo de intervención y la necesidad de reintroducirlo en la escena médica y psicológica. Se muestra cómo el olvido de esta dimensión puede estar a la base del malestar psicológico y fracasos post operatorio. Por último, se orienta de modo transversal a reconocer la multidimensionalidad del cuerpo que ofrece las tres dimensiones interrelacionadas, como un esfuerzo de superar la división cartesiana mente-cuerpo.

Palabras clave: cuerpo; obesidad; cirugía bariátrica; psicología; psicoanálisis

ABSTRACT

This article reviews obesity treatment by means of bariatric interventions, focusing on some of its clinical consequences. It offers a fresh outlook from the perspective of psychoanalysis, taking into account an understanding of the body from the three types of registry proposed by Jacques Lacan, Real-Symbolic-Imaginary, which we use to analyze the current treatment model. Using this approach, we were able to recognize the absence of the symbolic body in the intervention model and the need to re-introduce it in the medical and psychological playgrounds. We show how the oblivion of this dimension could be at the base of psychological discomfort and post-surgery failures. Lastly, we provide guidance across fields to acknowledge the multi-dimensionality of the body, which provides the three inter-related dimensions, in an attempt to overcome the Cartesian mind-body divide.

Keywords: body; obesity; bariatric surgery; Psychology; psychoanalysis

Cómo citar este artículo: Bilbao Ramírez, R. (2016). Bypass del cuerpo simbólico: algunas consideraciones psicológicas de las cirugías bariátricas en obesidad mórbida. *Psicoperspectivas*, 15(2), 00-00. DOI 10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL16-ISSUE2-FULLTEXT-808

Recibido:
10-12-2015
Aceptado:
07-07-2016

El presente artículo busca localizar algunas consecuencias clínicas del abordaje quirúrgico sobre el cuerpo obeso, específicamente en la cirugía bariátrica que busca disminuir la obesidad mórbida del paciente. Este problema de salud pública, que se ubica hoy en día como una de las patologías de más alta prevalencia a nivel nacional y mundial, tiene en el último tiempo a la intervención bariátrica como arma predilecta de la medicina.

Sostengo una visión de cuerpo que intenta romper con la dualidad ofrecida por la modernidad a partir de Descartes. Del organismo la medicina ha dicho muchas cosas, pero el cuerpo comprende otros elementos que desconocemos a ciencia cierta. Los problemas constatados en los pacientes bariátricos podrían estar relacionados con factores psicológicos que se desprenden de un acercamiento peculiar a la concepción de cuerpo.

Propongo que el cuerpo intervenido por la medicina y abordado por la psicología en este problema de salud, da cuenta de manera parcial con la multidimensionalidad existente. El tratamiento bariátrico contempla un plano quirúrgico que recorta lo orgánico y un plano psicológico donde se apunta al lugar de la imagen, autoestima y motivación fundamentalmente. Estas posiciones dejan de lado la dimensión simbólica del cuerpo, favoreciendo una representación parcial de lo corporal. Desde la perspectiva psicoanalítica buscaremos desplegar las múltiples dimensiones, intentando ofrecer una interpretación que localice puntos problemáticos y otorgue otras lecturas a los fracasos terapéuticos. Introducir en la escena el cuerpo simbólico supone pasar de una comprensión dual (mente-cuerpo) a una trinitaria que forma un nudo triple, ofreciendo ampliar la lectura desde lo imaginario-orgánico hacia lo simbólico y real.

El cuerpo copa la escena: la obesidad como problema de salud pública

Los últimos 20 años en el mundo occidental se presenta un problema tanto a nivel médico como para la opinión pública que localiza en el cuerpo un “nuevo” sufrimiento. Si bien por mucho tiempo la delgadez fue foco de atención clínica en las sociedades occidentales desarrolladas o en vías de desarrollo, hoy en día la obesidad se ubica en el centro del problema de salud pública a nivel nacional y mundial. La OMS la declara como pandemia que afecta a la mayoría de las latitudes, causando en la actualidad paradójicamente la obesidad y el sobrepeso más muertes que la escasez de alimentos.

Los estudios epidemiológicos la ubican como una patología de alta prevalencia a nivel mundial. En Chile en el año 2003 el 22% de la población presentaba índices de

obesidad y el 1.3% obesidad mórbida; pero el último estudio de la Encuesta Nacional de Salud (2009-2010) muestra tasas de 39% de sobrepeso, 25.13% de Obesidad y 2.3% de obesidad mórbida. Esta tasa indica que existen 4 millones de obesos en el país aproximadamente, y un 9,6% de niños con obesidad (Athala, 2012). Estos índices colocan el problema de la obesidad en el centro de las preocupaciones de salud en Chile y el mundo.

La cirugía bariátrica como solución médica y sus implicancias en la salud mental

Frente a este problema epidemiológico surgen una variedad de tratamientos, siendo en los últimos 10 años la cirugía bariátrica la opción más efectiva para controlar el peso (Rojas et al., 2011). Se observa un alza sostenida en intervenciones desde el año 2003, con la realización de 4040 procedimientos bariátricos y 896 bypass gástricos, entre los centros médicos privados y diez universidades, la mayoría de estos procedimientos se realizaron en el Hospital Clínico de la Universidad Católica, el Hospital Clínico de la Universidad de Chile e Integramédica y Hospital San Juan de Dios (Bambas, Cerda, & Escalona, 2008). Desde el año 1992 hasta diciembre de 2010, se realizaron 4.943 intervenciones quirúrgicas solo por el hospital Clínico de la Universidad Católica (Guzmán et al., 2013).

La cirugía bariátrica como estrategia radical, ataca una serie de riesgos de salud asociados, configurándose como el método más eficiente para disminuir daños colaterales de la obesidad como son síndromes metabólicos, diabetes tipo II y cardiopatías (Rojas et al., 2011). Pese a lo anterior, las intervenciones bariátricas no han estado alejada de problemas. Llama la atención que presente un 20% de fracaso post operatorio atribuido a causas fundamentalmente psicológicas (Sierra, 2013). También presenta tasas internacionales de suicidio post operatorio superiores a la media poblacional (Adams et al., 2007; Fernández, García-Camba, & Mancha, 2011; Omagu et al., 2007;). Este último dato consistente con estudios nacionales que muestran altas tasas de suicidio y de trastornos del ánimo post operatorios (Bustamante, Williams, Vega, Prieto, 2006; Csendes, Burdiles, Papaprieto, & Burgos, 2009; Leiva et al., 2009). ¿Qué sucede para un sujeto cuando su cuerpo cambia radicalmente?

En este punto podemos detenernos y destacar algunas cuestiones:

1. El problema del peso o más preciso del índice de masa corporal (proporción peso, estatura, edad, sexo) se ubica en el centro del problema de salud pública en Chile y en parte importante del mundo. Destaca EE.UU. como n°1, pero países de Europa presentan el mismo problema y también México y

Brasil en Sudamérica, como algunos países asiáticos en menor medida.

2. La cirugía bariátrica destaca como la medida más efectiva para el control del peso, con una reducción significativa de kilogramos y disminución de efectos directos e indirectos perjudiciales para la salud del peso excesivo.
3. Los fracasos para la medicina por causas psicológicas debido al cambio, ocupan un elevado número de casos. La intervención quirúrgica tiene éxitos que en el periodo post operatorio se ven disminuidos por alteraciones del ánimo, episodios depresivos, suicidios y otros trastornos del plano emocional.

Siguiendo este último punto, estudios señalan que la salud mental del paciente operado no mejora de manera equivalente con las mejoras de salud física a mediano plazo (1 a 3 años), más allá de la reacción inicial vista en la fase inicial (“luna de miel”) de los primeros 6 meses llamada “etapa de cambio de imagen corporal” (Leiva et al., 2009; Ríos et al., 2010). Como plantea Montt et al. (2005), existen muchos reportes que informan patología afectiva luego de ese sexto mes, sin tener antecedentes previos de este problema, los cuales se vinculan al “malestar psicológico asociado al importante cambio físico” (Montt et al., 2005, p. 286).

Una de las hipótesis más barajadas atribuye este malestar producto de las dificultades en adaptarse a las exigencias sociales asociadas a esta nueva imagen corporal. Es decir, si los cánones de belleza pueden incidir en el malestar de la obesidad, la transformación radical del cuerpo a partir de la cirugía bariátrica también exige psíquicamente al paciente. El cambio físico que se acerca a los cánones también tiene efectos psíquicos de modo general. El paciente pese a tener efectos visibles de tipo médico (disminución significativa de peso, cambios en imagen corporal, mejoría física), subsiste un malestar –llamemos psicológico- que antes no se había presentado o que no había sido abordado, apareciendo ahora un nuevo malestar consciente. Convengamos que el paciente mórbido no accede a una intervención quirúrgica solo por los efectos en su salud “física”, sino también por una serie de consecuencias psíquicas que desea retocar (relaciones

sociales, retraimiento, displacer con su imagen, autoestima, deseo sexual, etc.) las cuales sorprendentemente en muchos casos no disminuyen proporcionalmente al peso, es más, hasta aumenta. ¿Por qué sucede esto?

Ante la pregunta por los efectos psicológicos no deseados post quirúrgicos de la cirugía bariátrica, se utilizó el prisma que ofrece el psicoanálisis para leer la situación.

Método

La metodología de indagación fue exploratoria de la literatura sobre el abordaje propuesto, basada en la búsqueda sistemática en bases de datos como SciELO, Google Académico y Open Access. Las palabras claves en la exploración fueron: cuerpo simbólico, cirugía bariátrica y obesidad mórbida; y tres registros de Lacan, escogiendo los artículos de fuentes científicas calificadas de los últimos cinco años, aunque se abarca de manera complementaria hasta completar los diez años. Estos artículos seleccionados fueron re-analizados en sus resultados al interpretarlos desde un enfoque psicoanalítico.

Se seleccionó veintitrés artículos de los cuales veinte eran artículos empíricos, dos manuales del rol del psicólogo en cirugía bariátrica y un artículo de revisión teórica. Debían cumplir con tres criterios principalmente. El primer criterio es aportar datos estadísticos y epidemiológicos de operaciones bariátricas y de obesidad. El segundo criterio, entregar información respecto a los aspectos psicológicos y psicopatológicos en los pacientes intervenidos. Este criterio incluía información respecto a trastornos del ánimo asociados, datos de suicidio, factores emocionales entre otros. El último criterio contemplaba el rol del psicólogo y lo psicológico en el tratamiento global de la obesidad mórbida vía intervención bariátrica. Los artículos seleccionados podían entregar información en más de un criterio como se deduce en la siguiente tabla (Tabla1).

Tabla 1.
Artículos consultados

	Artículos seleccionados	Aspectos Psicológicos y psicopatológicos	Rol del Psicólogo en Tratamiento	Estadística e información epidemiológica
Últimos 5 años	13	7	5	3
De 6 a 10 años	10	8	3	2
Total	23	15	8	5

Fuente: Elaboración propia

Este método aplica un modo de trabajo sostenido en la escucha y lectura de los fenómenos, no quedándose solo en los aspectos comunicativos de los datos, si no ir hacia una lectura “entre líneas”. Esta lectura ofrece una comprensión cercana a la hermenéutica (Botto, 2011; Castillo & Gómez, 2004), en términos de la búsqueda y oferta de significados más allá de una interpretación lineal, desde una posición psicoanalítica pluralista que tiene la tarea “de ser consistente con el conocimiento que proviene de otras disciplinas y ser coherente con él mismo (Castillo & Gómez, 2004, p. 29).

Se estableció como hilo conductor la propuesta de cuerpo del antropólogo David Le Breton. A partir de la concepción teórica de Jacques Lacan (y autores de esta corriente), se buscó interpretar los fenómenos descritos en el tratamiento de las obesidad por vía bariátrica. Esta interpretación supone una lectura complementaria-suplementaria, en el sentido de aportar al campo de estudio sin reducir una sobre otra. Se buscó ampliar el análisis con elementos que han quedado fuera al modo de una interpretación. Desde una comprensión hermenéutica “el acto de Interpretar, en tanto se habita en un universo común de lenguaje, propone la irrupción de una Verdad como apertura” (Lagada, 1996, p. 241), con una concepción de verdad nunca totalizante ni completa. La postura epistemológica desde el psicoanálisis “reabre las fronteras entre saber y verdad, introduciendo a la verdad en la emergencia misma del error de cálculo” (Amigo, 2007, p. 284), ayudando a develar puntos ciegos, olvidados o rechazados que el mismo modelo empírico científico provoca sobre el saber (Lacan, 1965/2002).

Llegado a este punto es necesario aclarar la pertinencia de esta indagación al ofrecer una lectura psicoanalítica a fenómenos clínicos estudiados inicialmente desde un modelo empírico. La metodología de indagación psicoanalítica reconoce los aportes y efectos de la ciencia y ofrece una lectura “entre líneas”. Esta lectura es suplementaria-complementaria en el sentido de no arrogarse la verdad absoluta sobre el fenómeno, ni complementar lo existente completando el campo de estudio y provocando su cierre. Busca develar grietas del fenómeno de estudio y de esas cicatrices extraer algunos aportes. Lacan (2002/1965) plantea que el sujeto del psicoanálisis es el sujeto producido por la ciencia moderna, sujeto sobre el cual la ciencia hace una sutura sobre la verdad. El psicoanálisis trabaja con los efectos de la presencia del discurso científico, en una operación sobre el saber entendido como ligazón o red significativa (Eidelsztein, 2008). Es desde esta lógica que interrogaremos el fenómeno de la obesidad y su modelo de tratamiento predilecto. El efecto de interpretación que se busca con esta lectura se acerca a la

hermenéutica, en tanto ella “liga la interpretación al encuentro con nuevas aperturas, en el mundo de los saberes ya instituidos, este impone una crítica a la Verdad-Conformidad desde la Verdad-Apertura” (Lagada, 1996, p. 241). El psicoanálisis “al operar esta sutura del sujeto pensante, reabre las fronteras entre saber y verdad, colocando en la bisagra la operación sujeto” (Amigo, 2007, p. 282). La ciencia moderna, al decir de Lacan (1965/2002), intenta suturar el sujeto dividido, olvidando la verdad en juego.

Esta hipótesis supone la necesidad de pensar que un efecto de la ciencia –donde en un ejemplo privilegiado se ubica el paradigma empírico- es generar olvidos sobre la experiencia subjetiva. En este caso podemos preguntarnos ¿qué es lo olvidado en el tratamiento de la obesidad por vía bariátrica tanto para médicos como psicólogos?

Resultados

Cuerpo e intervención bariátrica desde la lectura psicoanalítica

La primera pregunta que se buscó responder es si la obesidad puede ser ubicada como un síntoma. Es decir, si la podemos entender como un síntoma psicoanalítico donde se conjuga un goce (satisfacción inconsciente) y un mensaje al Otro (familia, sociedad, etc).

El goce en términos como lo plantea Lacan en 1966 lo entendemos como el exceso pulsional, eso que insiste y no se satisface. En términos de Freud (1920) se ubica del lado de la pulsión de muerte, aquella pulsión que está más allá del principio del placer/displacer, más allá del equilibrio homeostático interno y que excede al sujeto. Esta pulsión lo exige psíquicamente, perturba sus contenciones simbólicas, pues se resiste precisamente a ser simbolizada, ser reducida y tramitada por la palabra. Por otro lado, el síntoma como mensaje, se palpa en el sentido de un malestar que interroga al sujeto y lo dirige a otro en busca de respuesta, pide ayuda. En la obesidad mórbida, en un primer nivel el otro del sistema de salud lo reconoce y lo ubica como una pandemia, destina recursos en tratamientos y campañas de prevención, definitivamente lo localiza como un problema grave. Pero recién en un segundo momento podría reconocerse los elementos psíquicos en juego, es decir, inicialmente puede ser un síntoma médico y posteriormente se puede contemplar como síntoma en términos psicoanalíticos a partir de los movimientos ejecutados.

En este sentido, en la obesidad el paso de ubicarse como síntoma para el sujeto no es claro inicialmente, ya que su

queja de padecer en un comienzo no está del lado de lo psíquico necesariamente. Debemos asumir que en este problema de salud evidentemente confluyen factores biológicos, pero estos factores quedan de algún modo subsumidos significativamente, quedando atrapados por el discurso y siendo resignificados. El problema de la obesidad puede cobrar el carácter de síntoma en tanto interroga al sujeto, pero el tratamiento actual no ofrece cabida ni espacio a esta dimensión. El plano quirúrgico no lo aborda evidentemente y el plano psicológico actualmente lo desconoce. Este punto marca un problema global para la medicina contemporánea, en donde Le Breton (2012) destaca la evidente disociación cuerpo/sujeto, o enfermedad/enfermo. ¿Qué cura la cirugía, una enfermedad o a un enfermo? Al comprender la obesidad como síntoma que recubre otros problemas y no solamente el exceso de peso y sus consecuencias físicas, observamos muy a menudo que al callar el síntoma, este se desplaza. El malestar se ubica en otro lugar ahora, o eso nos puede indicar los trastornos del ámbito emocional que surgen pese al éxito de la cirugía. Sería legítimo hipotetizar que en estos casos el síntoma obesidad intervenido quirúrgicamente y contenido principalmente en el plano imaginario por la psicología, se desplaza hacia el campo de los afectos e intenta por esa vía frustrada una solución.

Al parecer, en la obesidad “hay un silencio impuesto a los órganos de su significación más profunda, como si estuviéramos frente a un cuerpo sin narrativa” (Rocha, Vilhena, & Novaes, 2009, p.93). Se silencia la implicancia subjetiva del relato de ese cuerpo que podemos describir como significativa. Como señala Tendlarz et al. (2009, p.340), “en la imagen del obeso parecería algo del no registro, algo de lo ignorado”, estando relacionado al parecer los silencios simbólicos con el síntoma de la obesidad, pero “una vez “vencida” la obesidad, lo que aparece por desplazamiento ya no puede ser ignorado” (Tendlarz et al., 2009, p.340). Constata cómo en pacientes que bajan de peso y se abre el espacio para interrogar el problema, aparecen de fondo otras circunstancias asociadas que no pueden ser ya desconocidas.

Esta situación de olvido inicial se repite en el tratamiento quirúrgico al dejar fuera inicialmente una dimensión que llamaremos simbólica como elemento clave al momento de ofrecer una “solución” clínica. Podemos destacar que esta dimensión es fundamental al momento de pensar el problema y las vías de intervención necesarias y posibles. Sin esta dimensión nos remitimos a una enfermedad de órganos y no de personas, o dicho de otra manera por Le Breton “la medicina está pagando por su desconocimiento de datos antropológicos elementales. Olvida el que hombre es un ser de relaciones y se

símbolos y que el enfermo no es solo un cuerpo al que hay que arreglar” (Le Breton, 2012, p.181).

Como plantean Ríos et al., “existen obesos con y sin psicopatología, pero no hay un trastorno psicológico propio del obeso” (Ríos et al., 2010, p.118), es decir, se trata de una experiencia del cuerpo particular que no se puede reducir a un grupo “enfermo” o trastornado. Esta posición habla de una relación al cuerpo compleja y multidimensional, evidenciada en este caso, y como señala Rabinovich, “tampoco se puede hablar en términos absolutos de ninguna patología en relación con un orden... no es correcto hablar de una patología de lo simbólico, de lo imaginario o de lo real” (Rabinovich, 1995). En este sentido la dimensión simbólica del cuerpo interactúa con lo real e imaginario a su vez, pero ¿qué es esto del cuerpo simbólico?

Cuerpo trinitario: Real-Simbólico-Imaginario en Lacan

Jacques Lacan en 1953 establece una comprensión de la realidad humana a partir de tres registros muy distintos cada cual, pero que se relacionan: lo simbólico, lo imaginario y lo real. El cuerpo está subsumido a esta inscripción múltiple de tres dimensiones. Más adelante Lacan destaca la relación equivalente y homogénea de estos tres registros que se anudan y hacen uno, que “tienen cualidades diferentes, pero de lo parecido a lo mismo existe un lugar para la diferencia” (Lacan, 1974, p.51). La operación bariátrica interviene un cuerpo delimitado por la medicina en el sentido de un cuerpo orgánico. Esta intervención tiene efectos psicológicos amplios, tomando los factores psicológicos cada vez más peso en la comprensión de la obesidad (Baile & González, 2011). Precisamente por estos elementos es que la “solución médica” lleva a preguntarnos por los factores implícitos que se escapan a una primera mirada.

Las investigaciones en este campo tienden a revisar factores tales como el autoconcepto, imagen corporal, prejuicio, autoestima, estigmatización como elementos psicológicos del tratamiento (Carrasco, Appelgren, Nuñez, & Schlanbusch, 2014; Fernández et al., 2011; Ríos et al., 2010; Sierra, 2013; Villaseñor, Ontiveros, & Cárdenas, 2006). Estos conceptos podríamos ubicarlos dentro de las descripciones del cuerpo Imaginario ya que es un cuerpo del campo de la imagen especular, global, ligada a un ideal, amado u odiado desde la fascinación, “sometida a la mirada y crítica del otro interiorizado” (Nasio, 2008, p.93). Esta dimensión del cuerpo del campo del narcisismo y del yo, es descrita como “falsa” en tanto se compara con una totalidad completa, fija, externa e ideal. Paradojalmente sería parte fundamental de la actualidad con la tiranía de la imagen en que todos vivimos. “Las imágenes se convierten en el mundo. Lo simplifican, corrigen sus ambivalencias” (Le Breton, 2012,

p.193), del mismo modo tratamos nuestro cuerpo desde la dimensión imaginaria. Nos estabiliza, nos da seguridad, pero de la misma manera nos tiraniza frente a ideales modernos tales como la belleza, juventud, vigorosidad, delgadez, etc.

La dimensión imaginaria del cuerpo, es un esfuerzo por construir lo que Harari llama un cuerpo propio en el sentido de la búsqueda permanente por vivir integradamente el cuerpo, pero siendo “lo impropio lo normal del cuerpo” (2012, p.79). El cuerpo impropio falla, se resiste a la unificación, sintomatiza y no calzan con las expectativas. Es el cuerpo que no logramos aprehender y que escapa a esta imaginarización corporal, ese cuerpo indeseable que no cumple con los mitos modernos, que falla, enferma, ahí es cuando aparece en su contradicción. Este cuerpo presenta una imagen que no acomoda o sobre la cual luchamos todo el tiempo por dominar. La relación al cuerpo de los sujetos obesos evidencia esta tensión, como un cuerpo que no obedece a las peticiones de delgadez, pero como bien señala Harari “no hay inscripción del cuerpo en un único registro” (2012, p.85), siendo para Lacan (1974) la referencia fundamental la dimensión imaginaria para otorgar una consistencia al cuerpo. Podemos agregar que esta dimensión es necesaria, pero no suficiente para dar cuenta de lo corporal.

Por otra parte, desde el registro Real, se desprende una vertiente del cuerpo que Harari (2012) delimita del lado de las sensaciones, del goce y también de lo incomunicable, pero que es presencia de vida. Es el cuerpo que siento y que Nasio describe como “la fuerza que anima el cuerpo” (2008, p.77), sobre el cual se pueden generar imágenes conscientes imprecisas, difusas, a partir del mosaico de sensaciones que pueden emanar de manera fragmentada. Es el cuerpo pulsional, no simbolizable desde la razón, en tanto lo real “es lo expulsado del sentido” (Lacan, 1974, p.45), pero a su vez es desde lo simbólico donde se pone límite a ese real corporal marcado por el exceso pulsional que aspiramos a contener simbólicamente. Podemos pensar que este cuerpo cercano a lo orgánico, está tomado por lo pulsional, es decir, el cuerpo real no se reduce a un cuerpo biológico, sino más bien es el efecto sobre un organismo del hecho de hablar. Es precisamente la distancia con lo orgánico que localiza Freud al momento de constatar las consecuencias de lo pulsional y de lo inconsciente en el ser humano. Esa materia orgánica tomada por la palabra, pero no reducida totalmente a lo discursivo.

El exceso de peso evidenciado en el cuerpo obeso debería ser reintroducido por lo simbólico en una operación que la cirugía no logra dar cuenta. No tendría

por qué tampoco inicialmente, pero considero importante revelar el punto problemático de reducir un problema (obesidad) y un intento de solución (cirugía) sobre una persona, a un dato orgánico, a lo sumo orgánico-imaginario, pues “no hay nunca apreciación bruta de las sensaciones del cuerpo, sino desciframientos, selección de estímulos y atribuciones de un sentido” (Le Breton, 2012, p.149).

No hay que olvidar que los tres registros interactúan y no son tres unidades independientes, hacen uno en términos de un solo nudo y “los puntos imposibles (de lo real) varían según los sistemas simbólicos” (Ravinovich, 1995), por tanto el cuerpo real hace referencia al cuerpo simbólico a su vez. En este sentido, las coordenadas simbólicas afectarán este cuerpo y en este anudamiento propuesto por Lacan, desentenderse de una dimensión afecta la estructura global.

Desde el tercer registro señalado, el cuerpo Simbólico vendría a anudar la experiencia real, y a su vez otorgarle una profundidad y significación al cuerpo imaginario. Este registro del cuerpo se puede definir como un cuerpo delimitado por significantes que le dan un sentido, investido por deseos y demandas que lo impactan. Este cuerpo es ordenado por significantes con los cuales se forma una narración, palabras que describen un cuerpo en relación a las dimensiones real e imaginaria desde Lacan. “El cuerpo es una construcción social y cultural y su realidad última no está dada. El cuerpo mezcla, desordenadamente, sus acciones y sus constituyentes con la simbólica social, y solo puede comprendérselos en relación con una representación que nunca se confunde con lo real, pero sin la cual lo real no existiría. El simbolismo social es la meditación por medio de la que el mundo se humaniza, se nutre de sentido y de valores y se vuelve accesible a la acción colectiva. El ser metáfora, ficción operante, pertenece a la naturaleza del cuerpo” (Le Breton, 2012, p.182).

En función de los distintos significantes inscritos en esta dimensión, la definición que hagamos de este cuerpo cambiará, en este sentido, el registro simbólico del cuerpo es una dimensión dúctil a eventos y contingencias. El cuerpo simbólico es por excelencia el cuerpo que hace síntoma, sobre el cual recae el efecto metafórico de un síntoma y desde donde se inscribe un malestar, al modo como la histeria lo evidencia en el síntoma conversivo. El malestar vivenciado se expresa en una vivencia fallida sobre el cuerpo que no logra reducirse a una dimensión integral, completa, sino más bien, son recortes significantes que nombran un cuerpo en cuestionamiento. Lo simbólico sostiene el cuerpo y a su vez muestra los agujeros existentes en esa construcción, esa “superficie de inscripción del goce

como agujero” (Laurent, 2015, p.3). Podemos decir que el cuerpo simbólico está configurado y atravesado por los relatos que otros hacen sobre este cuerpo, en primera instancia es un cuerpo nominado por las figuras fundamentales de la infancia, luego los pares y la cultura inscriben sus marcas, siendo siempre una construcción en función de otro que nos denominan. Es un cuerpo libidinizado, pero también impactado por elementos traumáticos que agujerean la imagen, así el cuerpo simbólico “es una consistencia que va a cercar ese agujero” (Laurent, 2015, p.3), articulando lo simbólico significativo con sus agujeros de lo real del goce y la apropiación imaginaria.

Lacan (1953/2008) plantea que los significantes no inscritos en lo simbólico retornan en lo real, por lo que podemos preguntarnos por los cortes que no se realizan en lo simbólico y que retornan en lo real corporal, ¿Cuál es el cuerpo simbólico que no se logra recortar con una cirugía? El nuevo cuerpo buscado y mayormente obtenido desde el ideal (delgadez) está asociado a un cuerpo imaginario (cánones de belleza, ideal de peso, etc), pero ¿qué correlato simbólico tiene en su seno?, pues “la imagen tiene además una dimensión simbólica dada por el marco cultural histórico en el que está incluida” (Rabinovic, 1995). ¿Cuál es el recorte psíquico presente?

La pregunta se orienta a indagar los efectos subjetivos en el campo del deseo más allá de la demanda efectiva de una cirugía, porque como señala Hoyos, “hay algo de lo deseado que no logra significarse en la demanda de cirugía” (Rabinovich, 2015, p.5). ¿Cuáles son los cortes simbólicos esperados, que el discurso médico no visualiza y que el discurso psicológico no logra articular?

Al parecer la dimensión simbólica del cuerpo del paciente no está siendo contemplado inicialmente por el modelo de tratamiento, tanto en la operación quirúrgica, cómo en la selección y acompañamiento de los pacientes bariátricos. Es una apuesta de “cambiar el cuerpo para cambiar la vida” (Le Breton, 2012, p.158), pretendiendo cambiar a la persona con un cambio en ese cuerpo, pero insisto en la ausencia significativa sobre esta dimensión fundamental. Como si por un lado estuviera el cuerpo y por otra el hombre, “el dualismo contemporáneo distingue al hombre de su cuerpo” (Le Breton, 2012, p.152).

A partir de Lacan (1953/2008) y sus tres registros que describimos sucintamente -Imaginario, Simbólico y Real-, encontramos una concepción de cuerpo que intenta superar el viejo problema de la división mente/cuerpo o cuerpo/espíritu, “subvierte desde su introducción misma el esquema de pensamiento monista o dualista: cuerpo-

alma” (Murillo, 2011, p.127). Esta dualidad cartesiana está presente en las principales perspectivas de investigación sobre el cuerpo, que insisten separando un cuerpo psíquico con uno biológico, “esa cosa solo existe en el vocabulario de los psicólogos –una psique adherida como tal a un cuerpo- ¿por qué diablos, cabe decirlo, por qué diablos un hombre sería doble?” (Lacan, 1975, p.130). Como señala Gault (2000) “el cuerpo está por entero incluido en la estructura del lenguaje y el alcance de lo simbólico va hasta lo más íntimo del organismo humano” (Gault, 2000, p.162). El cuerpo queda incluido en el lenguaje, pero no se reduce a él, como señala Silvestre (1987) “el cuerpo es incorporación de lo simbólico” (Silvestre, 1987, p.273), pero contempla una experiencia real e imaginaria, “registros esenciales de la realidad humana” (Lacan, 1953/2008, p.3). En este sentido ¿qué efectos psíquicos tienen cortes e intervenciones en el cuerpo-órgano?

La dimensión del cuerpo que no entra en escena: Bypass al cuerpo simbólico

Se puede sostener que el cuerpo intervenido en la cirugía no contempla su correlato simbólico, es decir, la cara simbólica no está tocada por el bisturí. Puede ser como un tipo de castración que no cobra sentido en el relato, ni en el discurso que la sostiene, es decir, no se da cabida a la dimensión del deseo ni del goce. En oposición, podemos pensar en las castraciones simbolígenas que propone Dolto (1990), castraciones que privan de un goce, un exceso pulsional, pero son generadoras de nuevos símbolos para el sujeto: “se trata de modificaciones con valor simbólico” (Dolto, 1990, p.70), modificación de goce en lo real que produce efectos simbólicos en el sujeto. En este sentido podemos pensar que el goce evidenciado en el cuerpo obeso busca ser recortado quirúrgicamente. Entonces ¿qué pasa con el registro del cuerpo que no se recorta con la cirugía? Convengamos que este punto no es preocupación de la medicina actual ni menos un elemento de preocupación de una cirugía que aborda un organismo. Pero uno puede preguntarse por el lugar de lo simbólico de ese cuerpo intervenido en lo real-orgánico. Los efectos simbólicos de esa cirugía, para un paciente que luego deberá hacerse cargo de los cambios no solo físicos, sino también en su posición como sujeto en una red social.

En este sentido, ¿cuál es el bypass que no se puede hacer en la cirugía bariátrica? La cirugía bariátrica recorta y modifica un cuerpo en un aspecto de lo real, con claros efectos en el campo de la imagen, pero definitivamente el correlato simbólico no ha entrado en la escena ni como parte del problema ni de la solución.

La intervención bariátrica contempla un plano quirúrgico atención nacional e internacional del rol del psicólogo o

lo psicológico en general en el problema de estudio, se constata la preponderancia de evaluaciones y consideraciones en el plano imaginario. Podemos reconocer la importancia del control de la conducta alimentaria (Bustamante et al., 2006); el lugar del autoconcepto como eje central (Rojas et al., 2011); el lugar que cobra evaluar la ansiedad y los Trastornos de Personalidad en los candidatos (Fernández et al., 2011); la importancia en reconocer la dificultad en la demostración de afectos de los pacientes (Benítez, Moreno & Ramírez, 2012). Casi todos los trabajos revisados hacen un énfasis en las capacidades de comprensión del paciente a las indicaciones médicas y las consecuencias de la intervención a realizar. Otros se preocupan de la relación entre la pérdida de peso y la psicopatología que pudieran presentar (Piñera et al., 2013). A modo de síntesis Sierra (2013) reconoce algunos puntos centrales en el rol del Psicólogo en el campo de la Obesidad y las cirugías bariátricas:

- Evaluación inicial de capacidades para cumplir cambios en estilos de vida.
- Psicoeducación para cambios y para una toma de decisión informada respecto a la cirugía.
- Motivación y adhesión al tratamiento.

En el “Primer consenso Latinoamericano sobre el manejo psicológico en cirugía bariátrica” (Ríos et al., 2014) en la que participaron representantes de casi todos los países latinoamericanos -incluidos Chile-, se definieron más de treinta indicaciones pre y post operatorias con el paciente y el equipo de intervención. De todas estas medidas ninguna aborda el cuerpo en el plano que lo estamos definiendo, como relato o narrativa, que abra el campo del deseo, las significaciones personales o el carácter sintomático. Modo que permite una comprensión en el campo simbólico del paciente para dimensionar los alcances de la intervención. Pero aclaran que “en la revisión sistemática de la literatura hemos hallado escasos aportes que resulten concluyentes para orientar la práctica del psicólogo bariátrico” (Ríos et al., 2014, p.165).

Quizás precisamente constaten el vacío que se releva aquí, en el sentido de la importancia en el abordaje de una dimensión del cuerpo que incluya el registro simbólico. Esta ausencia tiene consecuencias, como señala Ríos et al. (2010), en la etapa de cambio de la imagen corporal descrita por los especialistas dentro de los primeros seis meses luego de la operación, “el paciente se siente desilusionado al ver que aunque está delgado, su imagen real es diferente a la que tenía idealizada” (Ríos et al. 2010, p.118). Precisamente esta distancia se recorre significativamente, en otras palabras, la diferencia entre lo que ve y lo que espera el paciente

está atravesado por un campo habitado por palabras a reconstruir con cada paciente, nunca es igual, las referencias no son las mismas y los ideales tampoco. Este recorrido “requiere la operación del pasaje por el Otro para que el síntoma se ponga a hablar” (Laurent, 2015, p.2).

Conclusión

Preguntarnos por el cuerpo simbólico en pacientes sometidos a cirugía bariátrica cobra relevancia, ya que el cuerpo contempla como parte fundamental una construcción significativa que supera la realidad biológica y que sostiene la corporalidad, como señala Lacan “lo simbólico sujeta al cuerpo” (Lacan, 2012/1970, p.431). Es pertinente delimitar el cuerpo simbólico, que es un cuerpo significativo a partir de una “singularidad corporal que determinan directa e indirectamente el curso de nuestra existencia” (Nasio, 2008, p.95), es decir, un cuerpo construido significativamente, siendo esta dimensión un cuerpo simbolizado que es productor de cambios en la realidad de los sujetos.

El paciente obeso busca a través de una intervención material modificar su cuerpo, pero desde el psicoanálisis se propone el cuerpo como una experiencia construida con palabras (en interrelación con una dimensión imaginaria y real). En este sentido, al parecer el cuerpo simbólico ha quedado fuera de la escena médica y psicológica con este grupo de pacientes. Cuando la dimensión simbólica se retira del cuerpo solo queda los engranajes de la máquina, vacíos axiológicos que convierten al cuerpo en una mecánica, el cuerpo en piezas sueltas, separadas, intercambiables (del trasplante a la prótesis). Pero “la relación del hombre con el cuerpo está tejida en el imaginario y lo simbólico, el cuerpo no es un mecanismo” dirá Le Breton (2012, p.223).

El cuerpo excede una reducción orgánica sobre la cual podamos operar, intervención en su materialidad sin contemplar su multidimensionalidad compleja. Si bien la modernidad instauró una dualidad que diferenció al hombre del cuerpo, las ciencias biomédicas -incluidas la psicología a momentos- se ubican en el centro de este paradigma, visión que Lacan intenta conmovir con los tres registros. Esta visión de tres registros no es un modelo ahora tripartito que releve la dualidad expuesta, es decir, que signifique pasar de lo dual a lo trinario. Plantea algo más complejo, una interacción en donde los tres hacen uno, donde cada uno de los registros interactúa con los otros dos y donde no se puede pensar uno sin la existencia de los otros dos.

Al parecer lo “psicológico” ha quedado reducido a ciertas constataciones de contraindicaciones en este nivel e identificar en los candidatos una serie de fenómenos: adicciones, trastornos alimenticios no estabilizados, trastornos psiquiátricos severos, incapacidad para comprender la intervención propuesta. La selección de los candidatos, la preparación del paciente y el acompañamiento post operatorio, son tres tareas centrales del rol del psicólogo descrito en diferentes protocolos (Pérez & Gastañaduy, 2005; Montt et al., 2005; Ríos et al., 2010; Sierra, 2013). Así lo establece un equipo internacional de la Sociedad Bariátrica y Metabólica Iberoamericana, quienes proponen una guía de manejo psicológico en cirugía bariátrica que apuntan al acompañamiento psicoeducativo y el apoyo en la adecuación a la imagen corporal y expectativas de cambio (Ríos et al., 2014). Por otro lado, los protocolo propone realizar un proceso de acompañamiento psicológico haciendo énfasis en la adecuación a la imagen corporal, los hábitos alimenticios, fortalecer la motivación y psicoeducación (Hornero & Gastañaduy, 2005; Ríos et al., 2014; Sierra, 2013). Junto con esas acciones, la literatura plantea la importancia de buscar “las representaciones psíquicas conscientes e inconscientes que tienen de su propio cuerpo, de su autoestima y su autoimagen” (Ríos et al., 2010). La dimensión simbólica significativa ha sido silenciada, pero como señala Le Breton “el cuerpo solo existe cuando el hombre lo construye culturalmente” (2012, p.27). La escena ha sido recortada, metáfora de la metáfora quirúrgica, el bisturí recorta sin querer una dimensión de lo humano.

Discusión

La importancia de reintroducir el cuerpo simbólico en la escena

En este trabajo hemos podido reconocer que el cuerpo copa la escena social por un lado, y la obesidad se ubica en el centro del problema de salud nacional y mundial, siendo las operaciones bariátricas la “solución” preferida en los últimos tiempos. Esta intervención recorta el cuerpo, pero al parecer este recorte ha cercenado no solo un cuerpo carnal, sino una dimensión esencial para la comprensión de los fenómenos de la corporalidad en su relación social y cultural.

Si “la medicina despoja a la imagen de cualquier más allá de cualquier subjetividad” (Le Breton, 2012, p. 215), lo hizo por supuesto como reflejo privilegiado de los avatares de la modernidad. A partir de los mitos que debe representar el cuerpo (juventud, belleza, salud,

vigor, delgadez) se construye una ideología del cuerpo que lo ubica en un valor de sí mismo.

La omisión puede estar en juego en los índices de fracaso, en tanto, el correlato discursivo y la elaboración (consciente e inconsciente) en juego en este caso no están siendo abordados ni siquiera contemplados. Es en este contexto cobra importancia introducir la dimensión simbólica del cuerpo que permita comprender con mayor claridad el problema de la obesidad y su tratamiento. Estudiar el registro simbólico permite ampliar las nociones conceptuales del cuerpo, aportar en el trabajo clínico sobre el cuerpo en diferentes dimensiones, y a su vez ofrecer un tratamiento más global que amplíe las esferas de comprensión e intervención actuales.

El interés de un aporte psicoanalítico de este problema se orienta a develar puntos “olvidados” por la disciplina médica o psicológica en general, intentando reintroducirlos en la escena. Si el psicoanálisis comienza con los pacientes dejados de lado por la ciencia de su época (histeria), Lacan nos advierte de la necesidad de estar a la altura de la subjetividad de la época. La obesidad como malestar actual, enfermedad del siglo para la OMS, supone un desafío donde nadie puede quedar fuera.

Reintroducir el cuerpo simbólico en la escena (médica, psicológica o social) supone restarle un valor en la superficie, para otorgárselo en su profundidad, valor añadido, que no hace otra cosa que ubicar el cuerpo en su multidimensionalidad. Pensar el cuerpo desde el nudo borromeo, implica una multidimensión interrelacionada donde cada uno es efecto de la otra. El tratamiento bariátrico desde una cara aborda eficazmente el problema. La cirugía incide sobre un plano real-orgánico con efectos en otras dimensiones y la psicología acompaña favoreciendo lo imaginario. Pero constatamos la ausencia de la dimensión simbólica en el tratamiento global, lo que puede estar incidiendo en los efectos no deseados significativos desde un plano psíquico (trastornos del ánimo, suicidio, etc).

Por último, desde esta propuesta no se trata de arrogarse el saber absoluto sobre el problema, ni clausurar la verdad, si no ofrecer una apertura hacia nuevas comprensiones. Como desafío queda abordar la pregunta por la relación al cuerpo en el campo de la obesidad y sus modos de tratamiento desde la lógica propuesta.

Contemplar en la escena el cuerpo simbólico o su valor significativa, pretende ofrecer herramientas al tratamiento propias del problema. Iluminar campos de

su escenario. Quizás con todos los actores podamos acción e intervención, convocar al hombre-en-cuerpo a aprehender una obra que aún está en suspenso su resolución.

La problemática del cuerpo es la problemática de lo humano, en la medida que el cuerpo órgano de paso al cuerpo-hombre, es decir, mientras en el escenario este todo el reparto Real-Simbólico-Imaginario.

Referencias

- Adams, T., Gress, R., Smith, S., Halverson, C., Simper, S., Rosamond, Wayne D. ... Hunt, S. (2007). Long-term mortality after gastric bypass surgery. *New England Journal of Medicine*, 357(9), 753-761. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa066603>
- Athlas, E. (2012). Epidemiología de la obesidad en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes*, (23)2, 117-123.
- Amigo, S. (2007). *Clínicas del cuerpo*. Buenos Aires: Homo Sapiens Ediciones.
- Baile, J. & Gonzalez, M. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(2), 253-261. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000200011>.
- Bambs, C., Cerda, J., & Escalona, A. (2008). Morbid obesity in a developing country: a Chilean experience. *Bulletin of the World Health Organization, WHO (OMS)* 8610, 737-816. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.07.048785>
- Bustamante, F., Williams, C., Vega, E., Prieto, B. (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía*, 58(6), 481-485. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262006000600016>
- Benítez, J., Moreno, M., & Ramírez, A. (2012). Evaluación Psiquiátrica de Pacientes Candidatos a Cirugía Bariátrica. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 45(2), 91-97.
- Botto, A. (2011). La paradoja de la diferencia: Investigación empírica y psicoanálisis. *Revista Psiquiatría Universitaria*, 7(3), 277-281.
- Carrasco, D., Appelgren, D., Nuñez, J., & Schlanbusch, C. (2014). Cambios en la significación de su propio cuerpo en mujeres adultas obesas que se han sometido a cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Nutrición*, 41(1), 40-45. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182014000100005>
- Castillo, M., & Gómez, E. (2004). Las peculiaridades de la Investigación en Psicoanálisis. *Terapia Psicológica*, 22(1), 25-323.
- Csendes, A., Burdiles, P., Papaprieto, V., & Burgos, A. (2009). Comparación del tratamiento médico y quirúrgico en pacientes con obesidad grado III (Obesidad mórbida). *Revista Médica de Chile*, 137(4), 559-566.
- Dolto, F. (1990). *La imagen inconsciente del cuerpo*. España: Paidós.
- Eidelsztein, A. (2008). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan. Vol. I*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Ministerio de Salud (2010). *Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010*. Santiago: Gobierno de Chile. <http://www.encuestasalud.cl>
- Fernández, T., García-Camba, & Mancha, A. (2011). Evaluación en pacientes con obesidad mórbida incluidos en el programa Cirugía Bariátrica del Hospital Universitario de la Princesa Madrid. *Revista Psiquiatría.Com*, 15.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas, Vol XIX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gault, J. (2000). La relación del cuerpo y del espíritu. En *Estudios psicoanalíticos: Lacan y el pensamiento anglosajón*. Madrid: Miguel Gómez ediciones.
- Guzmán, S., Manrique, M., Radatz, A., Norero, E. Achurra, P ... Ibáñez, L. (2013). Experiencia de 18 años de cirugía de obesidad en la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Médica de Chile*, 141(5), 553-561. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000500001>
- Harari, R. (2012). *¿Qué dice del cuerpo nuestro psicoanálisis?* Buenos Aires: Letra Viva.
- Hornero, J. & Gastañaduy, M. (2005). Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles del Psicólogo*, 26, 10-14.
- Hoyos, J. (2015). Cirugías ortognáticas: Ortopedia de la imagen y pacificación de la mirada. *Affectio Societatis*, 12(22), 1-14.
- Lacan, J. (1953/2008). Conferencia "Lo Simbólico, lo imaginario, lo real" dictada en París, 08-07-1953. Inédito. R. Rodríguez Ponte, trad. Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- Lacan, J. (1953). *El seminario 2: el yo en la Teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica (1954-1955)*. Buenos Aires: Paidós. 2002.
- Lacan, J. (2008). *El Seminario 3: Las Psicosis, (1955-1956)*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1974). *El seminario 22: RSI (1974-1975)*. Inédito.
- Lacan, J. (1965/2002). *La ciencia y la verdad*. En Autor (Ed.), *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1966/2002). *Psicoanálisis y medicina*. En Autor (Ed.), *Intervenciones y Textos*. Buenos Aires: Manantial.

- Lacan, J. (1975/2006). Conferencia en Ginebra sobre el Síntoma. En Autor (Ed.), *Intervenciones y Textos 2*. pp. 115-162. Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (1970/2012). Radiofonía. En *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós.
- Lagada, R. (1996). Hermeneútica y psicoanálisis. En *Estudios Psicoanalíticos: Imaginario y lógica colectiva*. Madrid: Dor Ediciones.
- Laurent, E. (2015). Se habla de cuerpo. Entrevista a Eric Laurent.
- Le Breton, D. (2012). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Leiva, M., Fuentealba, C., Boggiano, C., Gattas, V., ... Leiva, L. (2009). Calidad de vida de pacientes operadas de bypass gástrico hace más de un año: influencias del nivel socioeconómico. *Revista Médica de Chile*, 137(5), 625-633. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500005>
- Montt, D., Koppmann, A., & Rodríguez, M. (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 16(4), 282-288.
- Murillo, M. (2011). La hipótesis de los tres registros – Simbólico, Imaginario, Real- en la enseñanza de J. Lacan. *Anuario de Investigación* 18, 123-132.
- Omagu, B., Ives, D., Buhari, A., Lindner, J., Schauer, P., ... Kuller, L. (2007). Death rate and causes of death after bariatric surgery for Pennsylvania residents, 1995 to 2004. *Archives of Surgery*, 142(10), 923-928. <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.142.10.923>
- Nasio, J. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires: Paidós.
- Perez, J. & Gastañaduy, M. (2005). Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles del Psicólogo*, 26(90), 10-14.
- Piñera, M., Arrieta, F., Alcazar-Cebrián, F., Botella-Carretero, J., Calañas, A. (2012). Influencia de la pérdida de peso en la evolución clínica, metabólica y psicológica de los pacientes con sobrepeso u obesidad. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 27(5), 1480-1488. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.5.5802>
- Rabinovich, D. (1995). *Lo imaginario, lo simbólico y lo real*. Clase 22-06-1995, Escuela Francesa de Psicoanálisis.
- Ríos, B., Sánchez, M., Guerrero, M., Pérez, D., Gutiérrez, S., Rico, M., ... Villalobos, E. (2010). El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica. *Revista Cirujano General*, 32(2). 114-120.
- Ríos, B., Gimeno, S., Stropa, M., Barros, C., ... Antor, M. (2014). Consenso latinoamericano sobre el manejo psicológico en cirugía bariátrica. *BMI Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*, 4(1), 163-167.
- Rocha, L., Vilhena, J., & Novaes, J. (2009). Obesidad mórbida: Cuando el comer va mucho más allá del alimento. *Psicología em Revista*, 15(2), 77-96.
- Rojas, C., Brante, M., Miranda, E., & Perez-Luco, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Revista Médica de Chile*, 139, 571-578. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500002>
- Sierra, M. (2013). El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de cirugía bariátrica. *Interdisciplinaria*, 30(2), 191-199.
- Silvestre, D. (1987). Acerca del estatuto del cuerpo en psicoanálisis. En *Estudios de Psicología*, Buenos Aires: Atuel.
- Tendlarz, S., Oldecop, A., Donghi, A., Silva, M., Rodríguez, O., & Weitzman, E. (2009). *Obesidad: Una modalidad de goce*. Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI. Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigación en Psicología MERCOSUR. Facultad de Psicología – UBA. Buenos Aires.
- Villaseñor, S., Ontiveros, C., & Cárdenas, K. (2006). Salud mental y obesidad. *Revista Investigación en Salud*, 8(2), 86-90. México.