



Revista Affectio Societatis
Departamento de Psicoanálisis
Universidad de Antioquia
revistaaffectiosocietatis@udea.edu.co
ISSN (versión electrónica): 0123-8884
Colombia

Tipo de documento: Artículo de Reflexión

2023

Rodrigo Bilbao Ramírez & Patricio Celis Ortiz

**Suplemento para una clínica del cuerpo en obesidad mórbida: cirugías
bariátricas/cirugías simbólicas**

Revista Affectio Societatis, Vol. 20, N.º 38, enero-junio de 2023

Art. # 6 (pp. 1-33)

Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN



SUPLEMENTO PARA UNA CLÍNICA DEL CUERPO EN OBESIDAD MÓRBIDA: CIRUGÍAS BARIÁTRICAS/CIRUGÍAS SIMBÓLICAS

Rodrigo Bilbao Ramírez¹
Instituto del Campo Freudiano (Nucep), Madrid
rbilbaor@yahoo.com
<https://orcid.org/0000-0002-0795-235X>

Patricio Celis Ortiz²
Consultorio privado, Chile
pcelis64@yahoo.com
<https://orcid.org/0009-0002-6206-4993>
DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.affs.v20n38a06>

Resumen

Este trabajo expone consideraciones psicológicas a ser tenidas en cuenta en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mediante cirugía bariátrica, incorporando una comprensión del cuerpo en los tres registros formalizados por Jacques Lacan: “Real-Simbólico-Imaginario”; analiza la intervención corporal en las fases pre y post operatoria, reconociendo la importancia de anexar la noción de “cuerpo simbólico” y de examinar el

tratamiento al integrar los registros mencionados. Lo propuesto se define como un “complemento-suplementario” ante las alternativas terapéuticas existentes hoy, complementando los abordajes disponibles, pero de modo suplementario sin clausurar diversas maneras de comprensión del fenómeno y estimulando la habilitación de nuevas vías terapéuticas. Son expuestos algunos problemas vigentes explicables por la no inclu-

1 Psicoanalista. Docente adjunto sección clínica del Instituto del Campo Freudiano (Nucep), Madrid. Miembro de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis y la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Académico U.E.M.C.

2 Psicoanalista. Psicólogo Clínico. Magister en Psicología. Clínica privada.

sión en el tratamiento médico quirúrgico de la noción psicoanalítica de “cuerpo simbólico”. Finalmente, se presentan ideas orientadas a generar un avance en la comprensión de la “obesidad mórbida” incorpo-

rando las tres dimensiones del cuerpo previamente señaladas.

Palabras claves: obesidad, cuerpo simbólico, cirugía bariátrica, registro simbólico, Jacques Lacan

SUPPLEMENT FOR A CLINIC OF THE BODY IN MORBID OBESITY: BARIATRIC SURGERIES/ SYMBOLIC SURGERIES

Abstract

This paper presents some psychological considerations to consider when surgically treating obesity with bariatric surgery; it incorporates a comprehension of the body according to the three orders that Jacques Lacan formalized: real, symbolic, and imaginary. It analyzes the procedure in the pre- and post-operative stages and recognizes the importance of adding the notion “symbolic body” and examining the treatment by integrating the aforementioned orders. Such a proposal can be defined as a “supplementary complement” regarding the current therapeutic alternatives; it complements the approaches avail-

able but in a supplementary way by allowing the various forms of comprehending the phenomenon and encouraging the use of new therapeutic possibilities. The paper also presents some current problems due to not including the psychoanalytic notion “symbolic body” in the medical-surgical treatment. It finally presents some ideas to advance the comprehension of “morbidity obesity” by incorporating the three body dimensions previously mentioned.

Keywords: obesity, symbolic body, bariatric surgery, symbolic order, Jacques Lacan

SUPPLÉMENT À UNE CLINIQUE DU CORPS EN ÉTAT D'OBÉSITÉ MORBIDE : CHIRURGIES BARIATRIQUES/ CHIRURGIES SYMBOLIQUES

Résumé

Cet article présente des considérations psychologiques à prendre en

compte dans le traitement chirurgical de l'obésité par la chirurgie bari-

trique, en intégrant une compréhension du corps dans les trois registres formalisés par Jacques Lacan : « Réel-Symbolique-Imaginaire ». On analyse l'intervention corporelle dans les phases pré- et post-opératoires, et on met en relief l'importance d'y associer la notion de « corps symbolique » et d'examiner le traitement en intégrant les registres susmentionnés. Ce qui est proposé se définit comme un « complément-supplémentaire » aux alternatives thérapeutiques qui existent aujourd'hui, complétant les approches disponibles, mais de manière complémentaire, sans pour autant rejeter les différentes manières

de comprendre le phénomène et en stimulant l'ouverture de nouvelles voies thérapeutiques. Quelques problèmes actuels qui peuvent être expliqués par la non-inclusion de la notion psychanalytique du « corps symbolique » dans le traitement médico-chirurgical sont présentés. Finalement, on présente des idées visant à générer des progrès dans la compréhension de l'« obésité morbide » en incorporant les trois dimensions du corps mentionnées précédemment.

Mots-clés : obésité, corps symbolique, chirurgie bariatrique, registre symbolique, Jacques Lacan

SUPLEMENTO PARA UMA CLÍNICA DO CORPO EM OBESIDADE MÓRBIDA: CIRURGIAS BARIÁTRICAS/ CIRURGIAS SIMBÓLICAS

Resumo

O presente trabalho apresenta considerações psicológicas a serem levadas em conta no tratamento cirúrgico da obesidade através da cirurgia bariátrica, incorporando um entendimento do corpo nos três registros formalizados por Jacques Lacan: "real-simbólico-imaginário"; analisa a intervenção corporal nas fases pré e pós-operatória, reconhecendo a importância de anexar a noção de "corpo simbólico" e de examinar o tratamento através da integração dos registros acima mencionados. O que se propõe é definido como um

"complemento suplementário" frente às alternativas terapêuticas existentes atualmente, complementando as abordagens disponíveis, mas de forma suplementária, sem fechar diferentes formas de entender o fenômeno e estimulando a abertura de novas vias terapêuticas. São apresentados alguns problemas atuais que podem ser explicados pela não inclusão da noção psicanalítica de "corpo simbólico" no tratamento médico-cirúrgico. Finalmente, são apresentadas idéias que visam a gerar um avanço na compreensão da

“obesidade mórbida”, incorporando as três dimensões do corpo anteriormente mencionadas.

Palavras-chave: obesidade, corpo simbólico, cirurgia bariátrica, registro simbólico, Jacques Lacan

Recibido: 24/10/2022 • Aprobado: 30/11/2022

Introducción. Antecedentes: el cuerpo en la escena

La concepción del cuerpo ha cambiado a lo largo de la historia, la globalización y nuevas tecnologías de comunicación ayudan a la masificación de tales modificaciones. Si bien el nuevo imaginario del cuerpo surgió en los años sesenta, para Le Breton (2012) podríamos destacar la hiperpresencia actual de la imagen autorretratada mediante la existencia de una especie de tiranía narcisista contemporánea, una estética donde prima lo imaginario: Narciso contemplándose en el resplandor de su *smartphone*, amparado en la revolución tecnológica con sus deseos de capturar y compartir trozos de imágenes de nuestro cuerpo sin parar (Bilbao, 2017). Caras, pechos, nalgas, torsos desnudos, forman un abanico en un *collage* de imágenes exhibidas en las redes sociales; trozos de un cuerpo desmembrado y excluido de su condición unitaria. *Selfies* en todo lugar y a todo momento, manifestación actual del interés por mostrar-nos a través de la imagen del cuerpo. En Lacan esta (la imagen del cuerpo) proviene del Otro, de su mirada, que por analogía constituye el reflejo especular, análogo al destello luminoso capturado por un dispositivo digital como el mencionado. Mirada del Otro, reflejo especular, imagen corporal son algunas de las dimensiones que confluyen en la construcción imaginaria de la identidad, referida para el psicoanálisis siempre a una exterioridad que se experimenta como interna y propia. En esa dialéctica, entonces, donde el mundo nos aparece como “omnivoyeur” (Lacan, 2007/1964), surge un cuerpo en vinculación con los registros real, simbólico, imaginario imposibilitado de ser referido explicativamente sólo a determinantes biológicos, anatómicos o fisiológicos.

Le Breton (2012) llamó “cuerpo máquina” al ideal moderno que busca eliminar toda huella de debilidad, dando origen a una mitología sobre el cuerpo, que deja fuera y define como indeseable condiciones como la vejez y la enfermedad, alejadas de los ideales estéticos de belleza, juventud, vigorosidad y delgadez. Del cuerpo envejecido y enfermo nada quiere ser admitido; dimensiones reprimidas que retornan mediante la exaltación compartida masivamente de un cuerpo susceptible de ser intervenido para cumplir con los ideales estéticos de la sociedad. A partir de lo señalado por Behar (2010) se torna relevante la dimensión ética implicada en tal retorno; los cambios estéticos contruidos a finales del siglo xx y consolidados en

este siglo XXI igualaron belleza a delgadez. A esta idea que se había fijado paulatinamente en el siglo XX, se agrega la variable de éxito, quedando homologado de esta manera como ideal “ético-estético” delgadez=belleza=éxito. Podemos agregar como contrapartida, la producción de su antítesis: gordura=fealdad=fracaso.

Pertinente, en tal sentido, es el planteamiento de Alemán (2016) respecto del capitalismo moderno (deriva “neoliberal”) referida a su demostrada “capacidad de producir subjetividades” sustentada en la “colonización” de dimensiones centrales del psiquismo humano descubiertas por el psicoanálisis. El modelo de “éxito” vigente destaca, entre otros hechos, el valor de la ausencia de límites al que el sujeto queda expuesto en cada una de los espacios de su vida. La relación con la imagen corporal es una de ellas; su connotación en la cultura moderna lleva el sello de lo ilimitado en cuanto a los esfuerzos y procedimientos (quirúrgicos entre otros) que los sujetos están dispuestos a seguir para cumplir con algún determinado ideal en tal sentido. La dimensión trágica de este hecho es evidente si tenemos en cuenta la “economía” característica del psiquismo humano asociada a esa instancia denominada por Freud superyó: en tal sentido, el trabajo invertido para mantener en una determinada “forma” al cuerpo, nunca será suficiente. Este emplazamiento del sujeto es signo de una “deuda impagable” (sin límites); por definición, jamás será “cancelada”, ni por lo tanto el ideal (de belleza) perseguido, salud y juventud permanente, alcanzado. Como lo señalan Salazar-Maya y Hoyos-Duque, existe un importante grupo de pacientes bariátricos que continúan su evolución con cirugías estéticas de manera desmedida, con las que aspiran a reconstruirse casi completamente, “desean un cuerpo cuasi perfecto” (2017, pág. 33). Frente a una interpelación proveniente del superyó, articulada como un imperativo que a su vez confiere una lógica a ciertas demandas culturales referidas al cuerpo, toda respuesta concreta será “parcial” y estará desalineada con la exigencia psíquica en juego, que en rigor se sustenta más por la permanencia de una renuncia ilimitada que mediante un logro definitivo que la cancele. El superyó goza de esa renuncia dejando al sujeto en la posición de eterno deudor (Freud, 2000/1923).

El “padecimiento corporal” es un eje central de nuestra práctica; diversos y singulares fenómenos expresan conflictividad en la “rela-

ción con el cuerpo”: alucinaciones cenestésicas en la psicosis, manifestaciones conversivas en la histeria, dolor psíquico general que no logra ser representado simbólicamente, o vacío que se impone (Calvacante, 2004; Recalcati, 2003). Se agregan somatizaciones y automutilaciones, alteraciones en la imagen corporal (anorexia y bulimia), o un fenómeno más ambiguo en cuanto a su referencia a determinantes psíquicos: la obesidad mórbida, entendida por ejemplo como un modo específico de “gozar” (Rocha et al., 2009). Manifestaciones relevantes para pensar el cuerpo en la actualidad, pues su estatuto de “síntoma”, pensado desde coordenadas clínico-psicoanalíticas y reconocible también en los estados de obesidad, adquiere gran importancia según veremos en el despliegue del presente trabajo. Incluso, puntualmente frente a la exigencia de decidir sobre la pertinencia (o no) de una alternativa terapéutica radical como es la cirugía bariátrica³, su valor es sin dudas crucial. Todo lo anterior determina un contexto que en términos de Cosenza constituye una “clínica del cuerpo” donde interactúa la comida y lo inconsciente (2019).

El psicoanálisis, a partir de Freud (1999/1893-1895)), trabaja y opera con un cuerpo que desafía el saber médico, en el sentido de contabilizar expresiones clínicas formalizando una singular noción de “cuerpo psíquico” que no se ajusta al “cuerpo orgánico” ni a sus regularidades anatómico-fisiológicas propuestas por la medicina. El síntoma conversivo en la histeria evidencia, a comienzos de siglo pasado, cómo el cuerpo (“biológico”) es capturado por la palabra en su dimensión significativa, siendo el efecto de tal hecho la constitución de un otro, novedoso y diverso cuerpo o registro corporal con el que habitaremos el mundo. Muestra esa interconexión del cuerpo con un discurso inconsciente que recorta la corporalidad y la moldea en función de deseos y conflictos psíquicos inconscientes. Este “recorte” (no quirúrgico) puede determinar la existencia de múltiples síntomas corporales tales como parálisis, dolores y una variedad ili-

3 Procedimiento quirúrgico utilizado para tratar la obesidad interviniendo directamente el tracto gastrointestinal. Existen algunas más o menos restrictivas, por ejemplo, manga gástrica, *bypass* gástrico, balón intragástrico, etc. Todas buscan la disminución del peso corporal y se pueden combinar con medios no quirúrgicos en un tratamiento.

mitada de manifestaciones, apelando a un sustento explicativo que requiere formalizar la idea de un cuerpo supeditado al orden significativo no reductible para ser comprendido con parámetros de orden “biologicista”. En tal sentido, y como ejemplo, es posible observar manifestaciones de parálisis en zonas corporales y modos clínicos de presentación sin correlación con la anatomía y fisiología del sistema nervioso; y al mismo tiempo, pueden surgir “dolores psíquicos” que se expresan en el cuerpo. Para Le Breton (2012), el cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí misma.

Es en este contexto explicativo –donde se inserta hoy una enfermedad como la obesidad y el conjunto de procedimientos quirúrgicos para tratarla–, entre la enfermedad y su intento de cura se ubica un cuerpo; no obstante, este cuerpo quirúrgicamente intervenido acontece también, según lo expuesto, por fuera de la cirugía. Es habitado por discursos e influenciado por factores de otro orden (discursivo, culturales) que lo determinan, es decir, excede su realidad anatómica como “campo operatorio” en la cirugía; está constituido (recortado) y habitado por determinantes de diferente clase que configuran otro tipo de dificultades. En este trabajo, mediante el despliegue de esta conceptualización, se apunta a enriquecer los esquemas terapéuticos actuales usados en la obesidad mórbida, incorporando herramientas clínicas diversas y coherentes con los alcances de la determinación “psíquica” implicada y comentada previamente.

Psicoanálisis como método de investigación suplementario

Integrando la propuesta de cuerpo del antropólogo David Le Breton, y a partir de la concepción teórica de Jacques Lacan, serán interpretados los fenómenos descritos en el tratamiento de la obesidad mediante cirugía bariátrica. El análisis se hará desde la teoría psicoanalítica, que junto con reconocer los aportes y efectos de la ciencia, ofrece la posibilidad de fundar una lectura “entre líneas” que denominaremos “suplementaria-complementaria” y que evita atribuirse la capacidad para establecer de manera absoluta la verdad del fenómeno en cuestión. Tampoco la opción es situarse como una propuesta que comple-

ta el conocimiento existente, saturando y provocando el cierre conceptual del campo de estudio (Bilbao, 2016); es más bien un *principio de complementariedad* entre ciencia y hermenéutica, en una dualidad epistemológica que da cuenta de lo singular e irrepetible de la relación, sin empeñarse en su mutua disolución o reducción, semejante a la hermenéutica que busca significados verbales, y análogo a metodologías de otras ciencias empíricas que indagan múltiples causas de la psicopatología (Hueso Holgado y Cuervo Díaz, 2016). Se busca ampliar el análisis con elementos que han quedado excluidos al modo de una interpretación, en contrapunto con algunas versiones de la ciencia que podrían reducir explicativamente los fenómenos (Muriillo, 2011). 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, pág. 241), siguiendo la concepción de verdad nunca totalizante ni completa, al decir de Lacan (2002a).

En Lacan (2002a), el sujeto del psicoanálisis es el mismo que ha sido producido por la ciencia moderna, sin embargo, privado de su verdad y clausurando el concepto que a esta define. El psicoanálisis trabaja con los efectos del discurso científico, a partir de su operación sobre el saber, entendido como ligazón o red significante (Eidelsztein, 2008). Es desde esta lógica que interrogaremos el fenómeno de la obesidad y su tratamiento quirúrgico. 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; se impone una crítica a la Verdad-Conformidad desde la Verdad-Apertura” (Lagada, 1996, pág. 242). 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, pág. 282).

La ciencia moderna, según Lacan (2002a), cierra al sujeto dividido, excluyendo (“forcluyendo”) la verdad en juego de toda experiencia humana: sus síntomas y sufrimiento, su verdad inconsciente. Esta hipótesis supone la necesidad de pensar que uno de sus efectos –destaca como ejemplo el paradigma experimental– es fundar olvidos sobre la experiencia subjetiva, siendo en tal caso pertinente for-

mular la siguiente pregunta: ¿qué puede ser lo olvidado (forcluido), por médicos, psicólogos y la ciencia en general, en el tratamiento de la obesidad mediante cirugía bariátrica?

Problemas en el cuerpo: obesidad mórbida como síntoma y cirugía bariátrica

La cirugía bariátrica destaca en los tratamientos actuales de obesidad por los resultados positivos en un significativo número de pacientes y debido a su eficacia para disminuir la incidencia de daños colaterales: síndromes metabólicos, diabetes tipo II y cardiopatías (Rojas et al., 2011).

No obstante, existen problemas que debemos revisar. Diversos estudios plantean un 20 % de fracasos post-operatorios atribuidos a causas fundamentalmente psicológicas (Silva & Faro, 2015; Sierra, 2013). Hay información sobre tasas internacionales de suicidio post-operatorio superiores a la media poblacional (Olguín et al., 2013; Bustamante et al., 2006). Otro alarmante resultado proviene de investigaciones que informan trastornos del ánimo post-operatortrio no asociables a antecedentes psicopatológicos pre-operatorios (Silva & Faro, 2015; Bustamante et al., 2006; Leiva et al., 2009). En concordancia, estudios muestran la existencia de numerosos casos donde la salud física no es equivalente con el bienestar psicológico a mediano plazo, uno a tres años (Leiva et al., 2009; Montt et al., 2005). No se aprecia una mejoría psíquica estable, más allá de la reacción inicial positiva obtenida en los primeros seis meses, llamada etapa de cambio de imagen corporal o “luna de miel”. Montt et al. (2005) sostienen la existencia de cuantiosos reportes que informan patología afectiva luego del sexto mes, sin antecedentes previos y vinculables al malestar psicológico asociado al importante cambio físico vivenciado. Es en este punto, y a partir de consideraciones ya expuestas, que debemos interrogar las causas de los variados e inesperados efectos –desde la lógica médica– observables en un paciente cuando su cuerpo cambia radicalmente.

Como hipótesis inicial podemos atribuir el malestar a dificultades adaptativas derivadas de las exigencias sociales asociadas a esta

nueva imagen corporal (Behar, 2010). Es decir, al no cumplir con los cánones de belleza se desencadenan problemas emocionales en la obesidad; luego la transformación radical del cuerpo por una cirugía bariátrica también exige psíquicamente al paciente cuando el cambio físico resultante se acerque a cánones de belleza idealizados e impuestos culturalmente (Ríos et al., 2010).

Junto con los efectos terapéuticos constatables en términos médicos (disminución significativa de peso y masa corporal, mejoría física generalizada, cambios en la imagen), surge o se consolida un malestar –que llamaremos “psicológico” – inexistente o no abordado respectivamente en forma previa. El paciente obeso 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 superar: deterioro de las relaciones sociales, retraimiento, displacer con su imagen, disminución de la autoestima, del deseo sexual, entre otras (Behar, 2010), “síntomas” que, sorprendentemente, en muchos casos no disminuyen en la misma proporción a la baja de peso lograda, por el contrario, a veces aumentan. ¿Por qué puede suceder esto?

Morales Vázquez y García Valdez (2017) describen importantes dificultades en los pacientes obesos para seguir tratamientos y prescripciones médicas. Solicitan ayuda y con dificultad contienen los “impulsos orales” al comer. Los estudios de comorbilidad psicopatológica en obesidad, pese a descartar un trastorno mental específico, encuentran algunos rasgos característicos en la línea del descontrol de impulsos (en comida y alcohol) y ansiedad (Baile y González, 2011; Montt et al., 2005). Así podemos redefinir el cuadro abordado mediante cirugía al modo de un problema más amplio capaz de adquirir el estatuto de síntoma como entidad clínica formalizada por el psicoanálisis. Es decir, una manifestación del padecimiento en el que coinciden satisfacción inconsciente y displacer como expresiones de un goce, referencia a un Otro (familia, sociedad, cultura) declinado como mensaje, mirada, demanda imposible de “saciar”, hechos que apuntan, por ejemplo, al valor del alimento y a la ubicación del cuerpo en los registros previamente mencionados (Real, Simbólico, Imaginario).

En este contexto, goce para Lacan en 1964 es “exceso pulsional” (2002b), eso que insiste y se satisface de un modo perjudicial. En términos de Freud (1999/1920), se ubica del lado de la pulsión de muerte, aquella que está más allá del principio de placer/displacer, más allá del equilibrio homeostático interno y que excede al sujeto. Le exige psíquicamente, perturba sus contenciones simbólicas, se resiste a ser simbolizada, reducida y tramitada por la palabra (Bilbao, 2016). En la obesidad tratada por cirugía, este punto cobra vital importancia por dos motivos:

1. Los alimentos para el ser humano tempranamente adquieren un estatuto específico, como lo demostró Freud (2000/1905[1901]), se convierten en objetos de amor que calman otras necesidades y su valor no es solo nutricional. Adquieren el lugar de objetos libidinales o de deseo. Al comer nos nutrimos, pero al mismo tiempo se realizan otras dimensiones de la subjetividad, de orden psíquico, afectivo y de alcance simbólico. La clínica de los trastornos alimentarios, la cultura culinaria actual e incluso la incidencia en la construcción de un lazo social en torno a la comida ilustran tal hecho (Cosenza, 2019).
2. El “cuerpo” surge del despliegue de una serie de hechos donde lo principal es que aparece como eco de un “deseo”. El cuerpo surge de un recorrido donde el acto de comer se regula por la relación a un Otro (familia, sociedad, cultura) entendido como función materna. La “maternidad”, en este sentido, puede no recaer en la madre biológica ni tampoco corresponde a una mujer obligadamente. Lo fundamental como función es articular un dispositivo psíquico para contener la voracidad al definir espacios de corte que distinguen al objeto nutricional del pulsional. Por ejemplo, en Freud existe una continuidad entre el objeto de la pulsión y el amor; el seno materno buscado pulsionalmente tras la primera y mítica experiencia de satisfacción está en conexión metonímica con la madre a quien se demanda amor (Bueno, 2012) o el “deseo de su deseo”, según Lacan (2007/1964). Es un reconocimiento mediatizado por palabras donde la comida ya no es “solo comida”. Cuando la comida es solo comida, sin estar media-

da ni recubierta por las palabras amorosas que la envuelven, provoca una serie de efectos nocivos, como lo muestran algunos trastornos alimentarios. La relación al Otro mediatiza y regula la formación de un cuerpo, de la identidad y de una vinculación al alimento.

Previamente interrogamos el estatuto del síntoma, describimos brevemente su implicación con el goce, falta comprender su función de mensaje en el sentido de establecerse como un malestar que interroga al sujeto y lo dirige a un Otro en búsqueda de respuesta o ayuda. Según Orozco Guzmán (2011), el cuerpo sintomático se desliga del lazo social y el exceso de ese cuerpo lo desconecta de los demás –basta pensar el rechazo que provoca actualmente la obesidad–, pero en un segundo momento este problema convoca a la red social a través de su mensaje. En la obesidad mórbida, la primera forma de este Otro es el sistema de salud que la reconoce y define como pandemia. Hay recursos terapéuticos y campañas de prevención que la ubican como un prevalente y grave problema de salud. Solo en un tercer momento podrían reconocerse, en propiedad, los determinantes psíquicos específicos en cada paciente. En síntesis, la primera reacción es de rechazo (social), luego un llamado al Otro (sistema de salud) y finalmente puede (o no) generar una interrogante específica y movilizadora para ese paciente respecto del problema que enfrenta.

En el enfoque psicoanalítico se trata de avanzar desde una definición sanitaria global canalizada por los sistemas de salud hacia la implicación de un sujeto que de manera singular es interrogado por su padecimiento. El síntoma en psicoanálisis no alude a un saber estandarizado que en el caso de la obesidad, por ejemplo, causa su definición como enfermedad en el paciente que puede ser tratada mediante una cirugía, según la lógica del acto médico. Si no han existido intervenciones diagnósticas que faciliten la aparición de una dimensión psíquica específica en cada paciente, derivada de su trayectoria vital única e irrepitable, no se logrará una interpelación subjetiva singular que lo movilice a involucrarse en un tratamiento. Es decir, no basta con la localización médica inicial del problema, debe ser incluido en el diagnóstico un espacio para la aparición de dimensiones propias en cada caso, que logren interpelar de manera específica al sujeto que

consulta, solo en ese momento es posible hablar de “síntoma” en términos psicoanalíticos.

Es necesario aclarar que no pretendemos que de todos los casos se haga un síntoma en estos términos con la obesidad, sino más bien abrir la posibilidad de pensarla desde una perspectiva más amplia y poder instalar esta pregunta en los pacientes con el fin de ayudarlos cuando el tratamiento falla. Es decir, posibilitar la emergencia de una dimensión interrogativa frente al padecimiento puede tener alcances positivos en el tratamiento final. En la obesidad, su estatuto de síntoma para el sujeto no es claro inicialmente; la forma del dolor manifestado no contempla necesariamente determinantes psíquicos, siendo una de las características de la “solución obesidad” el efecto de clausurar interrogantes, anular la división subjetiva y llegar a ser un “síntoma mudo” en ciertos casos (Cosenza, 2019). Al mismo tiempo, desde el enfoque psicoanalítico se opta por evitar patologizar una determinada condición de vida, sin que esto implique anular la evidencia médica sobre los innumerables problemas de salud asociados, establecidos por distintos estudios (Ríos et al., 2010; Baile y González, 2011). La clínica médica (en la que confluyen el ejercicio de diversas profesiones) y la psicoanalítica operan con lógicas distintas, no excluyentes, y es desde sus irreductibles diferencias que pueden ser articuladas en torno a una determinada área de interés. En ese sentido, para el psicoanálisis los factores biológicos implicados en este problema de salud pueden resultar subsumidos por el campo del significante, determinados por el discurso, por la dimensión simbólica implicada en la constitución del psiquismo humano y ser radicalmente resignificados.

En diferentes publicaciones existe un consenso sobre la importancia de dar espacio en las entrevistas pre y post quirúrgicas a una narración que implique escuchar la historia del paciente desde sus determinantes singulares, únicos e irrepetibles (Ríos et al., 2010; Carrasco et al., 2014; Pérez et al., 2011). Sin embargo, la manera en que se implementa la indicación principalmente favorece la identificación “imaginaria” con ciertos “retratos especulares” presentes en los protocolos que definen las acciones de los diferentes profesionales del equipo de salud antes y después de la cirugía: psicólogos, enfermeros, nutricionistas, entre otros. Son propuestas en su mayoría estandarizadas que impiden

en los pacientes efectos de interrogación subjetiva orientados a experimentar que el cuerpo no es solo el resultado de identificaciones en el registro de las imágenes, si no que está construido como efecto del discurso o del orden simbólico (Cosenza, 2019; Carrasco et al., 2014).

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 una manifestación que encubre otra clase de problemas y no solamente expresa exceso de peso y sus consecuencias físicas, es posible sostener que acallar el síntoma implicará siempre su desplazamiento y nunca su cancelación. El malestar se ubicará en otro lugar, expresándose como trastornos del ámbito emocional aun cuando la cirugía haya sido exitosa (Olguín et al., 2013). Es posible hipotetizar que en estos casos la obesidad, intervenida quirúrgicamente, pero manejada por enfoques psicológicos que reducen sus intervenciones al plano imaginario, desconectadas de la trama simbólica implicada en el padecimiento corporal, se desplaza hacia el campo de los afectos y encuentra por esa vía una falsa e insuficiente respuesta terapéutica (Bilbao, 2016), pudiendo aparecer afectos depresivos cuando la “solución obesidad” se fisura (Cosenza, 2019).

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 et al., 2009, pág. 93). Se silencia la implicancia subjetiva del relato de ese cuerpo que podemos adelantarnos a describir como significante, se silencian los ecos del deseo, aquellas palabras de los otros que dan cuenta de un legado simbólico determinante en la “construcción” de nuestro cuerpo, quedando en ese silencio el ruido del exceso (goce) como único modo de expresión, una irrupción de un goce excesivo incapaz de metabolizar simbólicamente (Recalcati, 2003). Como señalan Tendlarz et al., “en la imagen del obeso aparecería algo del no registro, algo de lo ignorado” (2009, pág. 340), estando relacionados 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” (pág. 340). La cirugía modifica solo un cuerpo concebido como entidad orgánica y no el determinismo psíquico implicado. Diversos estudios reconocen la importancia de tales factores a la hora de pensar el resultado final y el

mantenimiento de la baja de peso lograda en primera instancia por la cirugía (Silva y Faro, 2015; Ríos et al., 2010; Pompa et al., 2016).

Revisando la evidencia, sostenemos que el tratamiento quirúrgico deja fuera inicialmente una dimensión que llamaremos simbólica como elemento clave al momento de ofrecer una “solución” clínica estable. Considerarla es un hecho fundamental al ser pensado el problema, omitirla nos remite a una enfermedad de órganos y no de personas. Expresado por Le Breton, “la medicina está pagando por su desconocimiento de datos antropológicos elementales. Olvida que el hombre es un ser de relaciones y de símbolos y que el enfermo no es sólo un cuerpo al que hay que arreglar” (2002, pág. 181).

Por último, evitamos patologizar la experiencia corporal en la obesidad (Cosenza, 2019); “existen obesos con y sin psicopatología, pero no hay un trastorno psicológico propio del obeso” (Ríos et al., 2010, pág. 118). Se apunta más bien a descubrir el valor singular de la problemática experiencia vivida por todo sujeto en la relación con su cuerpo. En este sentido, revisaremos el anudamiento de los tres registros de la experiencia humana: Real-Simbólico-Imaginario (Lacan, 1953) implicados en la experiencia corporal. Interesa exponer su incidencia para comprender la obesidad desplegando su complejidad y valor multidimensional, evitando su definición como patología; tal como señala Ravinovich: “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” (1995, párr. 4). Si la dimensión simbólica del cuerpo interactúa con lo real e imaginario a su vez, entonces, ¿qué significa la noción de “cuerpo simbólico”?

Cuerpo Real-Simbólico-Imaginario

La conceptualización del cuerpo elaborada por Jacques Lacan a partir de sus tres registros: Real-Simbólico-Imaginario es extensa y compleja; haremos una síntesis en función de la importancia adquirida para el abordaje teórico y clínico terapéutico de la obesidad. Una primera evidencia, establecida en la filosofía, nos lleva a concluir en forma

inicial que el “ser” de alguien se remite a la corporalidad. Cuerpo, organismo y ser se articulan unitariamente. Desde una perspectiva sustancialista, una persona es con su cuerpo. La expresión de esa fusión se puede observar más directamente en los animales, donde fundamentalmente se asocia su existencia a su cuerpo. Pensemos en los animales salvajes o en los animales para consumo humano, el animal es su cuerpo y no hay más.



Figura 1.

Nota: Elaboración propia

Esta unidad es tempranamente reemplazada en el ser humano por una dualidad; la religión dota de un alma a ese cuerpo y en algunas tradiciones (judeo-cristiana) se establece un dominio jerárquico del alma sobre “la carne”. Desde la racionalidad científica, se atribuye a Descartes el comienzo de una tradición que establece tal dualidad: cuerpo-mente (mente = espíritu, alma, psique, etc.).



Figura 2.

Nota: Elaboración propia

Tal distinción atravesará globalmente el pensamiento occidental hasta la actualidad, y su manifestación específica en el ámbito clínico desarrollado desde mediados del siglo xx a partir de los fenómenos psi-

co-somáticos se traduce en exhibir los problemas asociados a las vías de conexión de estos dominios (alma-cuerpo). Actualmente confluyen en el intento las investigaciones de la neuropsicología y las neurociencias, mediante la búsqueda de localizaciones orgánicas responsables de tales interacciones, situando a estas disciplinas en el núcleo de lo que podríamos denominar delirio cartesiano o la nueva frenología.

Freud (1999/1893-1895) subvierte tempranamente esta dualidad al demostrar cómo aquel cuerpo orgánico es tomado, usado libidinalmente, subsumido por deseos inconscientes y pulsiones. El registro “orgánico-somático” es determinado por un cuerpo libidinal. Lo demuestran los conocidos síntomas conversivos de la primera época freudiana, pero también los fenómenos alucinatorios en la esquizofrenia mediante las frecuentes alucinaciones cenestésicas. Freud no consideró la distinción entre cuerpo sano y enfermo, su interés apuntó al cuerpo concebido como efecto del determinismo psíquico en forma independiente de su relación con algún tipo o subtipo de estructura clínica o estado psicopatológico. El cuerpo en Freud es conceptualizado como un dominio organizado desde el psiquismo, mediante “deseos”, “representaciones” (palabras) provenientes de otros, procesos de identificación, etc., referidos a un determinismo inconsciente que le otorga el valor de una entidad incierta, problemática y fundamentalmente producida en la singularidad de la historia particular de cada sujeto. De esta manera, más que dualidad tenemos una unidad compleja que conecta, interrelaciona y delimita un cuerpo orgánico a partir de un cuerpo libidinal donde se enmarcan los deseos y pulsiones inconscientes; queda así superada la fórmula cartesiana del dualismo y su expresión en los planos alma-cuerpo, sujeto-objeto.



Figura 3.

Nota. Elaboración propia

Lacan (1953), a partir de la explicación freudiana, va más allá al aportar su reflexión en torno a tres registros (Real, Simbólico, Imaginario) al problema del cuerpo, permitiendo abordar con nuevas claves el enfrentamiento clínico de la obesidad. Su elaboración no implica avanzar desde una concepción dualista a una tripartita; los registros expresan cualidades diferentes de la experiencia, pero a la vez asumen complejas relaciones entre sí que permiten en forma simultánea la interconexión, superposición y exclusión de algunas zonas, organizadas de un modo tal que los tres hacen “Uno”. Se trata de un anudamiento que ordena la experiencia vital de manera “trinitaria” en reemplazo de la idea de “tripartición” (Lacan, 1975). El cuerpo queda subsumido a esta inscripción múltiple en tres dimensiones.

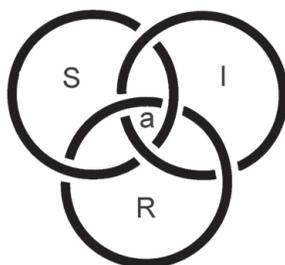


Figura 4. Nudo borromeo

Nota: Lacan (2002c/1974-1975).

Según lo expuesto, la cirugía bariátrica interviene un cuerpo en su dimensión “somato-orgánica”, pero al mismo tiempo sus efectos se irradian, adquiriendo los factores psicológicos cada vez mayor importancia en la comprensión de la obesidad (Baile y González, 2011). Aunque no podamos realizar asociaciones causales lineales entre ambos dominios, es factible demostrar que ampliar las intervenciones al plano psicológico genera consecuencias positivas en el tratamiento (Piñera et al., 2012), por lo que debemos interrogar eso que excede la solución médico-quirúrgica en el tratamiento de la obesidad mórbida, cuando la conceptualización del cuerpo se realiza desde otros parámetros.

Con Lacan se subvierte el esquema de pensamiento monista o dualista: cuerpo-alma (Murillo, 2011), dualidad presente en las principales perspectivas de investigación sobre el cuerpo, incluyendo im-

portantes vertientes de desarrollo teórico de la psicología clásica y moderna: “esa cosa sólo 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?”, en palabras de Lacan (2006/1975-1976). Para Gault (2000) el cuerpo está del todo incluido en la estructura del lenguaje y el alcance de lo simbólico va hasta lo más íntimo del organismo humano. El cuerpo queda incluido en el lenguaje, pero no se reduce a él; como precisa Silvestre (1995), el cuerpo es incorporación de lo simbólico, y a la vez contempla una experiencia real e imaginaria, “registros esenciales de la realidad humana” (Lacan, 1995). ¿Cuál es la amplitud de los efectos que en el campo operatorio generan los cortes e intervenciones en el cuerpo-órgano?

Volvamos a la concepción de cuerpo trinitaria previamente expuesta para desde ahí abordar la inherente complejidad a todo enfoque clínico que “opere” sobre el cuerpo. Comprender la experiencia vital de un paciente obeso, que es intervenido quirúrgicamente, requiere suponer consecuencias y efectos en diferentes niveles, hecho basado en los casos de cirugía bariátrica estudiados. Las hipótesis aquí y en otros trabajos expuestas (Bilbao, 2015; 2016) sostiene que el cuerpo intervenido quirúrgicamente y modelado en el modo de tratamiento actual de la obesidad está dejando de lado peligrosamente las complejas interconexiones de los registros Real, Simbólico e Imaginario que Lacan aporta al conceptualizar al cuerpo. Esta exclusión podría estar en la base de dificultades pre y posoperatorias; incluirlas ayudará a comprender más ampliamente el fenómeno y mejorar nuestros tratamientos de manera integral.

De este modo, una primera manera de entender el cuerpo simbólico es estableciendo los puntos de separación y también de intersección con el cuerpo imaginario. Al revisar las investigaciones y protocolos sobre el tratamiento quirúrgico de la obesidad, son reconocidos factores psicológicos que afectan el autoconcepto, la imagen corporal, el prejuicio, la autoestima, la estigmatización, lo que en conjunto podrían caracterizar la dimensión imaginaria del cuerpo (Sierra, 2013; Ríos et al., 2010; Carrasco et al., 2014; Fernández de Mosteyrín et al., 2011; Villaseñor et al., 2006). En tal registro (imaginario) adquieren importancia las identificaciones especulares con imágenes mediati-

zadas por la producción de retratos valorados culturalmente, transformados en ideal, amados u odiados desde la fascinación, sometidos a la mirada y crítica del otro interiorizado (Nasio, 2008). Se trata del narcisismo como campo que permite visualizar la problemática constitución del yo, la identidad y sus relaciones con el cuerpo a partir de imágenes cautivantes, pero que, por su condición de externas e ideales, admiten identificaciones parciales e impuestas a los sujetos participantes de una determinada cultura: “Las imágenes se convierten en el mundo” (Le Breton, 2012, pág. 193), lo simplifican, corrigen sus ambivalencias y de ahí su potencial para organizar la experiencia corporal en los individuos y su carácter fascinante, pero a la vez tiránico, tan característico del mundo moderno. En síntesis, “lo imaginario” da cuenta de una dimensión central en la constitución de un cuerpo comprometido con la identidad y de las tensiones que a este nivel se producen debido a las exigencias instaladas desde expectativas e ideales culturales impuestos. El cuerpo imaginario estabiliza al sujeto, le otorga una experiencia de seguridad derivada del logro de una determinada identidad, pero con el costo de sumirse en una imposición tiránica de ideales actuales como belleza y juventud permanente, vigorosidad o delgadez.

Harari (2012), al comentar las dificultades inherentes al registro imaginario y la construcción de lo que él llama un *cuerpo propio*, muestra que lo *impropio* es lo normal del cuerpo. El cuerpo impropio fracasa, es el cuerpo que no logramos aprehender y que escapa a los ideales, imágenes impuestas y expectativas; se resiste y no cumple con los mitos modernos: falla, enferma y envejece, hechos que dan cuenta de su realidad contradictoria. La relación de los obesos con el cuerpo expone esta tensión, en algunos casos exhibiendo patrones adictivos con la cirugía bariátrica como opción terapéutica (Salazar-Maya y Hoyos-Duque, 2017).

Si bien la dimensión imaginaria es importante para entender la construcción de la experiencia corporal, sus vínculos con la constitución de la identidad, no es el único registro relevante; no hay inscripción del cuerpo en un único registro (Harari, 2012). El cuerpo, ahora como expresión del registro simbólico, vendría a anudar la experiencia de identidad que también da cuenta de los puntos de intersección entre “Lo

real” y su decantación como imagen unificada (identidad) en el orden imaginario. Lo simbólico apunta a la idea de un cuerpo delimitado por significantes que le otorgan un sentido, investido por deseos y demandas que lo impactan mediante una narrativa que determinará la forma en que será experimentado y vinculado con la identidad (intersección del cuerpo en los registros Real e Imaginario de 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 comprendérselo 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 mediación 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”, como señala Le Breton (2002, pág. 182). La dimensión simbólica del cuerpo da cuenta de su condición dúctil; el “cuerpo simbólico” es por excelencia cambiante en función de las contingencias, en cuanto a sus definiciones, y hace síntoma al recaer en él el efecto metafórico capaz de inscribir un malestar. 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, pág. 3). El cuerpo simbólico es un efecto de los relatos que otros hacen de él: figuras fundamentales en la infancia, luego pares y la cultura misma, que dejan marcas que verifican su referencia a un Otro que lo construye. Se inaugura como los ecos del deseo registrados en el discurso del sujeto que involucra un cuerpo y a la vez requiere de un relato que lo sostenga (Bueno, 2012). Como señalan Salazar-Maya y Hoyos-Duque (2017), en la cirugía bariátrica los cambios en el cuerpo son más rápidos que su interiorización, generan sentimientos de extrañeza entre el pre y el postoperatorio, dificultades en reconocerse. Por este motivo, se hace necesario acceder a las significaciones relacionadas con este cambio capaces de construir un relato que les confiera un sentido singular, derivado de la historia particular a cada sujeto (Silva & Faro, 2015). Estos factores, poco valorados según las investigaciones, pueden influir positivamente en el éxito de la cirugía contribuyendo a sostener la pérdida de peso a largo plazo (Pérez et al., 2011).

Por último, 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 (2008) describe como una fuerza que anima el cuerpo. Es el cuerpo pulsional, no simbolizable desde la razón, por cuanto lo real “es lo expulsado del sentido” (Lacan, 2006), pero a su vez es desde lo simbólico donde se pone límite a ese real corporal marcado por el exceso pulsional que aspira a ser contenido simbólicamente (Bilbao, 2016). El cuerpo real no se reduce a la biología, apunta al efecto sobre un organismo por estar inmerso en el lenguaje. Se trata de esa materia orgánica tomada por la palabra, pero no contenida totalmente por ella. Es el cuerpo que queda por fuera de lo simbólico, excluido de la palabra, pero que ingresa a lo simbólico vía la perturbación no simbolizable. Por ejemplo, el cuerpo que no obedece a los mandatos de adelgazar, o el cuerpo descontrolado en la voracidad como marca pulsional del síntoma, o el cuerpo en el que las alzas y bajas de pesos no pueden ser contabilizadas en kilos; algo de otro orden, no simbólico, acontece en esas fluctuaciones.

Lacan (2008) plantea que los significantes no inscritos en lo simbólico retornan en lo real, en esa lógica, por analogía es posible indagar sobre los efectos de aquellos cortes sin inscripción simbólica y que, en el caso de la obesidad, retornan en lo real corporal; es decir, ¿opera el corte del bisturí en la cirugía a nivel de ese cuerpo simbólico? El nuevo cuerpo buscado y mayormente obtenido desde un ideal (estético y sanitario) está asociado al cuerpo imaginario (cánones de belleza, peso ideal, salud, etc.), no obstante, “la imagen tiene además una dimensión simbólica dada por el marco cultural histórico en el que está incluida” (Rabinovich, 1995). Entonces deberíamos indagar por los efectos subjetivos en el campo del deseo más allá de la demanda efectiva de una cirugía porque, como plantea Hoyos (2015), hay algo de lo deseado que no logra expresarse en la demanda de una cirugía. Así, pues, ¿cuáles son los “cortes simbólicos” esperados que el discurso médico no visualiza y que tampoco el discurso de la psicología logra articular?

Estos tres registros, siempre enlazados y conformando un nudo, hacen un solo cuerpo con diferentes dimensiones que se interceptan y excluyen en la experiencia corporal. La dimensión simbólica no es contemplada por el modelo actual de tratamiento en sus distintas fa-

ses: selección, cirugía y acompañamiento de pacientes. Si bien entre el 3 % y el 20 % de los candidatos a cirugía son excluidos por variables psicopatológicas (Pérez, et al., 2011), el proceso de entrevistas preoperatorias y el período de acompañamiento postoperatorio carece actualmente, a nuestro entender, de una comprensión global y compleja del cuerpo. Se trata de una apuesta que apunta a “cambiar el cuerpo para cambiar la vida” (Le Breton, 2011, pág. 158), pretendiendo cambiar a la persona mediante un cambio en su cuerpo, pero dejando de lado la dimensión trinitaria en la que el cuerpo del ser humano se inscribe. Como si por un lado estuviera el cuerpo y por otro el hombre; “el dualismo contemporáneo distingue al hombre de su cuerpo”, en palabras de Le Breton (2011, pág. 152).

Incorporar la dimensión simbólica apunta a proponer que la obesidad no puede ser comprendida solo desde la noción de cuerpo que requiere el acto quirúrgico. Ese cuerpo intervenido como “campo operatorio” no es solo un dato orgánico, tampoco es únicamente la imagen que lo sustenta mediante la construcción de una identidad (cuerpo “orgánico-imaginario”), “no hay nunca apreciación bruta de las sensaciones del cuerpo, sino desciframientos, selección de estímulos y atribuciones de un sentido” (Le Breton, 2011, pág. 149). El cuerpo del paciente obeso se construye, además, en una realidad “simbólica” en la que los “ecos” del deseo supuesto en un Otro (familia, sistema de salud, cultura, etc.) son capaces de alterar las regularidades de la anatomía, la fisiología y determinar el valor que las imágenes adquieren como ideal en la construcción de una determinada identidad. A nuestro entender, actualmente no es parte del modo de plantear el problema, ni menos de su solución. Se trata de un *bypass* de lo simbólico instalado por el corte, recorte y modificación del cuerpo en su anatomía (cirugía), no solo incidente en la modificación de su imagen, sino también en la dimensión simbólica que la explica y sostiene (Bilbao, 2016).

Discusión final. El cuerpo (re)cortado: cirugía simbólica

Sabemos que la cirugía no es el fin del tratamiento sino una de sus etapas (Bustamante et al., 2006; Montt et al., 2005) y es importante destacar la necesidad de introducir otras variables que permitan a

los profesionales elevar los indicadores de logro terapéutico al incorporar nuevos conceptos. Los protocolos establecen la indicación de incorporar al tratamiento variables psicológicas, las que, sin embargo, comparadas con las ideas expuestas, se reducen a lo que hemos nombrado dimensión “imaginaria” del cuerpo: control de conducta (Bustamante et al., 2006), el lugar del auto concepto (Rojas et al., 2011), evaluación de la imagen corporal, prejuicio e idealización, autoestima y estigmatización (Sierra, 2013; Ríos et al., 2010; Villaseñor et al., 2006).

Tal reducción es fuente de obstáculo y problemas. Hoyos muestra (2015) que la cirugía ayuda a mejorar la relación con el cuerpo mediante la atenuación de la mirada sancionadora del otro y el logro de bienestar psicológico, según lo indicado en algunas investigaciones. Sin embargo, también existe evidencia de dificultades en los pacientes tanto para aceptar su cuerpo obeso (antes de la cirugía), como en la identificación con la forma que adquiere el cuerpo al perder peso después (Silva & Faro; 2015). Insatisfacción con la imagen corporal post quirúrgica traducida en la búsqueda circular de nuevas cirugías reconstructivas. Según Olgúin et al. (2013), existen importantes antecedentes de aumento en la psicopatología post cirugía independiente de la pérdida de peso lograda, hecho referido a la “teoría de la sustitución de síntoma” que describe los efectos de eliminar un síntoma particular sin tratar la causa de base, una posible explicación del 70 % de disconformidad con la imagen corporal en pacientes operados que solicitan nuevas cirugías estéticas reconstructivas (Salazar-Maya y Hoyos-Duque, 2017; Olgúin, 2013). Para nosotros, efectos posibles de explicar por la reducción de la realidad corporal a uno solo de los dominios –el imaginario– en la que esta se construye.

La imposición de ideales culturales de belleza y los efectos de la cirugía bariátrica en pacientes obesos configuran situaciones psíquicamente exigentes, apuntando a hechos que impiden reducir la experiencia corporal al registro de la imagen, a la dimensión que la define como órgano-máquina o entidad anatomo-fisiológica. En los seres humanos la identidad y experiencia de “ser” se localiza en el cuerpo, acto impuesto a partir de una determinada tradición cultural (Uribe, 2009; Eidelsztejn, 2015). Comentábamos la aguda dificultad

en los pacientes operados para identificarse (construcción de la experiencia de sí mismo) con el cuerpo obeso y con el resultante de la intervención quirúrgica (Olguín, 2013; Pompa et al., 2016), y, como señala Carrasco (et al., 2014), la cirugía permite una conciencia del cuerpo que supone intentar apropiarse de ese “pedazo de carne y piel”, expresión con la que algunos pacientes describen su cuerpo. La modernidad dotó al hombre de un cuerpo que se puede tener, también le otorgó la cualidad de dominio y gobierno sobre él (Orozco, 2011), dimensión claramente interferida en la obesidad pues acentúa la estructural falla de los sujetos en dominar su cuerpo y apropiarse de los cambios introducidos por la cirugía. Se verifica la importancia que puede adquirir la noción de cuerpo simbólico para conceptualizar desde una compleja relación de intersección y exclusión con las otras dimensiones implicadas en la experiencia corporal –entendida por la medicina como entidad “anatómica-fisiológica”– con los registros Imaginario y Real que el psicoanálisis postula.

Señalamos previamente que el tratamiento actual instala un *bypass* al cuerpo simbólico (Bilbao, 2016). Revisando el lugar que lo “psicológico” ocupa, nos encontramos con directrices claras al respecto; Sierra (2013), por ejemplo, reconoce algunos puntos centrales del rol del psicólogo en el campo de la obesidad y las cirugías bariátricas que dan cuenta de tal exclusión: 1) Evaluación inicial de capacidades para cumplir cambios en estilos de vida; 2) Psicoeducación para cambios y para una toma de decisión informada respecto a la cirugía; 3) Motivación y adhesión al tratamiento.

Las guías clínicas ponen énfasis en evaluar posibles contraindicaciones, tales como algunos trastornos de personalidad (Fernández et al., 2011) –psicopatología presente en los candidatos (Piñera et al., 2012)– o la ansiedad y dificultades en la demostración de afectos (Benítez et al., 2012). Lo “psicológico” ha quedado reducido a ciertas constataciones de contraindicaciones en este nivel y a identificar en los candidatos una serie de fenómenos: adicciones, trastornos alimentarios no estabilizados, trastornos psiquiátricos severos, incapacidad para comprender la intervención propuesta (Bilbao, 2016). La selección de los candidatos, la preparación del paciente y el acompañamiento post operatorio, son tres tareas centrales del rol del psicólogo.

go descritas en diferentes protocolos (Sierra, 2013; Ríos et al., 2014; Montt et al., 2005; Pérez y Gastañaduy, 2005).

El equipo internacional de la Sociedad Bariátrica y Metabólica Iberoamericana propone una guía de manejo psicológico en cirugía bariátrica que apunta principalmente al acompañamiento psicoeducativo y el apoyo en la adecuación a la imagen corporal y expectativas de cambio (Ríos et al., 20014). A su vez, los protocolos proponen realizar un proceso de acompañamiento psicológico haciendo énfasis en la adecuación a la imagen corporal, los hábitos alimenticios, fortalecimiento de la motivación y psicoeducación (Sierra, 2013; Ríos et al, 2014; Pérez y Gastañaduy, 2005). Pero 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). En consecuencia, la dimensión simbólica significativa ha sido silenciada, pero, como señala Le Breton, “el cuerpo solo existe cuando el hombre lo construye culturalmente” (2012, pág. 27).

El paciente obeso busca a través de una intervención material modificar su cuerpo, pero hemos expuesto 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 (Bilbao, 2016). Cuando la dimensión simbólica se retira del cuerpo, solo quedan los engranajes de la máquina, vacíos axiológicos que convierten al cuerpo en una mecánica, en piezas sueltas, separadas, intercambiables (del trasplante a la prótesis): “La relación del hombre con el cuerpo está tejida en el imaginario y lo simbólico, el cuerpo no es un mecanismo” (Le Breton, 2012, pág. 223).

La exclusión propuesta tiene consecuencias, como señalan Ríos et al., en la etapa de cambio de la imagen corporal descrita por los especialista 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” (2010, pág. 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 y símbolos a reconstruir con cada paciente; nunca es igual, las referencias no son las mismas y los ideales y su impacto en cada uno tampoco (Bilbao, 2016). Este recorrido “requiere la operación del pasaje por el Otro para que el síntoma se ponga a hablar” (Laurent, 2015, pág. 2).

Desde nuestra postura podemos aportar al tratamiento de la obesidad si comprendemos que el cuerpo viviente del ser humano, el cuerpo vital con que se disfruta la vida, es a la vez un cuerpo libidinal, de deseo y goce. Cuerpo de deseo que deja sus huellas inscritas en un cuerpo orgánico conectando lo real del cuerpo, el cuerpo imaginario, el cuerpo simbólico, el cuerpo de la anatomía, el cuerpo de goce (Uribe, 2009). Se trata de un cuerpo fundado en el ser humano por la palabra, el significante y lo que a él escapa, que sin lugar a duda debe ser contemplado en el tratamiento quirúrgico de la obesidad.

La problemática de la obesidad se presenta como un signo contemporáneo de dificultades en la dinámica de alienación y separación al Otro, como lo muestran Recalcati (2003) y Cosenza (2019); por este motivo, la intervención quirúrgica no puede tocar hasta este punto el problema, queda siempre pendiente una posición respecto a este tema, dejando aún de lado en los tratamientos actuales un lugar sumamente necesario y pertinente para una solución diferente.

Conclusiones y sugerencias

A nuestro entender, el proceso de apropiación, construcción de identidad mediante la experiencia corporal y en particular de la resultante de una intervención bariátrica, implican integrar entre otras dimensiones del relato único y privado que sustentan al cuerpo simbólico, como una herramienta puesta al servicio del tratamiento. Esto supone su inclusión desde las entrevistas de preparación y evaluación de cirugía, hasta el proceso de acompañamiento post quirúrgico, de manera independiente a la necesidad en algunos de, además, contar con un tratamiento psicoterapéutico específico orientado a consolidar los cambios, tal como señalan las investigaciones. En definitiva, se

apunta a reintroducir las tres dimensiones del cuerpo comentadas favoreciendo estabilizar los logros terapéuticos desde el punto de vista del peso corporal clínicamente esperado. Desconocer esta situación puede estar a la base de los efectos emocionales no deseados e inesperados: trastornos del ánimo, ideación e intentos suicidas, disconformidad con la imagen corporal obtenida, etc.

El psicoanálisis puede aportar una lectura más compleja de la relación del sujeto con su cuerpo, tanto en la constitución como en la apropiación de él, que estará afectada por dimensiones que exceden lo orgánico. Por un lado, debido al lugar simbólico que toman los propios alimentos, que apuntan a la relación siempre difícil que expresa la obesidad, pero más allá de eso, la propia relación con el Otro atraviesa toda la problemática de la “solución obesidad”.

Incorporar estas nociones pueden ayudar el tratamiento desde una visión más global que ofrezca lecturas suplementarias, ampliando marcos comprensivos y posibilidades de respuestas, siempre desde la singularidad del caso, siempre y cuando la palabra del sujeto pueda ser incluida.

Referencias

- Alemán, J. (2016). *Horizontes neoliberales en la subjetividad*. Grama.
- Amigo, S. (2007). *Clínicas del cuerpo: lo incorporal, el cuerpo, el objeto a*. Homo Sapiens.
- Baile, J. y González, M. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *An. Sist. Sanit. Navarr*, 34(2): 253-261. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000200011>
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Chil. Neuro-Psiquiat*, 48(4): 319-334. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500007>
- Benítez, J., Moreno, M. y Ramírez, A. (2012). Evaluación psiquiátrica de pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Revista Anales de la Facultad de Ciencias Médicas [Internet]*, 45(2): 91-97. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492012000200008&lng=es&tlng=es
- Bilbao, R. (2015). Constitución de un cuerpo: imposibilidades de apropiación. En D. Mundaca (Ed.), *Un espacio a las aventuras del cuerpo*, estu-

- dios interdisciplinarios sobre historicidad del cuerpo* (págs. 208-223). Al aire Libro.
- Bilbao, R. (2016). Bypass del cuerpo simbólico. Algunas consideraciones psicológicas de las cirugías bariátricas en obesidad mórbida. *Revista Psicoperspectivas*, 15(2): 5-15. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue2-fulltext-808>
- Bilbao, R. (2017). Selfie y pulsión escópica. [Internet]. *Coencuentros. Pensamiento, Arte y Cultura*. <https://coencuentros.es/selfie-pulsion-escopica/>
- Bueno, J. (2012). Ecos del deseo en el cuerpo, el enigma de la autoinmunidad. *Affectio Societatis*, 9(17): 2-13. <https://doi.org/10.17533/udea.affs.14053>
- Bustamante, F., Williams, C., Vega, E. y 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>
- Cavalcante, L. (2004). El cuerpo en la contemporaneidad y la clínica psicodinámica. *Terapia Psicológica*, 22(2): 171-176. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_serial&lng=es&pid=0718-4808
- Carrasco, D., Appलगren, D., Nuñez, J. y 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>
- Cosenza, D. (2019). *La comida y el inconsciente*. NED Ediciones.
- Eidelsztein, A. (2008). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan, Vol. I*. Letra Viva.
- Eidelsztein, A. (2015). *Otro Lacan: Estudio crítico sobre los fundamentos del psicoanálisis lacaniano*. Letra Viva.
- Fernández de Mosteyrín, T., García-Camba, E. y Mancha, A. (2011). Evaluación en pacientes con obesidad mórbida incluidos en el programa Cirugía Bariátrica del Hospital Universitario de la Princesa Madrid. *Psiquiatría.com*, 15. <http://psiqu.com/1-6894>
- Freud, S. (1999/1893-1895). Estudios sobre la histeria (Breuer y Freud). En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry (Trad.). *Obras Completas* (Vol. II, págs. 198-249). Amorrortu.
- Freud, S. (1999/1920). Más allá del principio de placer. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry (Trad.). *Obras Completas* (Vol. XVIII, págs. 60-62). Amorrortu.
- Freud, S. (2000/1905[1901]). Tres ensayos de teoría sexual. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry (Trad.). *Obras Completas* (Vol. VII, págs. 157-188). Amorrortu.
- Freud, S. (2000/1923). El yo y el ello. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry (Trad.). *Obras Completas* (Vol. XIX, págs. 30-40). Amorrortu.

- Hueso Holgado, H. y Cuervo Díaz, F. (2016). Psicoanálisis, ¿ciencia o pseudo-ciencia? De Popper a Ricoeur, y de Freud a Modell. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 36(129): 103-119. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352016000100007
- Gault, J. L. (2000). La Relación del cuerpo y del espíritu. En *Estudios psicoanalíticos: Lacan y el pensamiento anglosajón* (págs. 159-166). EOLIA: Miguel Gómez Ediciones.
- Harari, R. (2012). *¿Qué dice del cuerpo nuestro psicoanálisis?* Letra Viva.
- Hoyos, J. (2015). Cirugías ortognáticas: Ortopedia de la imagen y pacificación de la mirada. *Affectio Societatis*, 12(22): 1-14. <https://doi.org/10.17533/udea.affs.21370>
- Lacan, J. (1953). Lo simbólico, lo imaginario y lo real. <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/lacanterafreudianaajaqueslacanseminario22.html>
- Lacan, J. (1975). Conferencias y charlas en universidades norteamericanas. <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/lacanterafreudianaajaqueslacanconferenciasfrances.html>
- Lacan, J. (2002a). La ciencia y la verdad. En *Escritos 2* (págs. 813-822). Siglo Veintiuno Editores.
- Lacan, J. (2002b). Posición del inconsciente. En *Escritos 2* (págs. 789-795). Siglo Veintiuno Editores.
- Lacan, J. (2002c/1974-1975). *El seminario de Jacques Lacan, Libro 22: RSI, Inédito*. (Clase 10, 22 de abril 1975). Versión Crítica Ricardo E. Rodríguez Ponte.
- Lacan, J. (2006/1975-1976). *El seminario de Jacques Lacan, Libro 23: El sinthome*. Paidós.
- Lacan, J. (2007/1964). *El seminario de Jacques Lacan, Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (2008/1955-1956). *El seminario de Jacques Lacan, Libro 3: Las psicosis*. Paidós.
- Lagada, R. (1996). Hermenéutica y psicoanálisis. En *Estudios psicoanalíticos: Imaginario y lógica colectiva*. EOLIA.
- Laurent, E. (2015). Se habla de cuerpo. Entrevista a Eric Laurent [Internet]. *Psicoanálisis Inédito* [blog]. <http://www.psicoanalisisinedito.com/2015/09/eric-laurent-se-habla-del-cuerpo-2015.html>
- Le Breton, D. (2012). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión.
- Leiva, M., Fuentealba, C., Boggiano, C., Gattas, V., Barrera, G. y 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. y Rodríguez, M. (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico de*

- la Universidad de Chile, 16(4): 282-288. [https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/Aspectos%20psiqui%C3%A1tricos%20psicol%C3%B3gicos%20del%20paciente%20obesom%C3%B3rbidoDenisse%20Montt%20S.\(1\),%20Alejandro%20Koppmann%20A.\(2\),%20Mariela%20Rodr%C3%ADguez%20O.\(3\).pdf](https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/Aspectos%20psiqui%C3%A1tricos%20psicol%C3%B3gicos%20del%20paciente%20obesom%C3%B3rbidoDenisse%20Montt%20S.(1),%20Alejandro%20Koppmann%20A.(2),%20Mariela%20Rodr%C3%ADguez%20O.(3).pdf)
- Morales Vázquez, M. y García Valdez, R. (2017). Del exceso y la configuración de un cuerpo desbordado por su peso. *Affectio Societatis*, 14(27): 88-105. <https://doi.org/10.17533/udea.affs.v14n27a05>
- Murillo, M. (2011). La hipótesis de los tres registros -Simbólico, Imaginario, Real- en la enseñanza de J. Lacan. *Anuario de Investigación Facultad de Psicología, XVIII*: 123-132. <http://www.psi.uba.ar/investigaciones.php?var=investigaciones/revistas/anuario/antiores/anuario18/trabajo.php&id=573>
- Nasio, J. D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Paidós.
- Olgún, P., Carvajal D. y Fuentes M. (2013). Patología psiquiátrica y cirugía bariátrica. *Rev. Chil. Cir.*, 67(4): 441-447. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262015000400016>
- Orozco Guzmán, M. (2011). Del síntoma en el cuerpo al cuerpo como síntoma. *Affectio Societatis*, 8(15): 2-18. <https://doi.org/10.17533/udea.affs.10789>
- Pérez, E., De la Torre, M., Tirado, S. y Van-der Hofstad, R. (2011). Valoración de candidatos a cirugía bariátrica: descripción del perfil sociodemográfico y variables psicológicas. *C. Med. Psicossom.*, 9: 29-40. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3781325>
- Pérez, J. y Gastañaduy, M. (2005). Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles del Psicólogo*, 26(90): 10-14. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77809002>
- Piñera M. J., Arrieta F. J., Alcaraz-Cebrián F., Botella-Carretero J. I., Calañas A., Balsa J. A., et al. (2012). Influencia de la pérdida de peso en la evolución clínica, metabólica y psicológica de los pacientes con sobrepeso u obesidad. *Nutr. Hosp.*, 27(5): 1480-1488. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.5.5802>
- Pompa, E., Cabello, M. y García, W. (2016). La imagen del cuerpo como imaginario plasmado por pacientes con obesidad mórbida. *Imagonautas*, 8: 1-26. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/477581>
- Rabinovich, D. (1995). Lo imaginario, lo simbólico y lo real. Clase del 22 del 06 de 1995 para la Escuela Francesa de Psicoanálisis. http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/electivas/francesa1/material/Lo%20simbolico%20lo%20imaginario%20lo%20real.pdf

- Recalcati, M. (2003). *Clínica del vacío: Anorexias, dependencias, psicosis*. Síntesis.
- Rojas, C., Brante, M., Miranda, E. y 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>
- Ríos, B., Gimeno, S., Stropa, M., Barros, C., Silva, M., Antor, M., et al. (2014). I Consenso latinoamericano sobre el manejo psicológico en cirugía bariátrica. *BMI | Bariátrica y Metabólica Ibero-Americana*; 4(1): 163-167.
- Ríos, B., Sánchez, M., Guerrero, M., Pérez, D., Gutiérrez, S., Rico, M., et al. (2010). El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica. *Cirujano General Letters*, 32(2): 114-120. <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cg102i.pdf>
- Rocha, L., Vilhena, J. y Whilena N. J. (2009). Obesidad mórbida: Cuando el comer va mucho más allá del alimento. *Psicologia em Revista*, 15(2): 77-96. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000200006&lng=pt&tlng
- Salazar-Maya A. M. y Hoyos-Duque T. N. (2017). En busca de la imagen corporal deseada después de la cirugía bariátrica. *Enferm. Univ*, 14(1): 28-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.12.002>
- Sierra, M. (2013). El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de cirugía bariátrica. *Interdisciplinaria*, 30(2): 191-199. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18029870001>
- Silva C. & Faro, A. (2015). Significações relacionadas à cirurgia bariátrica: Estudo no pré e pós-operatório. *Salud & Sociedad*, 6(2): 156-169. <http://dx.doi.org/10.22199/S07187475.2015.0002.00004>
- Silvestre, D. (1995/1987). Acerca del estatuto del cuerpo en psicoanálisis. En *Estudios de psicósomática* (págs. 37-44). Atuel.
- Tendlarz, S., Oldecop, A.M., Donghi, A., Silva, M.B., Rodríguez, O. y 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, Universidad de Buenos Aires]. <https://www.academica.org/000-020/719.pdf>
- Uribe, J. (2009). Tres cuerpos y un solo goce verdadero. *Affectio Societatis*, 6(10): 1-16. <https://doi.org/10.17533/udea.affs.5312>
- Villaseñor, S., Ontiveros, C. y Cárdenas, K. (2006). Salud mental y obesidad. *Revista Investigación en Salud*, 8(2): 86-90. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14280205>