

Psicoprofilaxis quirúrgica en niños: una lectura psicoanalítica en contexto hospitalario.

Sotomayor, Solana.

Cita:

Sotomayor, Solana (2025). *Psicoprofilaxis quirúrgica en niños: una lectura psicoanalítica en contexto hospitalario. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/445>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/WYC>

PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA EN NIÑOS: UNA LECTURA PSICOANALÍTICA EN CONTEXTO HOSPITALARIO

Sotomayor, Solana

Hospital de Pediatría "Prof. Dr. J. P. Garrahan". Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Este trabajo surge de la experiencia clínica en el Hospital de Pediatría Garrahan, en el marco de una beca en el Servicio de Salud Mental. Se aborda la intervención prequirúrgica desde una perspectiva psicoanalítica, en casos en que el tratamiento incluye una enucleación a veces con pérdida total de la visión. A partir de la pregunta “¿Cómo alojar y poner en palabras aquello que irrumpe como trauma en el cuerpo de un niño?”, se despliega una reflexión teórico-clínica sobre la pérdida corporal en la infancia, sus efectos psíquicos y posibilidades de tramitación subjetiva.

Palabras clave

Psicoprofilaxis - Quirurgica - Juego - Cuerpo - Psicoanálisis

ABSTRACT

SURGICAL PSYCHOPROPHYLAXIS IN CHILDREN: A PSYCHOANALYTIC READING IN A HOSPITAL CONTEXT

This work arises from clinical experience at the Garrahan Children's Hospital, within the framework of a fellowship in the Mental Health Service. It addresses pre-surgical intervention from a psychoanalytic perspective, in cases where treatment includes enucleation, sometimes with total loss of vision. Starting from the question “How to accommodate and put into words that which erupts as trauma in a child's body?” a theoretical and clinical reflection on bodily loss in childhood, its psychological effects, and possibilities for subjective processing is developed.

Keywords

Psychoanalysis - Play - Surgical intervention - Body

— Tía, háblame: tengo miedo porque está muy oscuro.
— ¿Qué ganas con eso? De todos modos no puedes verme.
— No importa, hay más luz cuando alguien habla.

Sigmund Freud

Freud, 1905, (pp. 204-205)

INTRODUCCIÓN

La elaboración del presente escrito decanta de mi experiencia clínica en el Htal. De Pediatría Prof. Dr. J. P. Garrahan como becaria en el servicio de Salud Mental de dicho efecto, me interesa poder compartir con ustedes en esta oportunidad una pregunta que me acompañó a lo largo de ese tiempo en el hospital, la cual retornaba en los pliegues de mi práctica cotidiana, especialmente en aquellos momentos donde el dolor se vuelve visible, palpable, ineludible.

Durante el transcurso de mi experiencia en dicho hospital, he tenido la oportunidad de acompañar tanto a niños y adolescentes y sus respectivas familias, en el curso de una enfermedad oncológica y posterior indicación de una intervención quirúrgica la cual implica, no siempre, la pérdida de una parte de su cuerpo (amputación, enucleación). En ese contexto, donde el médico avanza con la urgencia de salvar vidas, se despliegan también escenas intensas y complejas en lo psíquico, donde el tiempo, el cuerpo y la subjetividad se ven conmovidos de forma radical. Este trabajo no busca ofrecer respuestas acabadas ni protocolos aplicables. Por el contrario, surge como una reflexión abierta, como un intento de nombrar, interrogar y elaborar algunos de los efectos que estas experiencias tienen para los niños y adolescentes, sus familias, y también para quienes los acompañamos. Me interesa entonces pensar, desde el psicoanálisis, qué ocurre en el psiquismo infantil cuando lo real irrumpe en forma de pérdida corporal. ¿Cómo incide en la constitución del cuerpo y del yo? ¿Qué lugar puede tener la palabra, el juego, la transferencia, frente a aquello que parece no tener forma ni sentido? ¿Cómo acompañar a nuestros pacientes en el atravesamiento por las distintas vicisitudes que su realidad orgánica les plantea?

DESARROLLO

El cuerpo en constitución: Del organismo al cuerpo

Desde una perspectiva psicoanalítica, el cuerpo del niño no puede reducirse a una entidad puramente biológica. El cuerpo es una construcción, una superficie simbólica e imaginaria que se constituye en la relación con el Otro. Ahora bien: ¿Qué lugar tiene el otro –su mirada, su voz, su caricia– en el armado del cuerpo?, ¿por qué afirmar que el cuerpo se construye? Hablamos del organismo al cuerpo; pues la estructuración del sujeto no es sin lo biológico, se parte de un organismo pero es

en relación a otro que se va construyendo, es decir; lo biológico es una condición necesaria pero no es suficiente para lograr la complejización psíquica. No nacemos con un cuerpo en el sentido psíquico del término; nacemos con un organismo, que solo deviene cuerpo en tanto entra en el campo del lenguaje, de la mirada y del deseo del Otro.

Freud, En *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), introduce la noción de zonas erógenas para describir cómo ciertas partes del cuerpo devienen centros de placer a partir del recorrido de la pulsión. Estas zonas no están predeterminadas biológicamente, sino que el cuerpo se erogeniza, se fragmenta y se unifica en función del deseo. De este modo, el cuerpo se constituye como campo de investidura libidinal y no tan solo como un dato anatómico estable.

Lacan (1956-57) en el Seminario 4, nos plantea que el cuerpo está compuesto por tres registros: lo real, lo imaginario y lo simbólico. El cuerpo imaginario es aquel que se consolida en el "estadio del espejo" (Seminario 1- 1953-54), donde el niño, se reconoce por primera vez en una imagen unificada del cuerpo. Este reconocimiento es anticipado, y se realiza con el auxilio de la *mirada del Otro*, quien confirma esa imagen y permite la identificación con un "yo" que aún no está del todo consolidado. Pero no todo puede ser simbolizado o imaginado: hay un resto que escapa, una dimensión de lo real del cuerpo, que se hace presente sobre todo en el dolor, la enfermedad, o tratamiento radicales que conllevan pérdidas definitivas de funciones y/o partes del cuerpo. Ese real del cuerpo interrumpe la unidad imaginaria y puede hacer agujero en la constitución subjetiva si no es acompañado de alguna elaboración posible.

En este sentido, cuando un niño se encuentra frente a la posibilidad de perder una parte de su cuerpo —antes incluso de haberlo simbolizado o integrado del todo—, se pone en juego no solo la vivencia de pérdida sino también una amenaza a la propia constitución subjetiva.

El cuerpo que está en vías de constituirse es también un cuerpo que se inscribe en el deseo de los otros, y cuya imagen aún es frágil. Freud elabora la teoría de la angustia de castración, principalmente, en su texto "Inhibición, síntoma y angustia" de 1926. En este texto, Freud presenta la angustia como una señal de alarma interna que el yo siente ante un peligro, siendo la castración uno de esos peligros.

Françoise Dolto, en *La imagen inconsciente del cuerpo* (1984), profundiza este planteo al afirmar que la imagen del cuerpo es una construcción inconsciente en permanente elaboración, influida por la palabra del entorno. Según Dolto, esta imagen corporal se forma por la interacción entre las sensaciones del cuerpo vivido y las significaciones que el niño recibe del lenguaje. Es una imagen afectiva, simbólica, nunca objetiva. "La imagen inconsciente del cuerpo es el modo en que el sujeto vive su cuerpo a nivel simbólico, afectivo, relacional. No es el cuerpo como lo ve el espejo, sino como lo siente y lo imagina". (p. 356) A través de sus conceptos de esquema corporal e imagen del

cuero remarcó la importancia del otro en la constitución de un cuerpo. Por esquema corporal esta autora establece que se trata de lo que especifica al individuo como representante de la especie humana; este esquema que es el mismo para todos. A diferencia del esquema, la imagen del cuerpo es propia de cada uno, está ligada al sujeto, a su historia.

Piera Aulagnier, en *La violencia de la interpretación* (1975), introduce la noción de "contrato narcisista", en el cual el niño se inscribe en un proyecto parental previo a su nacimiento. El cuerpo, entonces, es parte de ese proyecto, investido por los deseos del Otro. La alteración de ese cuerpo (por enfermedad, amputación o malformación) puede representar una fractura del contrato narcisista, afectando profundamente el proceso de identificación y constitución del yo. La autora nos dirá al respecto "*El niño recibe de sus padres no solo un cuerpo físico, sino un cuerpo representado, cargado de significaciones, de expectativas, de investiduras que lo preceden*". (p. 23)

Es por ello que en edades tempranas, cuando el desarrollo psíquico, social y corporal está en plena construcción, estas experiencias pueden afectar significativamente la forma en que el niño se percibe a sí mismo y es percibido por los otros. La pérdida de un miembro o parte del cuerpo luego de atravesar una cirugía no conservadora, incluso cuando es reemplazado por una prótesis estética, puede vivirse como una alteración de la integridad corporal, debemos tener presente que nuestros pacientes se encuentran en vías de construcción de su imagen corporal.

La irrupción de lo real: cirugías no conservadoras en la infancia

Cuando un niño es confrontado con la pérdida de una parte de su cuerpo a través de una intervención quirúrgica, se produce una intrusión de lo real que excede las posibilidades simbólicas e imaginarias de anticipación y representación. Lo que se pierde no es sólo un órgano, un miembro o un ojo, sino también una parte de la imagen corporal en vías de constitución, y con ello, algo de la unidad yoica que recién comienza a establecerse. En la infancia, donde el cuerpo aún no está consolidado subjetivamente, una intervención de tales características representa un momento movilizante.

Lacan define lo real como "*lo que no cesa de no escribirse*", aquello que escapa a la simbolización y retorna en lo traumático (Seminario 11, 1964). La experiencia de una amputación o enucleación en un niño representa una irrupción de este orden de lo real: un agujero en el tejido simbólico que sostiene la subjetividad. No se trata solo de dolor físico o de ausencia funcional, sino de una herida en la trama de sentido, que a menudo es innombrable.

Desde Freud, el concepto de Trauma implica una sobrecarga de excitación que el aparato psíquico no logra tramitar. En *Más allá del principio del placer* (1920), nos señala que el trauma se produce cuando un acontecimiento rompe la protección antiestímulo del aparato y deja una huella que no puede ligarse.

El trauma no es tanto el evento en sí, sino la imposibilidad de simbolizarlo.

En este contexto, una intervención quirúrgica no conservadora puede vivirse como traumática si el niño no cuenta con recursos simbólicos suficientes para darle sentido a lo que ocurre. En consecuencia el trabajo clínico no puede reducirse a una "preparación informativa", sino que debe abrir un espacio donde el niño pueda comenzar a poner en palabras, en juego o en dibujo algo de aquello que, por estructura, es en parte innombrable. Así, el trabajo con estos pacientes no puede centrarse únicamente en una anticipación racional del procedimiento médico. Además es necesario intervenir allí donde el cuerpo aún se está armado como imagen y como sentido, ayudando a bordear lo real de la pérdida con palabras, juegos, metáforas, dibujos, fantasías.

VIÑETA CLÍNICA

Conozco a Joaquín de 6 años de edad, cuando fue derivado al servicio de Salud Mental, ya que tenía programada una cirugía en los próximos días, pero esta no era cualquier cirugía, Joaquín enfrentaba la recaída de su enfermedad de base, un retinoblastoma. El paciente ya había sido enucleado de su ojo derecho cuando tenía aproximadamente dos años de edad, es decir que ante la progresión de su enfermedad, la alternativa que encontraba el equipo era la enucleación de su otro ojo, lo cual implicaba que el niño posterior a la intervención quirúrgica iba a quedar no vidente. Ante toda esa información, me preguntaba ¿Cómo acompañar un niño para tal intervención?

Los primeros encuentros con Joaquín en la etapa prequirúrgica, estaban colmados de energía, era un niño muy inquieto, curioso, activo, desplegaba escenas lúdicas con camiones, autos, motos, los medios de transporte suscitaban gran interés en él. Este despliegue de juegos, risas y travesuras se detenían cuando se intentaba abordar la cirugía que tenía prevista para las próximas semanas, punto de detenimiento el cual fue respetado y no invadido, ya que nos marcaba una franca barrera la cual todavía no estaba aún en condiciones de ser franqueada. Fue así como, se iniciaron una serie de encuentros casi diarios tanto con el paciente como con su familia.

Estos encuentros fueron preparando el camino para ir trabajando donde mediante el juego comenzó aemerger que estos autos se encontraban enfermos y necesitaban ir al médico para ser curados y atendidos, Joaquín quien oficiaba de Dr. fue entrando en contacto con material descartable y jugando ser el doctor de sus autos, camiones y motos.

Un día en la búsqueda de juguetes con los cuales jugar dentro del consultorio, Joaquín encontró unos ojos los cuales tomaron un protagonismo inusitado dentro del consultorio. El niño comenzó a ponérselos y sacárselos como un antifaz y nos pedía a nosotras jugar con los mismos, esto posibilitó poder conocer qué comprensión tenía el niño de la información que había sido brindada tanto por el equipo médico como por su familia acerca

de su cirugía. En concreto jugaba a perder y ponerse de manera espontánea estos ojos de juguetes, me preguntaba si esto no era una manera de poder simbolizar la pérdida a la cual iban a enfrentarse en los próximos días.

El abordaje no se centra tan solo en el niño, sino también se incluye a su familia, quienes desempeñan un rol fundamental en el acompañamiento y preparación del niño, entrevistas familiares, entrevistas vinculares con el niño y su familia. Unos días previos a la fecha quirúrgica la familia solicita si la misma podría ser reprogramada ya que, les gustaría viajar a Mar del Plata para que Joaquín pudiera conocer el mar y los delfines, deseo manifestado por el propio niño.

Se trabaja junto con el equipo de Oftalmología sobre este pedido de la familia, se contempla que dadas las circunstancias de encontrarse frente a una cirugía radical, resultaba esperable que la familia de lugar a los deseos previos a la pérdida de visión total del niño, destacando que dar lugar al mismo también podría favorecer el proceso de elaboración posquirúrgica. El equipo médico accede al pedido de la familia, no sin antes aclarar la necesidad de la cirugía a corto plazo. Destaco en este punto la importancia coordinar acciones en tanto equipo interdisciplinario de salud, teniendo presentes también las necesidades emocionales tanto del niño como de su familia.

Finalmente el niño conoció el mar en compañía de su familia, quienes con mucho esfuerzo y sacrificio pudieron concretar ese viaje fugaz que quedaría grabado en los recuerdos de esta familia. Un día previo a la cirugía el niño me manifestó angustiado que no iba a poder ver el mar nuevamente, a lo que yo respondí que no, pero que eso no significaba que no iba a poder volver y sentirlo de otra manera, sorprendido me preguntó pero ¿Cómo?, le respondo que mediante sus otros sentidos, iba a poder sentir la arena caliente, iba a poder escuchar el sonido del mar, mientras escuchaba muy atentamente el niño agregó que no iba a estar solo sino que iba a poder volver con su familia y hermanos para revivir estos recuerdos.

En los encuentros posteriores de seguimiento posquirúrgico imperaba en Joaquín la necesidad del contacto físico, en el niño no dejaba de sorprendernos su capacidad de poder sobreponerse a la situación atravesada, si bien durante las primeras semanas posteriores a la cirugía, la familia del paciente había manifestado que observaban cambios en su conducta tales como: pedir upa de manera recurrente, solicitar que no se lo dejé solo en ningún momento, con el correr del tiempo Joaquín pudo ir asimilando su nueva realidad.

La fase posquirúrgica se caracteriza por este trabajo de duelo que el paciente y su familia deberán transitar. Queda por delante un largo camino en el cual el niño pueda mediante el trabajo de elaboración, reinvestir esa parte del cuerpo que se perdió, habiendo previamente podido desinvestir la misma. En palabras de Priscila Ferreira Friggi *"Este cuerpo con nuevos contornos debe ser nuevamente erogenizado e investido de manera que la imagen de uno mismo y del narcisismo se restructure"*. (p. 7)

REFLEXIONES FINALES

Cada niño llega a la escena hospitalaria con su propia historia, recursos psíquicos y maneras singulares de preguntar, callar, jugar o rechazar. Acompañar una cirugía en la infancia implica intervenir allí donde el cuerpo y la imagen del yo aún están en constitución, en un tiempo en el que la pérdida puede inscribirse como una “marca real” sin representación simbólica ni soporte en el Otro.

En este contexto, el entorno familiar y los profesionales cumplen una función estructurante: nombrar, simbolizar, ofrecer un sostén que permita alojar algo de lo que ocurre. Bordear lo real con recursos simbólicos —palabras, relatos, dibujos, silencios— que no buscan evitar el dolor ni explicarlo racionalmente, sino ofrecer una presencia que haga posible la subjetivación de la pérdida. Es decir, la anticipación psíquica no es lo mismo que la médica: la primera implica abrir un espacio para lo que el niño pueda decir, jugar o callar frente a lo que aún no ha ocurrido, pero ya comienza a habitarlo. Desde nuestra posición, uno no pretende saturar de sentido, sino posibilitar que el niño construya una escena representable de lo que está por sucederle, a su modo y en sus tiempos.

En estos escenarios, lo clínico y lo ético no se disocian. La intervención analítica es ética en sí misma, porque se opone a la lógica de la homogeneización, al silencio, y apuesta por la singularidad de cada niño como sujeto deseante, hablante, en constitución. Esta clínica no se agota en el niño: incluye también a su familia, a los equipos de salud y al entorno hospitalario.

Para finalizar espero que este trabajo haya sido una invitación a repensar nuestro lugar como profesionales de Salud Mental en contextos hospitalarios, donde lo subjetivo corre el riesgo de ser eclipsado por la urgencia médica, nos vemos entonces convocados a reinventar nuestra práctica, a sostener, incluso en los márgenes y en los contextos más adversos, un espacio para el deseo, lo inesperado y lo inefable. Retomando la frase de Freud leída al comienzo, diría que si bien “hay más luz cuando alguien habla”, agregaría que también cuando alguien más nos escucha, aloja, sostiene.

BIBLIOGRAFÍA

Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrtortu.

Dolto, F. (1994). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.

Freud, S. (1895). *Proyecto de una psicología para neurólogos*. En *Obras completas* (Vol. I). Buenos Aires: Amorrtortu.

Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. En *Obras completas* (Vol. XVIII). Buenos Aires: Amorrtortu.

Freud, S. (1923). *Inhibición, síntoma y angustia*. En *Obras completas* (Vol. XX). Buenos Aires: Amorrtortu.

Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. En *Obras completas* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrtortu.

Lacan, J. (1966). *Escritos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores (edición en español, 1971).

Lacan, J. (1953-1954). *El seminario, Libro 1: Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Paidós (edición en español, 1981).

Miranda, C. (2017) Presentación del número especial de Salud Mental. Revista Medicina infantil. Volumen XXIV - Número 2. p 163.

Moreno, F., & Farberman, D. (2022). *Manual de psicooncología pediátrica* (1^a ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer. Libro digital, PDF.