



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo integrador final

Ensayo

**“Hay un elefante en la pre-anestesia: una lectura de la escena
pre-quirúrgica desde las coordenadas del trauma y la
angustia”**

Autora: Patricia Tejeda

T-0506/1

Docente responsable: Sandra Pellicore

2020

Agradecimientos

A mi compañero de vida, Juan Héctor, el colorado, por sostenernos en el amor
A mi viejo por poner siempre una ficha a mi favor

A mi vieja por volver
A mi hermana Raquel por el tiempo juntas
A mi oyente cómplice y hermana de la vida, Susi Comi
A mis interlocutores, Mauro Eyra y Sandra Pellicore, por devolverme una lectura amorosa y respetar mis tiempos
A mis compañeras de laburo, que de una forma particular propiciaron que hoy llegue al final de este camino
A las maestras y maestros que han y me han marcado un camino
A los y las compañeras de Haeresis por ser el sostén en mi formación como analista
A los y las compañeras de la facultad por los lazos construidos más allá de ese tiempo

Este escrito propone, desde la perspectiva del psicoanálisis, una aproximación a los avatares de la cirugía pediátrica y a la complejidad que ello supone. El desarrollo de las nociones de trauma y angustia permiten pensar el orden de fenómenos que pueden hacerse presentes a la hora de anestesiarse a un niño o niña. A partir de allí se sostiene que, una intervención sobre el cuerpo biológico, conmueve la dimensión subjetiva. Se propone el trabajo de la angustia desde la palabra, permitiendo la inscripción del suceso en otro orden. Se sostiene que una de las formas de estar preparado para una cirugía es contar con elementos simbólicos e imaginarios que posibiliten el tejido de una red que contenga al sujeto.

Se aportan elementos para pensar el armado de la escena que se hace visible en la sala de pre-anestesia. Con la introducción del jugar y la fantasía se sostiene que el armado de otra escena es posible. Se propone para ello habilitar un espacio lúdico al interior de un efector de salud.

Se hace referencia *al saber sobre eso* de la psicoprofilaxis quirúrgica para pensar la pertinencia del discurso psicoanalítico, que supone *un saber hacer allí*.

Palabras clave: cirugía pediátrica, angustia, trauma, escena.

Índice

Introducción.....	p. 5
Desarrollo.....	p. 7 ~El
acto quirúrgico y el trauma-tismo. Lo real de la biología y la angustia..	p. 7
~La escena pre-quirúrgica. El jugar y la fantasía.....	p. 11
Conclusiones.....	p. 15
~Otro armado de la escena es posible. Una apuesta	p. 15
Referencias bibliográficas.....	p. 17

Introducción

Un hecho imprevisto, repentino, rompe con la cotidianeidad de una familia: un diagnóstico quirúrgico. ¿Qué supone eso?

Mamá y papá van a un médico, o a una médica, derivados por otro profesional de la salud porque a su hijo o hija algo le sucede, algo que no puede ser resuelto con una pastillita, algún paño frío o ejercicios. La visita al cirujano, o cirujana, anuncia algo. Éste, o ésta, lee un signo en el cuerpo. Devela en su opacidad algo que no anda y que debe ser arreglado. Por lo tanto, hay un real en la biología de este hijo o hija que no funciona,

que falla.

Un niño o niña, cualquiera sea su edad, debe ser operado u operada, su cuerpo intervenido quirúrgicamente, y en ese instante algo comienza a existir. Primero es minúsculo, casi imperceptible. Con el correr de los días, los estudios y la aproximación de la fecha designada, comienza a crecer en el seno mismo de esa familia. Esto no siempre sucede, pero cuando sí, las dimensiones que cobra son monumentales.

Sabemos que en una intervención quirúrgica aquél o aquella al que deben operar pone el cuerpo. Y, en la cirugía pediátrica, es un niño o niña quien lo hace. Nos preguntamos qué supone esto para él o ella, pero, también, para su mamá y papá.

Visita pre-anestésica, con estudios pre-quirúrgicos. Indicaciones: 8 horas de ayuno, baño con pervinox. ¿Antecedentes familiares de alguna complicación con la anestesia? ¿Alguna pregunta?

La preparación para el día designado por la institución: órdenes de internación autorizadas, carnet de la obra social, el plus médico. Ahora pasen por la sala A. La enfermera les recibe: temperatura corporal, peso, estudios previos, pre-medicación.

Tantos pasos previos, tanta preparación, y sin embargo ¿se puede estar preparado/a para el acto quirúrgico?

Ya están ahí, en la sala de pre-anestesia. Eso minúsculo creció y ahora tiene el tamaño de un elefante que entra con la familia y el niño o la niña y ocupa todo el espacio, aplasta, asfixia. Llanto, gritos, desmayos, miedos a veces verbalizados, irrumpen en el silencio sanatorial y fracturan lo impoluto. ¿Qué son todas esas manifestaciones?, ¿a qué responden?

Los médicos y las médicas tratan cuerpos humanos instrumentalizando sus saberes sobre la carne: cortan, coagulan, suturan. Curan ese cuerpo. Cabe preguntarse, entonces, qué hacer con el elefante, y quién o quiénes pueden hacer algo con él.

El diagnóstico quirúrgico, cuando puede ser realizado, anuncia algo que es del orden de lo ineludible en la mayoría de los casos. Una vez enunciado, lo próximo que debería acontecer es la cirugía, es decir, el tratamiento de la lesión corporal por la práctica médica, el acto quirúrgico. Dependiendo de la patología a tratar, el médico o la médica comunicará, también, un pronóstico.

Freud (2010a) dice que cualquier hecho que genera una perturbación a nivel del aparato anímico, sentida como un aumento de tensión, sin posibilidad inmediata de descarga, es un hecho traumático. No hay manera de prevenir que esto acontezca. Sin embargo, hay un elemento que funciona a modo de baliza y como defensa: la angustia.

La cirugía, entonces, puede ser vivida como un acontecimiento traumático. Dependiendo de cada sujeto, de las posibilidades subjetivas y materiales, el impacto que el procedimiento quirúrgico tendrá.

La manifestación clara de que el suceso es del orden de lo traumático se muestra en esa escena que se arma en las instancias previas al acto quirúrgico: la escena pre quirúrgica. Donde parecen combinarse miedos, desbordes de angustia, terrores.

Aquello que es específico del trabajo con niñas y niños supone, también, un trabajo con mamá, papá, parientes o quienes ejerzan este rol, pues están implicados en el *asunto*. Dejando en claro que no confundimos el sujeto con el individuo, sino que el

sujeto adviene en el discurso; es todas las posiciones subjetivas que hablan de ese asunto.

En este trabajo intentaremos centrarnos en la escena pre-quirúrgica, específicamente de la cirugía pediátrica, intentando una lectura desde las coordenadas del trauma y la angustia que nos aporta el psicoanálisis.

Aquí se sostiene que la escena pre-quirúrgica no es la situación que se da, estrictamente, en la pre-anestesia, en la medida en que una escena es una construcción

fantasmática, como lo más propio de un sujeto, y que la lectura de la misma implica, necesariamente, alguien que lee.

Desarrollo

El acto quirúrgico y el trauma-tismo. Lo real de la biología y la angustia En la introducción de este trabajo nos preguntamos qué supone que un hecho imprevisto rompa con lo cotidiano, y propusimos que un diagnóstico quirúrgico es algo ineludible en la mayoría de los casos. Dijimos que una vez enunciado el diagnóstico, lo próximo que

debería acontecer es el tratamiento de la lesión corporal por la práctica médica, el acto quirúrgico.

Esta práctica supone un traumatismo al cuerpo, pues corta, coagula, anexa, reemplaza, reduce, pero tiene como objetivo supremo arreglar, curar o sanar. Se opera sobre un cuerpo buscando la reparación, aunque ello soporte un traumatismo orgánico.

El éxito de la cirugía, para la práctica médica, depende, solamente, del abordaje pertinente y certero de la patología; no hay lugar allí para el sufrimiento humano, no hay lugar para un elefante.

Sabemos, desde Freud, que no podemos pensar la restauración de un cuerpo solamente apelando a lo orgánico, así como también que las causas de la enfermedad no sólo responden a una lesión fisiológica o a un agente patógeno. Las formas de enfermar y sanar están enlazadas a los modos de padecimiento subjetivo, como también a las maneras de tramitar esas vivencias.

En relación a la cirugía podemos aducir que no todo traumatismo sobre el cuerpo tiene la potencia de inscribir en el sujeto una vivencia traumática. Dependerá de la historia y de los recursos subjetivos otro tipo de inscripción, como también de las herramientas simbólicas e imaginarias que alguien pueda prestar a tal fin. Con ello queremos remarcar que es preciso que alguien acompañe el proceso que supone una cirugía, que aloje la palabra. Más adelante desarrollaremos esta idea.

Pensamos también que, aunque la inscripción de la vivencia será diferente para cada sujeto, hay algo de la escena pre-quirúrgica, de su entramado, que puede disparar una inscripción traumática, ya sea porque no hay atisbo de que el sujeto pueda vivenciar como peligrosa la situación, o bien porque, aunque pueda vivenciarla como peligrosa, no cuenta con los recursos para elaborarla. Pues:

¿Cuál es el núcleo, la significatividad, de la situación de peligro? Evidentemente, la apreciación de nuestras fuerzas en comparación con su magnitud, la admisión de nuestro desvalimiento frente a él, desvalimiento material en el caso del peligro realista, y psíquico en el del peligro pulsional. (...) Llamemos *traumática* a una situación de desvalimiento vivenciada; tenemos entonces buenas razones para diferenciar la situación traumática de la *situación de peligro*. (Freud, 2010b, p. 130).

Freud hilvana allí dos cuestiones; por un lado, el desvalimiento vivenciado que puede generar una situación traumática (digamos, que tiene la potencia de inscribir un trauma); y por otro, la situación de peligro, que se sustancia en la admisión por parte del sujeto de su inferioridad de fuerzas con respecto al peligro que lo acucia. Entendemos que la situación de peligro antecede a la vivencia traumática y que, incluso, protege contra ella. Ahora bien, ¿es lo único que protege? Más adelante retomaremos este punto. Podemos pensar esto como un proceso, que si no se dispara puede llevar al sujeto a quedar frente a una situación terrorífica, en la medida en que la situación lo toma por sorpresa.

Ante un acontecimiento como la cirugía, en donde se traza un corte con lo cotidiano, y es un hecho del cual no hay posibilidades de escapar, el sujeto podrá hacer otra cosa que vivenciarse desvalido. Podemos afirmar que hay otras formas de inscripción de la vivencia, además que traumática, si se acompaña el proceso, pues alguien que invite a hablar puede abonar la experiencia con material que permita al sujeto elaborar la situación de otra manera para no admitirse tan desarmado frente a un peligro, que en este caso es, francamente, externo, pero que, a simple vista, no podemos aducir

si también se corresponde con uno pulsional. De todos modos no vale la diferencia pues, tanto externo o pulsional, de este peligro, si bien se puede postergar, no hay posibilidades

de huida.

Por otro lado, y no por ello desarticulado del tema que lo precede, nos planteamos otra cuestión. La cirugía pediátrica devela que hay un real en la biología de un hijo o una hija que no funciona, que falla. Esto tiene, necesariamente, cierto impacto en mamá y papá. Porque:

El niño debe tener mejor suerte que sus padres, no debe estar sometido a esas necesidades objetivas cuyo imperio en la vida hubo de reconocerse. Enfermedad, muerte, renuncia al goce, restricción de la voluntad propia no han de tener vigencia para el niño, las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar ante él, y realmente debe ser de nuevo el centro y el núcleo de la creación. *His Majesty the Baby*, como una vez nos creímos. (Freud, 2010, p.88).

Evidenciamos en el tejido freudiano ciertos hilos que ofrecen claves de lectura. Por un lado, una posición por parte de la familia que supone cierta asunción de la realidad que puede ser tomada a *modo de desmentida*, puesto que suponer al hijo o hija en posición de excepción vela y al mismo tiempo denuncia su imposibilidad. Lo que no implica que no tenga un carácter estructurante y hasta necesario en la conformación del narcisismo del niño o la niña. Y, aunque nada ofrece garantías de que la descendencia no sufra, aún así se sostiene la creencia en que nada malo le sucederá. La fórmula que enuncia Mannoni “«Ya lo sé, pero aún así...»” evidencia el carácter de una *creencia*, “que puede ser abandonada y conservada a la vez” (Mannoni, 1990, p.10, 11).

Otra hebra de lectura nos permite suponer que *His Majesty the Baby*, „como una vez nos creímos”, no deja de estar fuertemente enlazado al narcisismo de los padres, y que la enfermedad de su progenie hace tambalear el edificio de su propio narcisismo. Quizá esto también explique la posición de desmentida, pues hay también cierto interés puesto allí, en reconocerse en esa criatura perfecta que es un hijo o hija, esa excepción a cualquier catástrofe que pudiera acontecer.

Freud hace hincapié, además, en la historia de los integrantes de una familia. Y si sucede que alguno de los progenitores conlleva un relato de enfermedad o muerte asociada a una cirugía o a una anestesia, la forma en que se inscribió esa situación tendrá injerencia en esta nueva vivencia. No podemos evitar que algo del trauma emerja ahora, pero podemos hacer lugar a que eso pueda decirse, posibilitando, quizá, otra forma de inscripción en el sujeto.

Sostener al niño o niña en esa posición no puede menos que generar angustia familiar, que cada integrante vivirá de forma diferente, cuando un diagnóstico devela la falla. Este elemento, introducido por el discurso médico, hace tambalear la ilusión del hijo/a ideal en que los padres sostienen al niño/a. Provocando la distancia irreparable entre hijo/a ideal e hijo/a real. Distancia que implica, por un lado, el desencadenamiento del duelo por el hijo/a ideal, en el mejor de los casos, y, por otro, una herida narcisista de los padres. Decir „se me vino el mundo abajo” es la metáfora pertinente para dar cuenta del arrasamiento subjetivo que provoca una situación como esta. Hablar sobre ello, contar lo que les sucede, *contando* con otro que aloje, permitirá reparar, rearmar el tejido subjetivo para poder acompañar al niño o niña desde un lugar menos sufriente.

Hagamos ahora el intento de hilvanar esos hilos de lectura con la angustia. Habíamos dicho que la situación de peligro es el paso previo a la situación traumática. La admisión por parte del sujeto de su inferioridad de condiciones con respecto a la situación actual dispara, de algún modo, un intento de resolución de la situación sentida como peligrosa, en la medida en que prepara para lo que está por venir. Conocemos que ese proceso en la naturaleza culmina con una de dos acciones, la lucha o la huida. A partir de esas acciones el animal se sustrae del peligro. Hay un valor de supervivencia puesto en

juego. En el ser humano, además de esto, se adiciona otro componente, la angustia. Freud en esto es claro y propone que para:

el desarrollo de la serie angustia-peligro-desvalimiento (trauma), podemos resumir: La situación de peligro es la situación de desvalimiento discernida, recordada, esperada. La angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento en el trauma, que más tarde es reproducida como señal de socorro en la situación de peligro. (Freud, 2010b, p. 156).

Entendemos, entonces, que la angustia tiene por función hacer de mojón a algo que está siendo sentido como peligroso. Allí funciona conjuntamente con la situación de peligro, la angustia es válida en la medida en que permite dar cuenta de que algo no anda bien, de que algo no va, siempre que no se metamorfosee en un elefante.

Ante las razones ya expuestas afirmamos que una cirugía puede provocar una señal de socorro sustanciada en la angustia. Una señal como algo a ser leído por el sujeto y proponemos que también por otro. Pues nos preguntamos hasta qué punto una madre y/o un padre pueden soportar la angustia, sin que esta se desborde o los desborde.

Si los desborda, toma al cuerpo y lo petrifica; el elefante allí los aplasta, pues se transforma en un afecto paralizante que la aproxima al terror. Sabemos por Freud que hay una diferencia sustancial entre angustia, miedo y terror:

La angustia designa cierto estado como de expectativa frente al peligro y preparación para él, aunque se trate de un peligro desconocido; el miedo requiere un objeto determinado, en presencia del cual uno lo siente; en cambio, se llama terror al estado en que se cae cuando se corre un peligro sin estar preparado: destaca el factor de la sorpresa. (Freud, 2010a, p. 12).

La angustia no tiene, al parecer, un objeto discernible, no se puede decir por qué se está angustiado. El miedo si tiene objeto, lo que permite, de algún modo, no resolver la situación de peligro, pero si verbalizarlo. Ante una cirugía también tiene lugar el miedo y puede aparecer ligado a varios objetos: la anestesia, el dolor, la muerte. ¡Y cómo no temer! El miedo también se trabaja, y es hasta necesario hacerlo, pues, ello puede devenir en terror. Afecto característico de la situación que toma por sorpresa al sujeto. Ahora, si la angustia funciona como señal cabe la posibilidad de que tal afecto se presente, pase a la escena pre-quirúrgica, como ya evidenciamos, y hasta es necesario que eso suceda. Pero, si la angustia pasa de ser una señal a tomar al cuerpo, en el sentido literal de las palabras, pone al sujeto de cara a una situación terrorífica, y lo aplasta.

Por otro lado, si mamá y papá se desbordan, se quedan en el borde de la escena pre-quirúrgica y el elefante allí los empuja. Sabemos que la realidad se conforma en escenas que cada sujeto arma en relación a su propia historia, a aquello que le contaron, sus sueños, sus fantasías y anhelos. Esta escena se va contorneando de palabras, imágenes, que permiten al sujeto habitar el mundo. Si el sujeto es empujado al borde de la escena, se queda sin tela discursiva para seguir labrando esa orilla, de frente a un agujero insoportable. Sin ese tramado escénico que lo sostenga, no hay posibilidades de alojar a otro que sufre, ni de elaborar algo de esa situación.

Tanto sea una u otra situación, creemos necesario y pertinente alojar el afecto de angustia. Escuchar a aquel que padece, implica hacerle lugar a lo que no ha tenido un espacio aún para desplegarse, apostando que a partir de allí pueda surgir otra cosa.

Pues si no se hace lugar, lo no-dicho se manifestará de todas formas, de un modo quizá sufriente.

Sostenemos, también, que el trabajo con la palabra puede propiciar una posición distinta del sujeto con respecto a aquello que le pasa.

Tomamos estos párrafos precedentes para hablar sobre la angustia en papá y mamá pues creemos necesario que puedan acompañar a su hijo o hija de la forma

9

menos sufriente posible. Ya que son ellos quienes, de alguna manera, preparan y acompañan a quien pondrá su cuerpo para ser intervenido.

Lo primero que se nos plantea en relación a ese niño o niña es el modo en que se le transmitirá que debe ser operado/a. Sabemos que en todos los casos la inscripción de la experiencia se hará, también, a través de lo que sus progenitores puedan articular en relación a ello, vía la palabra. Creemos pertinente tomar en cuenta la edad de quien pondrá el cuerpo en la cirugía. Si es un bebé, esa experiencia será vivida de forma pasiva. Ahora, si un niño o niña está en edad de comprender lo que le acontecerá, nos preguntamos cómo operan mamá y papá en relación a la información que le brindan, porque:

en algunos casos se le oculta la realidad, que él de todas formas padece, sin permitirle que se reconozca en ella ni tampoco que conozca la verdad que percibe en forma muy fina, y al faltarle las palabras justas para traducir su experiencia con los que la comparten con él, se ve inducido a sentirse extraño, objeto de un malestar mágico y deshumanizante. (Mannoni, 1996, pp.21-22).

En las páginas anteriores habíamos descrito el meollo de la creencia, por parte de mamá y papá, en que nada malo podría acontecer a un hijo o hija. Nos preguntamos si el diagnóstico quirúrgico hará inclinar la balanza del lado *ya lo sé* de la fórmula de la creencia. O si seguirá operando la desmentida que llevará a mantener silencio con respecto a la cirugía. Esta acción por omisión implica dejar al niño o niña en el lugar de *infans* (el que no habla). Recordemos que ese lugar está fuertemente atravesado por el desvalimiento tanto psíquico como motor, que se corresponde con una realidad material y está dado por la prematuración con que nace el cachorro humano. Entonces, si es un *infans* quien será intervenido, dependerá de mamá y papá, a través de lo que puedan tejer alrededor de ese hecho, la inscripción psíquica del mismo.

Ahora, si quien pone el cuerpo adquirió el lenguaje, o está en vías de ello, ubicarlo en lugar de no conocer lo que le ocurrirá, lo incapacita para hacer propia la experiencia que de todas formas tendrá que atravesar, y que percibe. *Contar y contar-se* allí, habilita una forma diferente de atravesar la vivencia, propiciando otro desenlace que no sea quedar como puro objeto de las intervenciones médicas, podemos insinuar, como objeto de goce de un Otro. Aportar elementos para que pueda vérselas con los procedimientos que lo esperan humaniza la práctica, ya que “todo dolor puede ser sano, cuando el niño, habiéndolo reconocido como tal, puede estructurar sus defensas compensadoras” (Mannoni, 1996, p. 29).

Sabemos, a partir de la experiencia de otros y otras que han tejido las redes que nos sostienen, que quien se asuma convocado/a a trabajar con niños y niñas tendrá que tener en cuenta al menos dos hebras de un mismo ovillo. Por un lado, la familia: mamá, papá, parientes o quienes ejerzan este rol; y por otro, el niño o la niña. Cada hebra tiene su particularidad, como hemos sostenido a lo largo del ensayo. Pero también afirmamos que la palabra de los progenitores es fundamental para que un niño o niña pueda elaborar la situación real de la intervención, y estamos advertidos de que los efectos de lo enunciado impactan sobre el cuerpo y la subjetividad. Ya que, “hay un asunto que surge con las palabras de los padres y de los parientes mucho antes de que aparezca el cuerpo.

¡Y qué valor tienen!, porque afectan al inconsciente y a los síntomas de la persona en cuestión” (Peusner, 2010, p. 31).

Dijimos al menos dos, pues hay un tercer hilo con el cual también se teje la trama subjetiva, el *asunto*, aquello que surge de las palabras del niño o niña, mamá, papá y parientes. Si el *asunto* surge como efecto de lo dicho, se plantea esta otra idea: entre lo que se dice y lo que se calla está lo que se *trasunta*.

La escena pre-quirúrgica. El jugar y la fantasía

En el capítulo anterior sostuvimos que un acontecimiento como la cirugía podía ser vivido como traumático, en la medida en que el sujeto no está preparado para ello. Ubicamos, a partir de las coordenadas del trauma y la angustia, que estar preparado supone contar con elementos simbólicos e imaginarios que posibiliten el tejido de una red que contenga al sujeto; un hilvanado que lo proteja de quedar frente a una situación terrorífica. Afirmamos, ahora, que la formalización de ese hilvanado, que viene tejiéndose desde el momento del diagnóstico, toma cuerpo en la escena pre-quirúrgica.

Iremos, en este apartado, un poco más allá en la noción de escena. Sostenemos que la realidad de un sujeto y el mundo no se corresponden de modo objetivo, pues:

la dimensión de la escena, en su división respecto del lugar, mundano o no, cósmico o no, donde se encuentra el espectador, está ahí ciertamente para ilustrar ante nuestros ojos la distinción radical entre el mundo y aquel lugar donde las cosas, aun las cosas del mundo, acuden a decirse. (Lacan, 2015, p. 43).

Por un lado está el mundo, todas las cosas que existen con independencia de lo humano, y, por otro, todo aquello que se dice de él, que corresponde a un no-todo mundo (pues no es posible nombrar todo aquello que existe), que instaaura la realidad de cada sujeto. La escena es el elemento que permite la lectura de esa realidad subjetiva, pues es la forma que puede tomar la realidad.

Pensemos, ahora, cómo se va conformando la escena. Lacan, con respecto a ello dice: “el primer tiempo es -hay el mundo” (Lacan, 2015, p. 43), “segundo tiempo, la escena a la que hacemos que suba este mundo. La escena es la dimensión de la historia” (ibíd), y continúa, “una vez que la escena prevalece lo que sucede es que el mundo entero se sube a ella” (Lacan, 2015, p. 44).

Hay, entonces, un primer tiempo que se corresponde a algo del cual el sujeto no sabe nada. Antecede a las palabras que puedan articularse en relación a ello, lo que no implica que esté primero en tiempos cronológicos; pues ambos, el mundo y la historia existen en un mismo tiempo, pero lo que hace que el mundo tenga existencia subjetiva es que se diga algo de él. Lo que pueda decirse en relación a eso está atravesado por la historia de cada sujeto.

Podemos afirmar que, con el diagnóstico quirúrgico, aparece algo de la dimensión del mundo que antes no existía para el sujeto, que se enlazará a su propia historia, propiciando el armado de la escena que se despliega en la sala de pre-anestesia. Esta sala es, además, el punto de bisagra entre lo previo, aquello que corresponde al armado de la escena, y lo posterior, la cirugía.

Antes de continuar queremos plasmar esta idea: el momento de la cirugía es un acto propiamente médico, allí hay un cuerpo biológico. Por lo que suponemos que lo fundamental es otra escena, que se armará a posteriori, con las palabras que se irán diciendo de la situación vivida, y con los sueños que sueña, en ese momento, el paciente.

Ahora, si la escena es la dimensión de la historia, es ella la que propicia su armado. Un tejido con palabras, incluso las dichas antes de que un ser humano venga al mundo, van conformando ese armado a la que se hará subir ese mundo. Ya que la realidad se conforma en escenas que cada sujeto arma en relación a su propia historia, esta escena se irá contorneando de palabras e imágenes, que le permitan habitar el mundo.

Para ir un poco más allá en el tema, proponemos este ejercicio:

Imaginemos el lugar: una sala, de 2x4 metros, luz blanca, una máquina de anestesia, una camilla y algunas puertas. Una comunica al pasillo de salida, una segunda al área quirúrgica, y la tercera se levanta para que trasladen a la persona que se debe operar al quirófano. Este lugar se nombra como sala de pre-anestesia.

Imaginemos también el procedimiento: viene a esa sala un niño o una niña, con diagnóstico de cirugía, acompañado/a de mamá y papá. Allí se encuentran con unas

11

cuantas personas, el anesthesiólogo o la anesthesióloga, el cirujano o la cirujana, y la circulante de sala, todas ellas vestidas de verde, llevan gorritos, sus caras semicubiertas con un barbijo, y a veces, quizá, usen guantes. Casi todas ellas son presentadas por primera vez a este niño o a esta niña y a la familia. Les reciben y les preguntan: ¿cómo te llamas? (siempre y cuando la edad del niño/a le permita responder, sino van dirigidas a mamá y papá), ¿de qué te van a operar?, ¿cuándo fue la última vez que tomaste o comiste algo?, ¿alergias?, ¿tomás alguna medicación?

Podemos pensar que el espacio físico, los elementos de la sala y las personas que cumplen funciones allí, existen independientemente de la persona que ingresa para ser intervenida quirúrgicamente, *hay el mundo*.

Imaginemos, ahora, un segundo tiempo, donde el sujeto montará eso que lo pre existía, a la escena. Dejando en claro que la idea de pre-existencia además de remitir a un tiempo anterior, también hace referencia a otro orden de existencia. La sala pre-existe al sujeto, existía desde antes de que sea nombrada, paralelamente a la realidad del mismo.

Por un lado, podemos describir esta escena: se le explica al niño o a la niña, y a mamá, papá y/o parientes cómo se va a dormir para que le operen. “Ponemos una mascarita, hacemos una nebu, te dormís y cuando te despiertes ya estás de nuevo en la habitación” (si el niño o la niña es mayor, se le puede ofrecer dormirse con una vía periférica, “un pinchacito como cuando te sacan sangre”). Niño o niña, acostado/a sobre la camilla se duerme producto de los gases anestésicos, mamá y papá le dan un beso y se retiran a la habitación hasta que finalice el procedimiento.

Imaginemos, ahora, otro tipo de escena: con el niño o la niña, mamá, papá y/o parientes, entra también a la sala un elefante. Vino escondido en los intersticios, pasó los controles de admisión institucional, no lo vieron las enfermeras en el piso, tampoco médicos y médicas, y finalmente, allí, en esa pequeña sala se hace enorme.

Dos escenas que parecen estar en las antípodas una de la otra. Una situación casi aséptica, quirúrgica, sin sobresaltos ni desbordes, sin el drama habitual. No puede menos que causarnos sospecha que la angustia, esa vedette de la escena, no se presentifique en ninguna de sus diversas formas, ni como desborde ni como señal. Sin atisbo subjetivo, ¿qué podemos leer allí?

Ahora, si las escenas son “montadas para velar el abismo de lo real” (Abad, 2015, p. 1), y “se constituyen en la morada del sujeto, en ese lugar de ficción entretejido con significantes; semblantes que van haciendo del mundo un lugar familiar” (ibíd), cuando las dimensiones del elefante toman toda la sala y empujan o aplastan al sujeto, se puede arriesgar que el mismo es expulsado de la escena, ¿qué podemos hacer allí?

Pues, donde ya está montada la escena, nada puede ser trabajado: el dolor y el

sufrimiento bloquean la capacidad de entender, de ficcionar y, también, de jugar. Proponemos, entonces, intermediar entre el mundo y la escena a la que se monta el mismo.

Antes de continuar es preciso hacer una salvedad: hacer esta lectura no implica la propuesta de un tratamiento psicoanalítico. Si bien fuimos tejiendo el asunto con hilos del psicoanálisis, lo que intentamos formalizar es una apuesta al armado de otra escena con respecto a una cirugía.

Sostenemos, pues, que hay dos elementos que nos permiten pensar los modos de intermediar: el jugar y la fantasía. Ambos están intrínsecamente ligados, pues, el armado de una escena de juego supone que el niño o niña pudo ficcionar algo de ese mundo real o realidad efectiva, y hacerlo entrar en la fantasía. Fantasía que puede seguir operando más allá del tiempo del juego.

Ilustremos un ejemplo: un niño o niña va por la calle disfrazado/a de superhéroe. Podemos inferir que esta situación hace evidente que lleva consigo una fantasía. Suponemos que el disfraz es el soporte concreto de la fantasía que lo/a habita en ese momento. ¿No podría serlo, también, la bata con la que irá a un quirófano?

12

Decimos *jugar* porque afirmamos que, en el acto del juego, el niño o niña se apropia activamente del mundo: “jugar es hacer” (Winnicott, 1993, p.83). Desarma y transforma lo que le da el adulto, lo desarticula y, también, lo desafía. Ya que, como sujeto activo, puede decir aquello que le gusta o no, y también puede desarmar la escena de juego.

La actividad lúdica se despliega entre lo real y lo ficcional, “en el espacio potencial que existe entre el individuo y el ambiente” (Winnicott, 1993 p. 167). Como experiencia, es siempre creadora, y esto se pone de manifiesto en las fantasías que el niño o niña arma en relación al mundo que lo rodea y a los objetos que están allí. Los toma o los desestima, poniendo en escena un guión propio, con jirones de aquello que le acontece.

Y, como temporalidad, permite una inscripción de la historia. Ya que, en el jugar, los acontecimientos de la realidad efectiva son tomados en la escena para ser puestos en serie y no quedar como hechos sin encadenamiento. Afirmamos, pues, que la actividad lúdica tiene potencia subjetivante.

Esta actividad posibilita, también, una lectura de la posición del niño o niña con respecto a los otros: mamá, papá, parientes, y personal de salud. Nos referimos a la relación con esos otros y el lugar en el que se ubica respecto a ellos y a la cirugía. Y, permite ubicar cuáles son las herramientas con las que el niño o niña cuenta para afrontar la intervención; cuál es la fantasía que se despliega en el jugar. En síntesis, estamos proponiendo la habilitación de un espacio lúdico entre el diagnóstico y la cirugía.

Tomaremos, ahora, la letra de Freud (2010d) para dar cuenta de la riqueza que el juego, como actividad, tiene para un niño o niña, y los elementos que nos permiten una lectura del mismo:

La ocupación preferida y más intensa del niño es el juego. Acaso tendríamos derecho a decir: todo niño que juega se comporta como un poeta, pues se crea un mundo propio o, mejor dicho, inserta las cosas de su mundo en un nuevo orden que le agrada. Además, sería injusto suponer que no toma en serio ese mundo; al contrario, toma muy en serio su juego, emplea en él grandes montos de afecto. Lo opuesto al juego no es la seriedad, sino... la realidad efectiva. (p. 127).

Se desprenden, para trabajar, algunas aristas. Proponemos como primera la siguiente: el jugar supone el armado de una escena donde los elementos del mundo son tomados en un nuevo orden, diferente a la realidad efectiva. Esta actividad, que ocupa al

niño o niña, es tomada como algo serio. Podemos pensar que, si la realidad efectiva es seria, ¿cómo hacer que esa seriedad pase a la seriedad del juego? Vale decir, que haga serie.

Enlazado a ello, podemos pensar que todos los elementos de la sala de pre anestesia - los personajes que en ella se encuentran, los aparatos, el lugar - corresponden ser tomados como algo del orden de lo serio. Si sostenemos que jugar es algo serio, proponemos poner en juego esos elementos que el niño o niña no conoce. Juguemos, por ejemplo, a que „vos eras el cirujano y yo me venía a operar“. ¿Es lo mismo para un niño o niña jugar con los elementos, con la situación que deberá atravesar, a que sea vivido por primera vez, que sea extraño todo?

Si, “para dominar lo que está afuera es preciso hacer cosas, no sólo pensar o desear, y hacer cosas lleva tiempo” (Winnicott, 1993, p. 83), queremos habilitar, entonces, ese tiempo de operación sobre los objetos.

El juego es la única forma que el niño tiene de hacer pasar eso de lo real, de lo externo, por el cuerpo, porque, “el juego compromete al cuerpo, debido a la manipulación de objetos” (Winnicott, 1993, p. 98), pero lo compromete de una forma diferente. El jugar puede permitir al niño o niña desafiar la legalidad que supone una cirugía, legalidad que suele ser desubjetivante, aplastante. Proponemos que el niño o niña ponga su cuerpo para jugar y no sólo para la intervención. Ofrecer los elementos serios de la sala de pre-

13

anestesia, para que los pueda tomar y los inserte a la fantasía, en ese nuevo orden que le agrada, podemos sostener, regido por el principio de placer.

Afirmamos que, si el niño o niña cuenta y *se-cuenta* en aquello que deberá atravesar le permitirá otro tipo de inscripción de la vivencia. Es necesario remarcar esto, pues, si no puede armar algo u otra cosa en relación a la cirugía queda expuesto a una situación de peligro, desvalido ante otros, como objeto de una intervención. Porque si no puede contar aquello que le acontecerá, “sin la protección subjetivante de la palabra, con desasosiego toma el lugar de objeto o se evanece en la piel del afecto, la violencia destructiva o la agresión contra sí mismo” (Musolino, 2015, p.8).

Habilitar el jugar, y con ello la fantasía, da lugar a que el o la paciente pueda ser niño o niña también allí, más allá de ser cuerpo biológico, y posibilita otra posición del sujeto con respecto a una cirugía.

Intermediar entre el diagnóstico y la intervención, haciendo entrar el juego en un ámbito de salud, e introduciendo en el juego los elementos del mismo es nuestra apuesta. Propiciar el armado de otra escena, una *escena lúdica* que seguirá operando más allá del tiempo del jugar y permitirá, creemos, al niño o niña *sobre-ponerse* a la otra escena.

Conclusiones

Otro armado de la escena es posible. Una apuesta

El recorrido hecho hasta aquí nos permite afirmar que los pasos previos y la preparación, desde la lógica médica e institucional únicamente, no alcanzan para que alguien, efectivamente, esté presto a afrontar una cirugía. Y ello se hace evidente en la sala de pre-anestesia, donde el sufrimiento humano se hace manifiesto, cobrando la dimensión de un elefante.

Con la lectura de la escena pre-quirúrgica, desde las coordenadas del trauma y la angustia, introducimos otro discurso, el del psicoanálisis. Esto nos permitió ubicar los elementos que se ponen de manifiesto en el armado de la misma.

Expusimos que la escena se va gestando desde el momento del diagnóstico, como un guión que se trama con las hebras con las que cuentan el niño o niña, mamá, papá y parientes. Tarea que nos permitió apostar a que otro armado es posible, y en

algunos casos, necesario.

Tomamos la sala de pre-anestesia pues, como espacio físico, es donde se hace manifiesto el armado de la escena, vale decir, el lugar que se sube a la misma. Pero, también, porque afirmamos que allí hay un punto de vacío del discurso médico: la imposibilidad del mismo de hacer con el sufrimiento humano. Si tomamos la imposibilidad en la lógica neurótica, la misma tendrá carácter de impotencia. Nos preguntamos cómo se manifiesta en la experiencia esta impotencia, y si no es resuelta, incluso, por la vía de la violencia.

Sostenemos que también rige la imposibilidad, allí, para el discurso del psicoanálisis, pues no se puede *pre-decir* qué es lo que ocurrirá. No puede tomarse toda la escena, por eso es una apuesta a que se pueda armar otra cosa, con la cual, después el sujeto podrá responder o no, y de una manera más o menos afortunada.

La apuesta está sostenida, por un lado, en la posibilidad de donar herramientas imaginarias y simbólicas para que el sujeto pueda verbalizar el dolor de existir, pero que también le permitan ficcionar algo de eso que le acontece. Ya que, si faltan recursos, o porque el equipo quirúrgico no está preparado para alojar el malestar, o porque la familia no tuvo suficiente tiempo para poder decir aquello que le acontece, el sujeto queda en el borde de la escena del mundo.

Para ello es preciso trabajar sobre las condiciones del tejido, del hilvanado de esa escena que sostenga al sujeto para que no sea necesario montar pedidos de ayuda desesperados, desbordes, elefantes. Pero no sólo proponemos alojar la angustia, sino, también poder trabajar con ella, con el norte puesto en que el sujeto podrá posicionarse de forma menos sufriente frente a lo que le acontece.

Por otro lado, trabajar sobre las condiciones del tejido implica, también, disponer de un espacio lúdico, para poder intermediar entre el mundo y la escena. Ofreciendo, allí, los objetos que serán utilizados, por ejemplo, antes de entrar a un quirófano, como elementos del mundo que podemos hacer entrar en la escena de una forma lúdica. Y también ofrecer el lugar, ya que ello habilita al niño o niña a que pueda apropiarse del mismo y reinventarlo. Ofrecerse para que ese o esa pueda llevar consigo la fantasía a la sala.

Sostenemos que, con las trasmutaciones que se pueden ir produciendo en el juego, el niño o niña tendrá la posibilidad de posicionarse de un modo diferente frente a los otros. Modo que no sea el de quedar como objeto de las intervenciones médicas, como cuerpo biológico.

Pensamos en esta idea: que pueda contar y *contar-se*. En la medida en que cuenta con esa escena y con los elementos que le van a permitir estar en la misma sin caerse. Y, también, *contar-se*, ubicarse en la escena, ponerse en otra posición. Si lo cuenta a otros, es porque él o ella ya se cuenta ahí. Ya no como algo que le van a hacer y de lo cual no tiene nada que ver, como totalmente desvalido/a.

Esta lectura nos permite ubicar algunas inconsistencias de los dispositivos descriptos hasta el momento bajo la rúbrica *psicoprofilaxis quirúrgica*. En una primera instancia nos asalta esta duda: ¿qué disciplina la lleva adelante y desde qué marco teórico? Sabemos que la teoría desde la cual alguien se sostiene define la naturaleza de su objeto de estudio y los modos de intervención. Por lo tanto no es lo mismo que lleve adelante esta práctica un psicólogo/a, un médico/a, un enfermero/a, o un terapeuta ocupacional. Nos llama la atención que todas estas disciplinas, cada una en su especificidad, han tomado para sí la práctica que implica la psicoprofilaxis quirúrgica.

Por otro lado, si estas disciplinas se sostienen en ese nombre para llevar a cabo su práctica, ¿no supone ello que hay saber total? Decir psico-profilaxis, da cuenta de que

existe una manera certera de prevenir que algo suceda, ¿es eso posible?

Sabemos que la escena, como ficción, se monta para velar el trauma, y que si no hay ficciones que alojen al sujeto, este puede ser empujado a la literalidad. Si ello acontece, decir a alguien que será intervenido, su cuerpo cortado, mostrarle que parte le van a retirar o arreglar, puede convertir la vivencia en algo aterrador. Intervenir desde el saber, y con el mismo, no permite que pueda surgir algo de la pregunta, como tampoco algo de lo propio.

Por ello creemos importante poner de manifiesto la necesidad de intermediar, desde el discurso del psicoanálisis, entre el niño, niña y su familia, y el discurso médico. Lo que permite subir a un efector de salud la dimensión subjetiva, haciendo lugar al sufrimiento humano. Humanizar un procedimiento que, de otra forma, queda en el plano del trauma-tismo. Propiciar algunas herramientas que permitan *un saber hacer allí*, siempre parcial, pues las contingencias de lo propiamente humano son incalculables.

Se trata de trabajar con la posibilidad de la inscripción de otra experiencia, que no sea sólo del orden de lo invasivo, de lo traumático, de la pausa en la vida. En definitiva, si el elefante entra en la escena, proponemos que sea un peluche, un objeto que acompañe el camino.

Referencias bibliográficas

- Abad, G. (2015). *Escena y escenarios en la transferencia*. Buenos Aires: Editoriales Argus-a Artes y Humanidades.

- Freud, S. (2010a). *Más allá del principio de placer*. En *Sigmund Freud: Obras completas* (Tomo XVIII, pp. 7-62). Buenos Aires: Amorrortu.

------(2010b). *Inhibición, síntoma y angustia*. En *Sigmund Freud: Obras*

completas (Tomo XX, pp. 83-164). Buenos Aires: Amorrortu.

------(2010c). *Introducción del narcisismo*. En *Sigmund Freud: Obras completas* (Tomo XIV, pp. 71-98). Buenos Aires: Amorrortu.

------(2010d). *El creador literario y el fantaseo*. En *Sigmund Freud: Obras completas* (Tomo IX, pp. 127-135). Buenos Aires: Amorrortu.

- Lacan, J. (2015). *El Seminario 10. La Angustia*. Buenos Aires: Paidós. - Mannoni, M.

(1996). *La primera entrevista con el psicoanalista*. Barcelona: Gedisa. - Mannoni, O.

(1990). *La otra escena: claves de lo imaginario*. Buenos Aires: Amorrortu. - Musolino

de Borgatello, M. (2015). *Niños, adolescentes y padres: vacilaciones del fantasma en el ámbito hospitalario*. Recuperado de:

<http://mayeutica.org.ar/antigua/TRABAJOS/Mara/Ni%F1os%20en%20el%20Hospital.pdf>

- Peusner, P. (2010). *El dispositivo de presencia de padres y parientes en la clínica psicoanalítica lacaniana con niños*. Buenos Aires: Letra Viva.

- Winnicott, D. (1993). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.