
La cirugía estética: un enfoque interdisciplinario

Lic. María Alejandra Cufre

Introducción

Este artículo busca transmitir algunas reflexiones surgidas a partir de la experiencia obtenida en los últimos años, continuando la tradición de trabajo que el Equipo de Interconsulta de la Unidad de Salud Mental, ha realizado en el Servicio de Cirugía Plástica de este Hospital, a lo largo de 30 años. Considero oportuno recordar a los doctores Jorge Blidner y Mónica Zac, y la Lic. Silvina Gamsie que fueron quienes me precedieron como interconsultores en este Servicio.

La modalidad que toma la práctica de la interconsulta en el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" se diferencia de la de otras instituciones y de lo que sería la interconsulta habitual a la especialidad de Psiquiatría u otras especialidades médicas. Cada Servicio en este Hospital tiene asignado un interconsultor permanente, quien se incorpora al equipo médico como un integrante más. Esto permite conocer mejor las características y necesidades de dicho Servicio, favorece la comunicación entre los profesionales y posibilita un trabajo interdisciplinario sostenido a través del tiempo.

Los niños atendidos en el Servicio de Cirugía Plástica se dividen en dos grupos: los que presentan malformaciones congénitas (fisura labio-alveolo-palatina, malformaciones auriculares, síndrome de Poland, etc.) y los que sufrieron algún tipo de accidente (quemaduras, mordeduras, accidentes de tránsito, pie de ascensor, etc.).

El cirujano cumple, entre otras, la función de un artista del cuerpo. Su objetivo es corregir o mejorar aspectos de la imagen corporal. Quienes buscan el cambio estético transitan una experiencia en la que los efectos sobre el psiquismo son impredecibles.

Es importante señalar que existen dos anatomías: una real y otra psíquica. La medicina se ocupa de la primera y la otra es la que se construye a partir de nuestra percepción interna.

Así es como cada uno de nosotros tiene su propia teoría psíquica del objeto-cuerpo, y crea una imagen psíquica de éste, formada por un gran conjunto de pequeñas imágenes de gran valor afectivo. Por lo tanto, el cuerpo está mar-

cado por la historia de ese sujeto. De esta manera, es diferente el cuerpo con el que trabaja el cirujano de aquel con el que lo hace el psicopatólogo.

Para que un organismo sea más que materia, será necesario que allí se constituya un cuerpo a través de palabras, anhelos, expectativas y deseos que los padres proyecten en él, haciéndolo parte de una historia familiar, es imprescindible que ese organismo sea "libidinizado" por los padres.

Se sabe que el discurso familiar es constituyente del narcisismo del niño. Los padres forman parte constituyente, estructurante y sostenedora del psiquismo humano. Es a través de su mirada que el bebé irá construyendo su Yo, el cual es la proyección de su superficie corporal. El espejo en donde el niño se mira logrando la primera *gestalt* visual unificadora, es la imagen del semejante, la madre que lo mira, cuya palabra dejará marcas en el niño. El niño se identificará con esa imagen, ya que la asume como propia. Esa imagen está sostenida por la mirada de la madre. Françoise Dolto dice: "[...] la imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales [...] gracias a nuestra imagen del cuerpo [...] podemos entrar en comunicación con el otro". Cada uno de nosotros tiene así su propia teoría psíquica del objeto-cuerpo, y crea una imagen psíquica de éste, compuesta por un gran conjunto de pequeñas imágenes de alto valor afectivo. Es así como el cuerpo está marcado por la historia de ese sujeto. Es a través de la mirada y la palabra del otro —de los padres— que el humano accede al campo de la imagen. Es imprescindible que ese organismo sea "libidinizado" por los padres para que se transforme en un cuerpo. Las distintas experiencias tempranas de haber sido tocado y acariciado influyen notablemente en la formación de la imagen corporal. El otro me mira, pero será determinante sobre la imagen esa mirada, qué mensaje se le transmite a través de ella.

Pacientes con malformaciones congénitas

En el caso de los niños malformados, se trata de chicos que presentan un cuerpo dañado en

Equipo de Interconsulta, Unidad de Salud Mental Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" Gallo 1330 (1425) Buenos Aires, Argentina

lo real, una marca congénita. La malformación es una marca en el cuerpo cuya significación primera provendrá del entorno, es decir, de los padres y, en especial, de la madre. Esta falla atrae y nuclea en torno de sí las fantasías más íntimas e inconscientes de los padres.

Con el nacimiento de un niño malformado, los padres se enfrentan con un bebé diferente del que ellos esperaban; por lo tanto, en un primer momento, deberán realizar el duelo del niño idealizado, bello, perfecto que imaginaban, y tramitar psíquicamente el impacto que la malformación les provoca. Para ello será de suma importancia la intervención del pediatra; será éste quien deberá aclarar dudas, responder a los interrogantes que vayan surgiendo en los padres, y acompañarlos en el registro y la aceptación gradual de la realidad. La información que se les brinde debe ser clara y reiterada en varias oportunidades, ya que el impacto primero de la noticia de la malformación impide o dificulta el registro de toda la información proporcionada por los médicos. Los padres que se adaptan razonablemente bien a la llegada de un niño con estas características suelen hacer muchas preguntas.

A menudo, en algunas ocasiones, se produce una crisis familiar, que puede promover ciertos mecanismos de compensación: rechazo, negación o sobreprotección. A menudo, observo mamás cuya relación con su hijo se caracteriza por una acentuada sobreprotección hacia éste, con gran dificultad para correrlo del lugar de “enfermo, desgraciado, diferente...”. Mamás que frecuentemente utilizan palabras como “pobrecito” para referirse al niño. Palabras que el chico escucha y que van dejando una huella indeleble en su psiquismo.

En una oportunidad, una paciente de 14 años llegó a los Consultorios Externos para ver a la cirujana que la había operado de una fisura labiopalatina cuando era bebé. Esta jovencita regresaba, porque le había quedado una secuela en el labio, que deseaba corregir. Entró en la consulta acompañada por su mamá, y comenzó a llorar sin poder pronunciar palabra alguna. La cirujana me llamó y me pidió que la viese en ese mismo momento. Conversé unos minutos con la mamá en presencia de la niña, quien me relató lo mismo que la cirujana y, luego, me quedé a solas con la paciente. La niña se tranquilizó y me dijo que, en la Sala de espera, había visto varios bebés con fisura de labio, y que era la primera vez que esto le sucedía y que le había impactado, al pensar que ella había sido así de bebé. Luego me comentó que, en su casa, no había fotos suyas previas a su primera operación.

¿Podemos pensar que los papás de esta niña quisieron borrar toda marca o registro de esa imagen intolerable para su narcisismo parental? ¿Se trataba de cuidar a la nena o a los padres? Esta marca visible en el cuerpo operaría como retorno de lo reprimido recayendo sobre la niña, quien podría preguntarse “¿qué fui yo para mis padres?”. Por más que la cirugía cubrió lo imposible de tolerar por parte de los padres, algo del horror quedó intacto.

Hay agujeros que la cirugía no recubre: agujeros que no se cubren, la ilusión de haber satisfecho las expectativas de los padres. La tarea del psicólogo será la de ayudar al paciente a “tramitar, a metaforizar” a través de la palabra aquellos agujeros que la cirugía no cerró.

La mirada queda capturada en esa “falla” que, para los padres, será el signo de una culpa, de un destino o una herencia secreta que, a veces, puede ser vivido como merecido o inmerecido castigo. La mamá puede presentar sentimientos de culpa por el daño inconsciente producido a su hijo.

Para el niño esta marca distintiva, diferenciadora, vergonzante, aparece de manera privilegiada como motivo de toda frustración de amor, rechazo o fracaso.

Pacientes con secuelas de accidentes

En el caso de los pacientes con secuelas de accidentes, hay un hecho traumático que modificó, repentinamente y de forma violenta, la vida de esos niños. Hay un episodio que se impone al sujeto con violencia y establece un “antes” y un “después” en su vida. A menudo, el paciente puede recordar un período en que su imagen corporal no se encontraba dañada y, permanentemente, buscará recuperarla.

Son niños que, en su mayoría, deben ser sometidos a varias intervenciones quirúrgicas a lo largo de su infancia. Por lo tanto, el cirujano establece con el paciente una relación muy particular, ya que es un vínculo que sostiene desde la infancia hasta la adolescencia. Esto genera, por parte del profesional, cierto conocimiento de las características tanto del niño como de su familia, lo cual hace que sea muy valioso todo aporte e información que ellos brinden al psicopatólogo.

A partir de lo observado

A partir de la observación de la consulta adolescente sobre la solicitud reiterada de in-

tervenciones plásticas en las malformaciones congénitas visibles más comunes, se observa que hay una marcada tendencia, en estos adolescentes, que dicen "ser mirados". Se sienten condicionados en el establecimiento de lazos (amigos, novios, inserción escolar, vocacional, laboral). El peso de tales ideas conlleva un gran sufrimiento en la vida cotidiana de estos adolescentes.

La demanda, en estos casos, muestra dos vertientes: el cuerpo en tanto organismo y el sujeto implicado en él. El discurso manifiesto es siempre el mismo, designa primeramente un defecto corporal que deviene responsable de una insatisfacción y de un sufrimiento. El abordaje interdisciplinario permitirá indagar "lo oculto" en la demanda. La labor del psicólogo permitirá otorgar sentido a la dinámica por la que un paciente, involucrado en conflictos y problemas, espera resolverlos con la cirugía.

Para ilustrar mejor esto, referiré el caso de una paciente de 19 años que llegó a los Consultorios Externos con una fisura labiopalatina que le ocasionó un gran sufrimiento durante toda su vida. La joven se tapaba la boca con una bufanda o pañuelo permanentemente. Aun luego de habersele realizado el cierre del labio, mantenía este hábito. Su malformación había sido corregida exitosamente, pero el sufrimiento subjetivo provocado por sentirse discriminada perduraba. La malformación dejó secuelas psicológicas que requerían de un tratamiento a largo plazo, evidenciando, de este modo, un aspecto al que se le debe prestar la atención necesaria, aunque no sea visible, palpable, mensurable objetivamente.

Surge también el pedido recurrente de cirugías reparadoras, aun cuando la indicación médica no las aconseja por sus resultados nulos. Depositán en estas intervenciones la fantasía de la erradicación de la malformación que cambiará, de esta manera, sus vidas para siempre. Este pedido hace suponer que la malformación ha tenido un registro de corte traumático en el psiquismo del niño. Surgen así diversos interrogantes sobre las particularidades en la constitución del vínculo madre-hijo. Este no es sólo determinante de la conformación del psiquismo y el devenir del proceso salud-enfermedad en el niño, sino que condiciona la modalidad con la que ese niño se vinculará en el futuro.

La pregunta acerca del impacto que puede producir la malformación congénita del niño en la madre y el modo de relación peculiar que establezca con su hijo, encuentra respuesta para varios autores en los primeros significados sim-

bólicos que otorga la madre al cuerpo del niño, determinando la génesis de la imagen corporal inconsciente.

Clínica de la escucha

Es conveniente que tanto el pediatra como el cirujano no solo se sostengan en lo paradigmático de la clínica, que es sustancialmente una clínica de la mirada, sino que también puedan darse el tiempo para escuchar lo que el paciente tiene para decir. Una de las finalidades que nos proponemos en el trabajo de interconsulta es hacer que el médico pueda realizar cierta lectura de lo que dice el paciente, haciendo uso de un saber que posee y restituyéndolo en su función. En ciertas ocasiones, será necesario dar lugar a la intervención de un profesional de la salud mental que puede aportar la especificidad de su conocimiento. Debemos pensar qué está en juego cuando un niño o un adolescente solicitan una cirugía estética. Considero que no hay una única respuesta a esta pregunta; deberemos responderla teniendo en cuenta las particularidades de cada caso.

En algunas ocasiones, el paciente busca corregir, mejorar un rasgo estético que molesta, desagrada, pero no amenaza al narcisismo del sujeto. Ese rasgo se percibe como una parte de nuestra imagen corporal, y no influye en la percepción y valoración total que el paciente tiene de sí mismo. En otras oportunidades, la intervención quirúrgica puede venir a satisfacer un deseo de los padres de corregir o mejorar un rasgo del niño rechazado o no deseado por ellos. Algunos pacientes buscan en la cirugía alcanzar un prototipo de belleza valorado por la sociedad.

En el período posoperatorio, los pacientes que se someten a una cirugía estética, en mayor o menor medida, sufren de trastornos de despersonalización transitorios que suceden por extrañamiento, o sea falta de coherencia entre la nueva imagen ideal adquirida y la aún perdurable vivencia interna de su histórica imagen corporal. Esto implica una reestructuración de dicha imagen en el psiquismo, que lleva un tiempo en ser integrada como propia por el paciente.

La brusca e irreversible modificación del esquema corporal desestabiliza los cimientos de la identidad del paciente que demora normalmente cierto tiempo en poder integrar y aceptar el cambio, aunque éste haya sido deseado. Por este motivo, se hace imprescindible que el niño o adolescente sea atendido de manera interdisci-

plinaria. Este enfoque favorece la disminución de factores de riesgo de posibles complicaciones antes, durante o después de la cirugía, permite trabajar con las expectativas que el paciente deposita en ella, posibilita detectar patologías psíquicas graves, realizar diagnósticos diferenciales o evaluar las condiciones psíquicas que posee el paciente para afrontar la cirugía.

En una oportunidad, un adolescente con síndrome de Poland se mostraba muy ansioso por ser operado. En una entrevista, al ser interrogado sobre cómo creía que se iba a ver a sí mismo después de la operación, me respondió: "si fuera por mí me operaría todo el cuerpo". Luego expresó también su deseo de tener más espalda, piernas más musculosas, mayor peso... La discomformidad con su persona era proyectada en toda su imagen corporal. Hablaba de una autoimagen de la que no se infería la inscripción de experiencias vinculares valorizantes y significativas.

Una malformación o secuela puede constituirse en el rasgo privilegiado que se ofrece como material para la constitución de cualquier estructura psicopatológica, sea neurótica, psicótica o perversa. Debe quedar claro que un niño o adolescente que presente las marcas de alguna alteración estética, producida ya sea como consecuencia de una malformación, ya sea como consecuencia de un accidente, no necesariamente manifestará trastornos psicológicos, sino que ese mismo cuerpo afectado ofrecerá una facilitación para que el desarrollo pueda ser patológico.

Aquellos pacientes que están atravesando una crisis, como es el caso de algunos adolescentes, depositan en la cirugía expectativas desmesuradas e irreales, imposibles de satisfacer; también quienes se obsesionan por un rasgo mínimo no son considerados aptos para afrontar el cambio estético.

El paciente que exige o insiste de manera inusual en el pedido de una intervención quirúrgica, nos debe hacer pensar en la necesidad de un diagnóstico diferencial. La fijeza del discurso puede ser un indicador importante, ya que podríamos estar frente a una patología grave que, ante la modificación de un rasgo físico, puede descompensarse. La intervención más difícil para un cirujano es justamente la de "no intervenir", en aquellos casos en los que hacerlo podría desencadenar una desestructuración psíquica. Por lo tanto, es importante que el profesional pueda estar atento y se pueda cuestionar si debe responder a la demanda del paciente en los términos en que ésta se formula, así como al mensaje implícito detrás de esa demanda.

Bibliografía sugerida

1. Mucci M. *Psicoprofilaxis Quirúrgica. Una Práctica de Convergencia Interdisciplinaria*, Buenos Aires: Paidós; 2004.
2. Rinaldi G. *Prevención Psicósomática del Paciente Quirúrgico*. Buenos Aires: Paidós; 2001.
3. Giacomantone E, Mejía A. *Estrés Preoperatorio y Riesgo Quirúrgico*, Buenos Aires: Paidós; 1999.
4. Dolto F. *La Imagen Inconsciente del Cuerpo*, Buenos Aires: Paidós; 1994:21.
5. Gamsie S. *Una Práctica del Malestar*, Buenos Aires: Ediciones del Seminario; 2009.