

XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2006.

Verdades racionales, verdades emocionales.

Menéndez, Osvaldo.

Cita:

Menéndez, Osvaldo (2006). *Verdades racionales, verdades emocionales. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-039/68>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e4go/PAs>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

VERDADES RACIONALES, VERDADES EMOCIONALES

Menéndez, Osvaldo
Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

El trabajo intenta crear un ámbito de reflexión sobre las verdades racionales y las verdades emocionales a través del análisis de un caso clínico. Se trata de un bebé nacido con malformaciones múltiples en una Terapia Intensiva Neonatal. Si consideramos que no hay percepción sin objeto, un objeto solo existiría si de alguna manera fuera percibido, imaginado o soñado por un sujeto. La situación se complica cuando el objeto es un bebé y como médicos tenemos que asumir la delicada tarea de evaluarlo. Entramos en un espacio de registro que algunos llamarían de lo irrepresentable (por imposible) y otros de lo impresentable (por molesto). ¿Dónde ponemos el énfasis de la evaluación? ¿Podemos definir quién existe y quién no, sin caer en un dogmatismo cartesiano?

Palabras clave

Replegamiento Regresión Creatividad Inscripción

ABSTRACT

RATIONAL VALUES - EMOCIONAL VALUES

The work attempts to create an area to reflect on Rational values-emocional values, using the analysis of a clinical case: an infant born with multiple malformations in an Intensive Neonatal Unit. If we consider there is no perception without an object, an object would only exist if it were, in some way, perceived, imagined or dreamt by a subject (individual, person, someone). The situation is more complicated when the object is a baby and as physicians (doctors) we have to assume the delicate task of evaluating him. We enter an area that some would name as the irrepresentable (as impossible) and others would name as the unrepresentable (as inconvenient or uncomfortable). Where do we put the emphasis on, in the evaluation? Can we define who exists and who doesn't, without falling in a Cartesian dogmatism?

Key words

Withdrawal Regression Creativity Inscription

INTRODUCCIÓN:

En el marco de una terapia intensiva neonatal, vamos a analizar las interacciones que implica el nacimiento de un bebé con malformaciones múltiples: un hecho que produce una serie de tensiones entre el pensamiento médico, la actitud de los padres y la vitalidad del bebé.

Esa tensión es presentada desde tres vertientes: violencia intrapersonal (pulsión de vida y muerte), violencia vincular (repercusión en la familia) y violencia social (como toma el hecho la comunidad)

Pensamos el sujeto humano como un sistema abierto a los otros, que se constituye en dependencia biológica y simbólica con el semejante.

Entendemos que tanto los traumatismos precoces como los tardíos, derivan de desencuentros sujeto-medio ambiente que afectan la *construcción de la realidad*. El sentimiento de amor tiende a enmendar, tanto en la fantasía como en la realidad, lo que se registra como dañado o carente en el objeto. Esto se manifiesta claramente en el registro perceptual que hacen los

padres que difiere fundamentalmente del de los médicos, provocando un choque de creencias y valores. Las *creencias* y los *valores* no las pensamos como instancias opuestas entre sí, remiten a distintos niveles. Las creencias se apoyan en los sentidos: ¡ver para creer!. Los valores apelan a convicciones más allá de lo que se ve: tienden a una conceptualización que pide un orden moral. Dentro de éste, los *valores estéticos* ocupan un lugar diferente según la cultura que consideremos. En nuestra cultura la unidad madre-bebé desempeña el papel de prototipo de los modelos estéticos. Pero este ideal estético, no piensa la belleza como algo simplemente externo, del cuerpo. Apunta también a la construcción de un *vínculo interno* con el bebé, al cual no tenemos acceso directo, pero del cual podemos inferir evidencias en la interacción de los padres con el bebé.

EL CASO

Dra. R (Neonatóloga): Nos informan que van a realizar una cesárea. Los antecedentes de la paciente son: edad 30 años, primigesta, nulípara, embarazo controlado. Hay gran preocupación e incertidumbre porque una de las ecografías muestra ausencia de huesos de la calota craneana. A los papás les informaron que la malformación que presentaba el bebé *era incompatible con la vida, ya que no tenía cerebro*.

Asonbrados finalizamos la recepción y observamos que además presentaba malformaciones en las extremidades distales de los miembros. Le pedimos al papá que entre para ver al niño. Se acercó y lo contempló en silencio. Unos minutos después pide si un familiar que lo acompañaba podía ingresar. Trasladamos al bebé hasta neonatología colocándolo en una incubadora.

Después de dos horas un enfermero pregunta: "-¿Qué piensan hacer?-

Le indico que le colocara una sonda nasogástrica para alimentarlo (ya que no puede succionar). -Me pregunta: ¿Para qué?- Respondí que *era lo mínimo que teníamos que hacer*. ¿Cuánto tiempo podrá sobrevivir...?"

Sueños de la madre- Franca.

Durante el embarazo y luego de la ecografía.

En el quinto mes del embarazo Franca fue informada, a través de la visión de las ecografías, de la magnitud de las malformaciones. Pregunta si podía parar el embarazo. El obstetra le informa afirmativamente, pero que se requirir además autorización judicial.

Franca retira el formulario, lo llena y cuando iba a llevarlo al juzgado algo extraño le sucede: no puede encontrarlo. Piensa: ¿Se me habrá volado? Decide entonces continuar el embarazo, razonando: "Si lo perdí, es porque tengo que seguir".

F: En el sueño, Miguel se aparecía y me mostraba la cara. Me decía yo voy a apoyar la carita sobre tu panza para que vos me veas, a través de la piel. El problema de la cara, que el ecografista me había mostrado, en el sueño aparecía solo en el ojo. Él me hablaba y me decía: excepto esto soy igual a papá. La verdad, ahora que nació, es igual al padre: blanco y grande. Lo único que tiene mío es el pelo: lacio y negro.

Dr. Menéndez: -Yo me sorprendo mucho al escuchar esto porque nunca le había visto pelo. No tiene calota...

¿Tiene pelo? Le pregunté

F: Sí, atrás del cuello.

Otro sueño que tuve era en un campo. Había un salón muy grande lleno de gente de la iglesia católica y evangélica. Yo todavía estaba embarazada, pero en el sueño él ya había nacido, con el problema en la cara, pero se parecía al padre. Nosotros entrábamos con el bebé al salón y *todos nos aplaudían*.

Sueños luego del nacimiento.

F: Anoche soñé que estaba en un hospital, que no era éste y ¡Miguel se fue! Yo entro a la terapia y no está más en la cuna. Empiezo a los gritos hasta que ya no puedo más y me caigo al piso. Luego aparezco en la casa que vivo con Ramiro, *pero es otra...*

Es sábado y sin embargo Ramiro no viene... *Pero siempre existe en mi sueño*

F: En estos días soñé que estábamos en mi casa con Miguel y Ramiro. Pero después me doy cuenta que *no es mi casa*. Es una casa más grande que yo no sé de quién es. Hay otro chico, que también nació. Quizás sea la casa de los padres de Ramiro, en Paraguay. Yo no la conozco pero en el sueño es muy linda. Miguel estaba sobre la cama y todos venían a verlo y lo tocaban. De pronto Ramiro aparecía con una bicicleta y me decía que pusiera al bebé sobre el manubrio. Yo lo ponía y le decía que no fuera rápido porque le podía hacer daño. Ellos se iban y yo quedaba con la sensación que era la última vez que veía a Miguelito.

MIGUEL TIENE 6 MESES Y MEDIO

El Consejo del Menor y la Familia le otorga una Beca para ser trasladado a una institución privada especializada en el cuidado de niños dañados cerebralmente. El traslado se produce un sábado. El lunes Franca llama por teléfono para contarnos que estaba muy angustiada con el cambio, porque en ese lugar todos los chicos internados estaban muy dañados. Refiere también que la noche anterior había soñado lo siguiente: "Miguel me decía que no iba a estar mucho tiempo en ese lugar". El miércoles siguiente se descompensó y murió en los brazos de su mamá.

ALGO HAY QUE HACER

Al llegar Miguel al mes, Franca pidió irse a su casa y visitarlo día por medio. Para resolver esta situación y esclarecer temas que la preocupaban se organizó una reunión con el Coordinador de Neonatología (Dr. N.)

F: Doctor, yo sé que todavía no está el resultado de los estudios genéticos pero ¿quién fue el responsable?

Dr N: No creo que sea útil plantear este problema en términos de responsabilidad. Los estudios genéticos dan porcentajes de posibilidades sobre si se puede tener un chico con una malformación o no. En otros casos que hemos tenido, con problemas semejantes al de su hijo, *no se encontró un origen genético*, sino mecánico.

F: Dr., yo siento dentro mío que él esta bien y que tengo que hacer algo por él ¿Se le puede arreglar la boca para que pueda comer?

Dr N: Los médicos podemos ver cosas que los padres no ven. Tenemos *otro punto de vista* y esto genera choques.

Algunos médicos se sienten muy mal cuando hay un bebé internado al que no se le hace nada, porque va a morir. La expectativa de vida de este bebé es muy baja. Sigue vivo, aumenta de peso pero la malformación que porta es muy severa. Una cosa es acumular células, aumentar de peso. Eso se llama *crecimiento*. Otra cosa es el *desarrollo*: sostener la cabeza, sentarse, gatear. Esto depende del sistema nervioso central. Lamentablemente Miguel no tiene cerebro. *Puede haber crecimiento pero no desarrollo*. Nunca va a poder comer porque no puede succionar. Yo creo que no es bueno plantearse ningún tipo de cirugía porque no cumple ninguna función. No ha variado el pronóstico. El problema de Miguel no tiene solución. Va a fallecer. ¿Cuándo? No sé.

F: Pero yo no me puedo quedar con los brazos cruzados.

Dr N: Lamentablemente muchas cosas no tienen explicación, ni en genética ni en ginecología. Hay cosas que no se pueden prevenir ni dar garantías.

Dr M: Yo no la veo a usted, Franca, cruzada de brazos. Ha estado al lado de su hijo todo el tiempo y quizás acompañar a alguien que se va a morir sea una de las tareas más difíciles.

CONOCER - PENSAR

En el relato de la Dra. R acerca del parto, hay consenso en todos los participantes en *imaginar* que se viene algo monstruoso, que despierta deseos concientes que nazca muerto o fallezca rápidamente. La presencia del bebé ratifica lo pensado.

No ocurre lo mismo con los padres del bebé, cuando lo conocen. Asumen una actitud de presencia y de cuidado hacia él, que deja perplejo al equipo médico. El Dr. N. llama a éste fenómeno "diferencias de puntos de vista", que generan choques. Dice que los médicos podemos ver cosas que los padres no ven (lo que falta, lo que no se va a desarrollar, el déficit). Pero también dice que algunos médicos se sienten muy mal cuando hay un bebé internado al que no se le hace nada, porque va a morir. Se podría pensar que éstos últimos están más cercanos al punto de vista de los padres.

Cuando el Dr. N. explica la diferencia entre crecimiento y desarrollo yo entiendo que para él, vida es desarrollo y entonces Miguel, desde éste punto de vista, es un muerto en vida.

Estamos acostumbrados a ver lactantes criados por madres deprimidas a las cuales el bebé debe adaptarse en el lugar de un objeto muerto, cosa que en verdad puede llegar a ser. Acá sería al revés: estamos frente a una madre que da vida a un bebé que tenderíamos a dar por muerto.

En mi vínculo con Miguel, los primeros quince días, experimenté algo muy semejante a lo relatado por el Dr. N... La diferencia está en que yo lo pensé desde lo intersubjetivo.

Descubrí que para darle existencia al otro, necesito no solamente verlo sino que me vea o me envíe alguna señal de reconocimiento de mi existencia. De lo contrario no podía nombrarlo. Esto lo logré a través del relato de Franca. En él pude encontrar un bebé muy deseado por la madre, la abuela, las tías, e hijo de ¡dos padres!: Agustín y Ramiro. Hasta pude sonreír. Como diría Winnicott, *no hay bebé sin mamá*.

En cuanto a las maneras de observar, en el campo humano, es diferente ver al otro como un objeto impersonal, muerto diría Home, o tratarlo como a un *prójimo al que vale la pena conocer por dentro*. Identificándose con él es posible tratar de ver al mundo como él lo ve y experimentarlo desde su punto de vista. Este último es el camino que usé para tratar de entender la situación.

BIBLIOGRAFÍA

Meltzer, D., Harris, M.: "La aprehensión de la belleza", Bs.As., Ed. Patia, 1990.

Menéndez, O. A.: "Andamios Humanos", *Psicoanálisis XXIII*, 2001, N° 3, pp. 669-693.

Paz, R.: "Desde lo siniestro", *Revista de la S.A.P.*, volumen V, 2001, pp. 73-90.

Seu, B.: *Who am I? The ego and the self in Psychoanalysis*, London, Rebus Press, 2000.

Winnicott, D. W.: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Editorial, 2001 Laia.,