

Willy

una historia de abandono

Ruth Quintanilla Gonzales(*)

INTRODUCCION

El trabajo que presentamos a continuación, constituye un excelente ejemplo de un abordaje clínico-evolutivo de orientación psicoanalítica del caso de un lactante menor. Casos que despiertan siempre una serie de interrogantes e inquietudes en los profesionales de la salud mental.

Se trata de un niño de nueve meses de edad, hospitalizado en el "Centro de Pediatría Albina R. de Patiño", con los diagnósticos de Desnutrición Marasmática de III°, Tuberculosis, Neumonía, IRA grave. La madre y el padre, de 39 años de edad, viven separados, dedicándose ella a vender refrescos y él se desempeña como chofer.

Willy tiene, además, cinco hermanos; los cuales son producto de las distintas uniones de la madre.

Respecto de los datos de desarrollo del niño, debemos señalar que nació al cabo de nueve meses de gestación con un peso de 3085 Kgr., por parto eutócico atendido en un centro médico. Al momento de su internación presenta un peso de 4130 Kgr. (peso totalmente deficitario para su edad). Los datos revelan, también, retraso psicomotor desde los primeros meses.

La madre, quien trae al niño al hospital, señala que fue destetado a los dos meses debido a que tuvo que ser separado de ella, recibiendo desde entonces alimentación mixta. Sin embargo, desde hace cinco meses presenta inapetencia y cuadros diarreicos a repetición, por lo cual recibe tratamiento en varias oportunidades. Actualmente, no obstante, continúa con vómitos y rechazo de la alimentación (rechaza todo tipo de alimento).

En el momento de la internación, Willy presenta un estado bastante deteriorado, está muy enflaquecido, la piel tiene un color marmoreo, con sensibilidad disminuída; el niño no responde a los movimientos que se realizan con su cuerpo, permanece ausente, emitiendo leves quejidos sin lágrimas.

I.— OBSERVACIONES ACERCA DE LA CONDUCTA DEL LACTANTE

Acercas de las técnicas y métodos que el profesional de la salud mental puede utilizar con niños pequeños (lactantes y preescolares), se presentan una serie de dificultades; muchas veces el psicólogo puede preguntarse por dónde empezar a investigar en los casos de lactantes. A este res-

(*) Comentado por Mónica Pelliza de Trigo.

pecto, es bueno recordar aquello que señala F. Stone: "Los niños muy pequeños, incluso los lactantes, pueden llegar a la consulta por dificultades con la alimentación, el sueño, la conducta o por inquietud de los padres con respecto al desarrollo. En este estadio preverbal del desarrollo, el examinador depende de 1) la historia y 2) de la conducta observable" (1).

1.— Observaciones en los primeros acercamientos.—

Cuando tomamos contacto con Willy, éste no se encontraba precisamente en la sala de niños desnutridos del H.I.A.P., sino más bien, en una sala para lactantes con diversas patologías. Junto a su cuna se encontraba otro niño de seis meses de edad que, aparentemente, lo superaba con mucho en cuanto a peso, talla y una serie de conductas adaptativas.

Willy presentaba la piel color ceniza (marmorea), se encontraba extremadamente enflaquecido, tenía temperatura corporal baja, razón por la cual se encontraba cubierto por una gruesa frazada y cerca de un calefactor, los ojos se hallaban sobredimensionados por el excesivo enflaquecimiento de la cara y la mirada estaba perdida en el vacío (en un punto lejano que parecía ser el techo de la sala).

En estos primeros contactos se observó, también, el hecho de que el niño no respondía ni ante estímulos visuales ni ante estímulos auditivos. Ante el contacto corporal daba señales de molestia (emitía gemidos) por haber sido tocado (a este respecto es importante señalar que no existía una razón orgánica para ello).

Respecto de las reacciones del niño ante la situación de hospitalización, no presentaba signos o síntomas de protesta o de sentimientos de abandono por el hecho de haber sido separado de la madre y privado de la percepción de cualquier otro estímulo conocido. A este respecto, debemos recordar que J. Bowlby señala el hecho de que en niños mayores de seis meses debemos esperar una reacción negativa ante la institucionalización y sobre todo ante la separación de la madre, que se manifiesta a través de conductas que expresan la protesta del niño frente a la pérdida del objeto (llanto, gritos llamando a la madre); para terminar, a medida que pasa el tiempo, en una actitud de indiferencia, quietud, inexpresividad ante estímulos como la sonrisa o el arrullo y otros (no manifiesta el más leve intento de establecer relación con extraños, ni reacciona positivamente ante el estímulo de que cualquiera intente establecerla con él). Este mismo autor señala que en los casos en que el niño no manifieste alteración alguna ante esta situación, este hecho constituye un indicativo de que podrían existir algunas alteraciones en la relación materno-infantil y sobre todo algunas distorsiones en la actitud materna, de tal forma, que el desarrollo psíquico del niño se encontraría ya afectado y su capacidad de afecto posiblemente lesionada (2).

Otra conducta que llamó poderosamente nuestra atención en los primeros acercamientos que se tuvo con el niño era el hecho de que Willy había perdido el reflejo de succión, aspecto este que resultaba llamativo pues la madre manifestaba que el niño había sido alimentado con biberón a partir de los dos meses de edad. Esta ausencia de la conducta de succión se acompañaba, por supuesto, de inapetencia, que en opinión de la enferme-

-
1. Stone, F.; Koupernik, C.: *Psiquiatría Infantil*. Salvat Editores, S.A. Pág. 63.
 2. Bowlby, J.: *Los cuidados maternos y la Salud Mental*. Ed. Humanitas. Cuarta edición, 1982. Pág. 27.

ra encargada de su cuidado era casi total. Por estas razones, el niño era alimentado a través de sonda nasogástrica.

Todas estas conductas observadas en el lactante nos hacían pensar en un síndrome claramente “depresivo” con características de “hospitalismo”, el cual podía tener su origen en experiencias de “deprivación materna”, por distorsiones en la actitud materna, básicamente, y de “deprivación ambiental” en general (3).

2.) Resultados obtenidos a través de la “Prueba DENVER escrutadora del desarrollo”.—

El niño presenta un déficit profundo en cuanto a su desarrollo psicomotor y de lenguaje, presentando un Coeficiente de Desarrollo (C.D.) menor a 1 mes de edad. Las áreas más afectadas son:

- **Motora gruesa.—**
 - No levanta, ni sostiene la cabeza.
 - No sigue los objetos con la mirada.
 - No presenta reacción ante ruidos o sonidos.
 - Manifiesta rechazo al contacto corporal.
 - Permanece en la posición en la que se lo coloque (pasivo).
- **Motora fina.—**
 - No presiona, ni agarra objetos, pero sí se lleva el puño a la boca aunque no succiona.
- **Lenguaje.—**
 - Existe un retraso severo. No presenta ninguna manifestación fónica elemental.
- **Socio - Personal.—**
 - No hay respuesta de sonrisa.
 - No hay respuesta ante estímulos de sonrisa o arrullo.
 - Cuando se le levanta no hay respuesta exploratoria visual.

3. A este respecto S. Bralic y colab. señalan, que el término “deprivación materna” se emplea para referirse no sólo a la separación o ausencia de la madre, sino a situaciones en que ésta va acompañada de otras desviaciones del patrón característico de relaciones entre madre e hijo. De esta forma, en situaciones en que existe “Distorsiones de la actitud materna”: “la madre está presente físicamente, pero mantiene una relación anormal y psicopatogénica con su hijo. Diversas causas, desde su exceso de trabajo, hasta alteraciones psiquiátricas, pueden impedir que la madre proporcione a su hijo lo que éste requiere para su normal desarrollo. Así, un niño criado en su propio hogar puede estar sometido a deprivación materna, en la medida en que sólo cuenta con la presencia física de su madre, y no con apoyo emocional cálido y adecuado”. (Bralic, S. y Colab. *Estimulación Temprana. Importancia del ambiente para el desarrollo del niño*. UNICEF, 1979. Pág. 50-52).

De esta forma, se puede concluir, que el concepto de deprivación materna no implica, como condición previa, que el niño haya sido separado de su madre; este sería el caso de algunos niños descuidados o maltratados (“battered child syndrome”).

Como datos adicionales al caso, debemos añadir que, si bien el niño fue internado por la madre, esta fue la única oportunidad en que ésta acudió al hospital. De esta forma, el niño sólo recibía visitas de la hermana mayor, una adolescente de 16 años, con la cual tomó contacto el psicólogo. En dicha ocasión nos informamos de que era ella la que tenía a su cargo el cuidado del niño, pero que además debía atender a tres hermanos menores, la cocina, el planchado y el lavado, y que por estas razones había dejado la escuela. Durante la entrevista manifestó que la situación se debía al hecho de que la madre debía viajar por motivos de comercio. Posteriormente obtuvimos el dato de que esta situación se originó cuando Willy tenía dos meses de edad y la madre fue encarcelada por motivo de fraude, habiendo tenido que permanecer en la cárcel por el lapso de casi cuatro meses, tiempo en el cual Willy quedó al cuidado de la hermana junto con sus otros cuatro hermanos. Respecto de los cuidados que la hermana brindaba a Willy ésta manifestó que no lo atendía mucho porque tenía muchos quehaceres y acostumbraba dejarlo en la cama. Cuando Willy presentó diarrea señala que le dio algunos remedios que le aconsejaron, pero que el niño fue empeorando poco a poco, y cada vez rechazaba más el contacto corporal (lloraba cuando se lo levantaba), por esta razón ella dejó de levantarlo.

Fue a través de la hermana mayor de Willy que se logró una entrevista con la madre.

II.—) INFORMACION DEL MEDICO PEDIATRA ENCARGADO DEL CASO EN EL H.I.A.P.

1.—) ¿Cuál es la patología que presenta el niño Willy de la cama N° 4?

R.—) Presenta desnutrición de tipo marasmático en III°, es decir que es muy aguda. También se encuentra afectado uno de sus pulmones por una infección, que es una neumonía, esto es algo que nos preocupa mucho, pues, hasta ahora no cede y se le están administrando drogas bastante efectivas en otros casos. El niño es un caso que nos preocupa mucho.

2.—) ¿Podría Ud. señalarnos, cuáles son las características de la desnutrición marasmática?

R.)— Se trata de un tipo de desnutrición calórico-proteica, que se presenta principalmente en niños lactantes y pre escolares, como consecuencia de una ingestión y/o utilización deficiente de alimentos de origen animal, acompañada de ingestiones variables de alimentos ricos en carbohidratos. A nivel comunal, la desnutrición calórico-proteica se considera como un transtorno causado por el hombre que vive en condiciones marginales, sabemos que hay una serie de determinantes sociales. A este respecto me gustaría manifestarle que sabemos que en la Universidad hay una Carrera de Psicología, pero hasta ahora los psicólogos no nos dicen nada a los pediatras. La desnutrición, sabemos, es uno de nuestros grandes problemas y aquí en el hospital notamos que los niños desnutridos presentan muchos déficits en psicomotricidad, lenguaje, nivel intelectual y otros aspectos.

3.—) ¿Podría describirnos cuál era la conducta que presentaba el niño cuando fue internado?

R.—) Estuvo totalmente pasivo, lo que nos llama la atención de este niño es que no llora. Tenía ese color ceniza que ha podido observar.

Parecía una ratita. Pero muchas de sus conductas se pueden entender porque se encuentra en estado crítico, consideramos que está en estado casi pre-mortem. No está respondiendo al tratamiento, la infección del pulmón no cede.

4.—) ¿Cuales cree que podrían ser las causas?

P.—) El niño presenta todas las características de lo que conocemos como un “niño de cajón”; es decir, que se trata de niños que son casi abandonados, no los estimulan, se los deja en la cama o en un rincón, y Ud. sabe que eso tiene sus repercusiones. El único espacio que miran es el techo o el espacio del cajón.

5.—) ¿Cuál cree que es el papel de la madre en la enfermedad de Willy?

P.—) Sabemos que es la hermanita la que lo cuida. Evidentemente la madre tiene un papel fundamental, pero ha veces no lo entienden.

III.—) ENTREVISTA CON LA MADRE

1.—) ¿Cuál es su nombre y su edad?

R.—) Rosario y tengo 39 años.

2.—) ¿Podría decirme, cuáles fueron las condiciones en que se embarazó de Willy?

R.—) Me embaracé casi después de cinco años, mi embarazo fue un poco inesperado, bueno son cosas que pasan, especialmente el médico me dijo que adolecía de la cabeza y como con mi marido ya no hacía vida, nos dejó mi marido así que este hijo he venido a tener con otro hombre. . . . El trabaja en la policía en criminalística, así, he venido a tener relaciones y me he visto esperando. El médico me dijo que tenía que hacer así, que tenía que tener contacto porque de eso dice que me venían los dolores de cabeza, porque el padre de mis hijos, el que nos ha dejado era muy exigente sexual y a eso dice que se había acostumbrado mi matriz. . . y de eso ha sido que he tenido que hacer vida con el padre de mi hijo. Es un hombre casado. El quería hacerme curar, pero no pudieron curarme porque dice que tenía mal la matriz.

3.—) ¿Usted se refiere al aborto?

R.—) Sí.

4.—) ¿Usted quería abortar?

R.—) Sí, su padre mismo quería. . . él no quería que venga a tener mi hijo. Entonces yo dije ya está que voy a hacer, como también me hacían la vida imposible mis hijos entonces decidí y con la bendición de Dios. . . dijeron que mi matriz estaba mal y que era peligroso.

5.—) ¿A qué se dedica usted?

R.—) Bueno antes viajaba yo haciendo mercadería, haciendo negocio no? Pero mala suerte no hace mucho he venido a tener una pérdida, todo me han robado, todo el dinero que llevé a Santa Cruz, porque de La Paz llevaba. . . porque allá cuando hace frío usan cosas ca-

lientes y como yo tengo ataques epilépticos nerviosos, un rato de esos cuando me empecé a descomponer entonces me tomé unas píldoras y me dio sueño pero yo agarrada de mi bolsón así estaba (hace el ademán), pero me había quedado dormida pues, hasta que el chofer me dijo: "señora ya han bajado todos bájese" ya llegando a Cochabamba, "¡Ah, ya!", le dije y no había mi bolsón y comencé a buscar. Y de eso he venido a quedar en quiebra y debo hasta ahorita dinero, mil setecientos... no un millón setecientos, debía dos mil o dos millones.

6.—) **¿A qué se dedica actualmente?**

R.—) Ahora me dedico vendiendo refresco, en la Policía estoy vendiendo, cuando estaba detenida gracias a Dios tenía conocimiento de la policía, de ahora en hay que vendo refresco.

7.—) **Cuando usted me relató las condiciones en que se embarazó de Willy, ¿usted no esperaba un embarazo?**

R.—) No, no esperaba.

8.—) **¿Quiere decir que fue una sorpresa?**

R.—) Sí, fue una sorpresa.

9.—) **¿Cuál fue su primera reacción?**

R.—) Me dio pena porque dije otro hijo más ¿qué voy ha hacer? Fui a decirle a su padre, pero él no quería saber nada y como hasta ahora no quiere saber nada del chico, por eso no viene ni a verlo, no le importa nada del chico.

10.—) **¿A qué mes tuvo usted certeza de que se encontraba embarazada?**

R.—) Bueno como cada ocho se me adelanta así que esperé yo el veintiocho del mes para que me baje... fuera de eso tome unas tabletas, pregunté en la farmacia si podían darme unas tabletas, esto fue después de quince días que no me bajaba. Dije que de repente con eso me bajaba, pero no me hizo nada. Entonces fui al hospital, me hicieron unos análisis y me dijeron que sí que estaba embarazada.

11.—) **¿Usted imaginaba o pensaba algo cuando el niño estaba en su barriga? Me refiero a si pensaba algo acerca del niño.
¿Imaginaba cómo podía ser?**

R.—) Sí, he llevado muy grande nunca con mis otros hijos he llevado tan grande, hasta la doctora misma me dijo, la que me ha observado, me dijo que iban a ser mellizos, me dijo que me haga ver al frente del Viedma... me fui ha hacer eso en hay vine a saber que iba a ser hombrecito, cuando ya estaba de siete meses, lo único sí la placenta la tenía muy deshecha y que el niño estaba bien pero no muy gordo tampoco, pero con las cosas que me dio, me dio unas tabletas la doctora para que tome, tomé las tabletas y un jarabe como hígado... me compré eso inyecciones más me hice colocar. Después de eso ya vine y me dijo que estaba bien y le dije a la doctora que no eran mellizos, pero llevaba tan grande... primero le dije que la placenta estaba deshecha y crecida. Al saber que no eran mellizos la doctora se alegró.

12.—) ¿Durante su embarazo Ud. se ha sentido apoyada por alguien?

R.—) No.

13.—) ¿Cómo fue su parto?

R.—) Normal.

14.—) Hablemos ahora de Willy, ¿cómo era el niño cuando nació?

R.—) Bueno, cuando ha nacido pesaba tres ochentacincos, no era si grande, morenito. A los nueve días ya pesaba cuarenta... cuatro setenta y cinco. Después a los dos meses sí, estaba bien. A los tres meses ha venido a recaer mal.

15.—) ¿Usted a qué atribuye la enfermedad de Willy?

R.—) Claro, como me dijeron que había empezado con diarrea y vómitos dije infección, lo llevaron al médico... lo llevamos, no, desde esa vez ha estado mal y mal nomás siempre. En el hospital mismo su doctor que tenía varias veces le he visto andando por aquí también, varias veces le han hecho análisis pensando que tenía gusanos que por eso vomitaba... no lo paraba nada más que leche que tomaba a cada momento, pero igual nomás lo botaba por arriba y por abajo. Así, que de eso me dijo "mira doña Charo estás gastando más de la cuenta cada vez, cada vez se descompone por que no lo haces ver de repente", y una viejita donde vivía más antes de que venga a vivir en este otro cuarto que tengo, me dijo haber tray te lo he de ver yo a tu hijo, así de su orejita lo tocó, así de su nariz, "este tu hijo está orijado" me dijo, "tienes que hacer", eso no entienden aquí los médicos no? Me dijo que lo meta a la panza de la vaca, lo he hecho hacer todo, me dijo que lo bañe con hierbas, pero en vano, ha seguido así cayendo mal, mal y ha comenzado ya también a toser, será que lo he hecho andar en el río después de haberlo bañado con hierbas calientes, lo envolví bien y le hice sudar de ahí me dijeron que por el río lo haga andar para que se vaya la enfermedad no? En eso ha sido que yo lo he hecho resfriar al chiquito o tal vez... en todo eso, pero el doctor me dice "no es de eso", sino que el chiquito debe tener un contagio.

16.—) ¿Usted piensa que Willy se parece a alguien?

R.—) No, no sé doctora... lo único los ojos tiene a mi hija a la jovencita, a ella lo tiene; después la boca... que le cae a su padre pues!

17.—) Dígame ¿quién cuida a Willy, quién se encarga de él?

R.—) Mi hija, la señorita con la que Ud. habló, ella se hacía cargo.

18.—) Mientras tanto, ¿usted qué hacía?

R.—) Yo viajaba pues! Yo trabajaba, porque tiene que tener en cuenta doctorita que somos seis bocas y yo sola tenía que mantener. Tengo un hijo mayor también que no trabaja en nada... así que yo tenía que pagar de todo, la mantención. La alimentación, la leche para mi hijo... porque yo tengo otra hija, cinco años es lo que tiene, no le he dado yo nadita de leche, nadita de leche, le he dado maíz huilkaparo nada más, pero ahora se baña con agua fría, hace lo que sea, no enferma la chiquita y si enferma, un ratito es con la

peste, se le da cualquier cosita y se sana nomás, no me hace gastar, este mi hijo me está haciendo gastar.

19.—) **¿Podría contarme, cuáles eran los cuidados que Ud. le daba al niño, alguna vez lo alzaba?**

R.—) Sí, pero lo único si ya me canso mis manos me duelen... Pero más es el cariño de mi hija que ha tenido y por eso la mira y no quiere estar conmigo con ella nomás quiere.

20.—) **¿Cuando Willy llegó al hospital estaba en muy malas condiciones?**

R.—) Sí, el doctor me dijo "señora tiene que internarlo inmediatamente porque sino hasta mañana su hijo se muere", pero doctor "yo no tengo dinero", le dije, estaba con dos mil pesitos ese día, porque ya de la policía me trajeron escoltada a hacerlo observar una semana atrás porque todavía no estaba arreglado mi problema y hemos dormido con el chiquito en la policía. Mi hija me sabía traer al chiquito porque sabía querer salirse a pasear, sabía quedarse a veces conmigo en la policía se podía decir que ahí se ha contagiado

21.—) **Estaba usted detenida?**

R.—) Sí, estaba detenida, por eso la chica me traía cuando quería salir, después no. Ella se quedaba... de eso yo he empezado a vender refresco en la policía.

22.—) **¿Cuánto tiempo ha estado usted detenida?**

R.—) Tres meses y medio, casi cuatro.

23.—) **¿Qué edad tenía Willy cuando usted fue detenida?**

R.—) Estaba de tres meses.

24.—) **¿Ya presentaba los cuadros diarreicos?**

R.—) Ya, ya estaba.

25.—) **¿Cómo usted lo encuentra ahora a Willy?**

R.—) Está mejor, está bien, yo digo que siga. Mañana yo me voy a ir a Quillacollo y mis hijos se van a quedar a vender aquí en la policía.

26.—) **¿En qué lugar o zona de Cochabamba vive usted?**

R.—) En Cerro Verde o sea final 6 de Agosto, de San Carlos ahí atrás, en la subidita de los Andes una cuadra más arriba. Recién hace tres meses que tengo ese cuarto.

27.—) **¿Es casa alquilada? ¿Cuántos cuartos ocupa usted?**

R.—) Sí, es alquilada y yo ocupo un solo cuarto, hay otros cuartos que ocupan otras familias, son siete cuartos.

28.—) **¿En ese cuarto vive usted con toda su familia?**

R.—) Sí, con toditos vivo pues! Es que no alcanzo para agarrar más.

29.—) **¿Vive usted sola o tiene un compañero o pareja?**

R.—) Sola, sola me ocupo de mantener la casa, porque el padre de mi hijo no me ayuda con la mantención del chiquito, es hombre casado tampoco puedo obligarle, pero él me cuesta plata y el tiene que ayudarme con las pensiones, ya le he dicho, “es tu problema de vos” me ha dicho, “entregámelo” me ha dicho, “ya, pues, te lo voy ha entregar” le he dicho, “pero sano entregámelo”, me dice, “porque si tú me lo hubieses entregado mi hijo no estaría así”, porque él quería que se lo entregue cuando él nació. Ahora pienso que hubiera sido mejor que lo mande a un hogar porque, mire, ya tiene diez meses está que no puede ni pararse siquiera.

30.—) **Pero usted debe saber que muchos de los déficits que tiene Willy se pueden superar, porque hace dos meses tenía apenas el desarrollo de un recién nacido y ahora ya puede sentarse, coge objetos, sonríe; porque cuando él llegó no tenía ninguna reacción, permanecía totalmente pasivo.**

R.—) Sí, sólo se quejaba como un gatito, así lloraba “ha, ha”.

31.—) **¿Piensa usted que sus ausencias han tenido algo que ver con la enfermedad de Willy?**

R.—) Sí, pienso eso y que tal vez no lo ha atendido bien también, como no es el hijo de su mismo padre... pero ella también me lo ha criado a mi otra hijita de cinco años, porque mi marido me ha dejado embarazada de un mes y medio se ha ido a la Argentina con otra mujer.

32.—) **¿De dónde es usted?**

R.—) De Potosí.

33.—) **¿Cómo se siente actualmente, cuáles son sus condiciones de vida en este momento, cuáles son los problemas por los que se encuentra atravesando?**

R.—) Yo, actualmente estoy un poco delicada me duele la vesícula, después la cabeza y con mis ataques, que a diario tomo tabletas; será la preocupación.

34.—) **¿En qué consisten sus ataques?**

R.—) Comienzo a sacudirme todito el cuerpo y me caigo nomás.

35.—) **¿Pierde el conocimiento?**

R.—) Cuando me da el ataque sí, completamente, simplemente me estiro y nada más.

36.—) **¿A consultado algún médico acerca de esto?**

R.—) Son veintidos años que tengo estos ataques, desde la primera vez que vine a tener mi primer hijo.

37.—) **¿No sabe usted a qué se debe?**

R.—) Bueno, la mala alimentación cuando estaba embarazada... no ha podido enfermarme y me ha dado ese ataque eclámsia que se llama, qué se llama eso? Según los doctores ese gas que votamos cuando nos estamos desembarazando me ha subido a la cabeza y que por eso me vienen esos ataques, porque cuando reniego es grave, me quiero encoger doctorcita y ahora mis hijos me hacen renegar bien harto, no se qué voy ha hacer, por eso también estoy pensando in-

ternarles, porque mi hijo, el mayor, no piensa trabajar ni tampoco esta mi hija... yo nomás! yo nomás!... y mi otra chiquita que tiene doce años con ella me hago acompañar. Aunque no me crea doctorita, puede usted ir a preguntar a la policía doce, once de la noche me estoy yendo a mi casa a dormir, luego y a veces en mi casa no hacen hervir ni canela, ni pepa nada, yo sola tengo que estar haciendo.

38.—) ¿Se siente usted apoyada por alguien?

R.—) Por nadie, por nadie, actualmente, tengo yo otro querido le digo, no el padre de mi hijo otro hombre, es buena gente, siempre me da alientos como se puede decir, pero como no sé cómo se llama, así, materialmente no, claro sí me alienta, por ej. me dice: "vas a ir a Quillacollo", sí, "yo también voy a ir, vamos a ir a hacer batidas". Los chicos también no le quieren porque les llama la atención y cuando se sale se van me dicen, a lo menos mi hijo el mayor me dice: "te vas y te quejas vos a tu macho", en esa forma, bien bajo es mi hijo, bien malcriado y tiene 22 años. Yo no digo nada, no llamo la atención de nada; si tengo dinero tengo que andar con el dinero en mi bolsillo, porque si dejo en mi casa desaparece, y al día siguiente ya está borracho en mi casa.

39.—) Señora, me gustaría hablar ahora de la relación que tiene usted con su hijo, con Willy. A través del trabajo que hemos realizado con el niño hemos podido observar que se trata de un niño necesitado de mayor atención y cuidados, necesitado de cariño y calor maternal. Usted debe saber que los niños pequeños necesitan para su normal desarrollo mantener una relación íntima con alguien, particularmente con su madre. A un niño no le sirve de nada una mamadera puesta en la boca si es que no hay alguien que lo acompañe en ese momento, un niño necesita que se le hable, que se lo levante en brazos, que se juegue con él; es decir, señora, que él necesita tener un lugar importante en la familia.

R.—) Mi hija, pues, ha comenzado ha dejarlo mucho a mi hijo, su misma madrina le ha llamado la atención, no se que es lo que pasa con mi hija. También el chico ha dejado de agarrar la mamadera, se ha olvidado de chupar, pues, ahora mismo le cuesta, se le está saliendo por un lado de su boca. Como usted dice ella le dejaba en la cama, si agarraba o no agarraba la mamadera no sabía ella. Yo con lo que tengo que trabajar no puedo doctorita... claro sí hay veces me lo cargaba... yo le soy sincera no puedo yo sostenerlo, claro cuando luego yo y el chiquito está despierto me lo "marko", pero después así de día no puedo.

40.—) ¿No cree usted qué además de preguntarnos acerca de lo que pasa con su hija, que es una adolescente y no es la madre del niño, es importante también que usted se pregunte qué pasa con usted y el niño?

R.—) Sí, pero yo no puedo, además, él no se apega conmigo... yo se que él es mi hijo... yo se que tengo que procurar... yo trabajo con los mismos detenidos y eso es difícil para mí... es bien difícil.

41.—) Señora Charo me gustaría que tuviéramos aún más conversaciones usted y yo, y que pudiéramos entender más lo que pasa con el niño y qué es lo que él está pidiendo a través de su comportamiento.

IV.—) CONSIDERACIONES ACERCA DE LA SITUACION DE LA "SALUD INFANTIL" EN NUESTRO PAIS Y LAS AREAS PROBLEMA QUE PROPONE COMO CAMPOS A SER ABORDADOS POR LA INVESTIGACION PSICOLOGICA

Según la UNICEF, "la tasa de mortalidad infantil es probablemente el indicador que refleja con mayor exactitud, no sólo el estado de los servicios de salud, sino también las condiciones generales de vida de la población".

En el campo y en los barrios periféricos urbanos, son pocas las familias que no conocen la muerte de uno o más de sus hijos. De cada cinco niños que nacen en el país (el número promedio en una familia boliviana), sólo cuatro cumplen su primer año. De estos cuatro, el 14% muere antes de comenzar la escuela.

Existen considerables diferencias en la mortalidad infantil en diferentes regiones y estratos socioeconómicos del país. Un niño nacido en una comunidad rural del altiplano tiene más probabilidad de morir antes de cumplir los dos años de edad que otro del trópico o los valles. Pero si su madre habla sólo una lengua indígena, las desventajas económicas y educativas asociadas a su condición social darán al niño menores alcances aún de sobrevivir.

La cifra global de mortalidad infantil es de 200 niños por mil. Este alto índice de mortalidad en los primeros años de vida resulta en una expectativa extremadamente baja, inclusive para nuestro continente. La OMS informa que la esperanza de vida para los países desarrollados es del orden de 71 años, mientras que en los países subdesarrollados, es de 57 años. En Asia meridional llega a 54 años, en Africa a 51, y en Sudamérica, como promedio, a más de 60. Pero Bolivia tiene actualmente una expectativa de vida de sólo 48 años.

1.—) Causas más frecuentes de la morbi-mortalidad infantil.—

Un porcentaje importante de muertes durante el primer año de vida está ligado a la falta de atención adecuada durante el embarazo y el parto. El difícil acceso a los centros de salud, el factor económico, desconfianza hacia los médicos y la falta de educación respecto a las ventajas del control prenatal, influyen en esta situación. Un estudio estableció en 21.7% la incidencia de muerte infantil por causas peri-natales.

En el primer año de vida, las enfermedades respiratorias son responsables de 37.1% de muertes, seguidas por las enfermedades diarreicas con 21.9%. Pasada esta edad, las diarreas se convierten en la primera causa de muerte, seguidas por el sarampión y las enfermedades respiratorias. Una razón para esta inversión en las causas de muerte es la suspensión de la lactancia materna, que deja al niño más vulnerable a las infecciones y a la desnutrición.

Así pues, las enfermedades que más comunmente aquejan a nuestros niños son las enfermedades respiratorias, gastrointestinales e infecciones (tuberculosis).

Todas estas enfermedades son prevenibles y curables, y en los países desarrollados rara vez constituyen causas de muerte. Su letalidad en países

como Bolivia se debe al "Síndrome de la pobreza" mencionado por diferentes investigadores; el cual está constituido por "un conjunto de factores económicos, nutricionales, sociales y educativos que predisponen al niño a un estado físico tan débil que una enfermedad menor lo puede llevar a la muerte".

En el caso de las diarreas existe un "círculo vicioso" particularmente peligroso para los niños. La desnutrición predispone al contagio de las enfermedades infecciosas gastrointestinales, las cuales, en su turno, provocan la deshidratación y una mayor desnutrición del niño, que muchas veces resulta fatal.

La OPS/OMS nombra a la desnutrición proteico-energética como "primera causa asociada" de muerte, presente en el 37.1% de los casos estudiados.

1.2.—) La desnutrición infantil.—

De acuerdo a los estudios efectuados por el INA en 1980, son los niños que no lactan y cuya alimentación complementaria es deficiente, los que empiezan a manifestar señales de desnutrición y las enfermedades que la acompañan. Por la pobreza de dieta familiar y la falta de orientación nutricional, la gran mayoría de los niños, a partir de la edad del "destete", no reciben los alimentos que requieren para garantizar un buen desarrollo físico y mental.

En 1981, el INAN efectuó un estudio sobre el estado nutricional de la población de niños de 6 a 59 meses de todas las regiones del país. Concluyó que la desnutrición crónica prevalescente en áreas urbanas y rurales, con tasas que alcanzaban el 48% y 56% respectivamente, estaba resultando en un retardo del crecimiento lineal de los niños. "Su talla reducida se debe a un mecanismo de defensa biológica que permite al organismo adaptarse a la deficiencia alimenticia, porque los requerimientos nutricionales son menores en niños de menor estatura" (4).

Estos datos nos permiten, también, pensar que pueden existir perturbaciones psíquicas (intelectuales y afectivas), asociadas a este fenómeno de la desnutrición, que muchas veces aparecen reflejadas en los coeficientes de desarrollo de estos niños, en los coeficientes intelectuales y en otras perturbaciones de la conducta que presentan.

2.—) La población infantil y su dimensión.—

El componente más joven de la población boliviana, aquel ubicado en el tramo 0-14 años de edad, constituye según el censo de 1976, el 42% del total de la población boliviana. Este grupo poblacional constituye el factor más importante de la dinámica demográfica futura, a la vez que es indicador de nuevos puestos de trabajo en el aparato productivo y de las necesidades en relación a los distintos servicios sociales. Además, no debemos olvidar que este grupo es el más modificable de la población total.

Diferentes estudios señalan que alrededor del 81% de los niños que residen en el territorio nacional, son considerados como pobres, personas que carecen de un bienestar mínimo. El 20% está caracterizado como indigentes extremos. La mayor parte de los niños pobres están ubicados en áreas rurales de los valles y el altiplano y en áreas periféricas de los centros urbanos principales.

4. Rancoe, S. "Salud y Enfermedad en Bolivia". Revista. Ed. CEDOIN, Bolivia 1984.

3.—) La salud infantil como área problema.—

Todos los aspectos que se hallan comprometidos en el problema de la salud infantil le dan, pues, al mismo tales dimensiones que lo constituyen en "problema prioritario", que compromete tantos y múltiples aspectos que requiere la atención de un equipo multidisciplinario y no de profesional aisladas.

El análisis del caso que presentamos en el presente trabajo pretende demostrar que en algunos casos de desnutrición, además, de los factores ya señalados por médicos, nutricionistas, economistas y sociólogos; se juegan factores psíquicos que, también, pueden constituir factores de riesgo en el estado de salud de nuestros niños. La calidad de la relación materno-infantil constituye un factor de peso en la salud del niño; así como, constituye, también, en elemento a través del cual se puede realizar una profilaxis de la misma.

V.—) CONSIDERACIONES TEORICAS ACERCA DEL CASO

A. Pérez señala que: "El ser humano es el ser vivo de más alto nivel de complejidad de organización psicológica. Esta característica le permite afrontar su supervivencia con muchos más recursos que otras especies vivas. Pero también el costo es mayor" (5).

MADRE ——— NIÑO

UNIDAD
PAREJA DUAL

"NATURALEZA SOCIAL DEL HOMBRE = NECESIDAD DEL OTRO
PARA SER ESTRUCTU-
RADO COMO SUJETO
HUMANO".

A partir de los trabajos de S. Freud ha quedado establecido que la "presencia" de una figura materna durante los primeros años de vida posee una importancia crucial para el normal desarrollo del niño. Con ella establece su primera relación afectiva y, en general, la madre actúa como proveedora y mediadora de estímulos sociales y emocionales. La ternura de la madre le permite ofrecer al niño una extensa gama de experiencias vitales, y su actitud afectiva determina la calidad de la experiencia misma. Todos percibimos las manifestaciones afectivas y reaccionamos a ellas de una manera afectiva. Esto es aún más evidente en el niño, pues él percibe de un modo afectivo mucho más pronunciado que el adulto. Entonces podemos preguntarnos, ¿qué pasa cuando la figura materna o su sustituto no proporciona experiencias afectivas? A esta pregunta responde D. W. Winnicott, cuando señala que en el desarrollo emocional individual el precursor del modelo es el rostro de la madre.

Acercas de esta función de espejo del rostro de la madre y de la familia, Winnicott señala que en las primeras etapas del desarrollo emocional del lactante, el medio ambiente (y en él la figura materna) tiene un papel vital y, de hecho, el pequeño aún no lo distingue de su propia persona. En forma gradual se realiza la separación del no-yo del yo; y el tiempo que toma el proceso varía de acuerdo con el pequeño y con el medio. Los cam-

5. Pérez, A.: "El niño, la familia, el pediatra". Artículo, Rev. "Terapia Familiar". Pág. 31.

bios principales suceden en la separación de la madre como una característica del medio percibida objetivamente. Si no hay una persona para que represente a la madre, se complicará bastante la tarea del desarrollo del pequeño.

Winnicott señala, también, que la función del medio ambiente incluye, en forma breve:

- 1.—) Sujetar.
- 2.—) Manipular.
- 3.—) Ofrecer un objeto.

El resultado en el bebé, de estas disposiciones ambientales, es una máxima madurez personal, es su humanización gradual. Con la palabra madurez en esta etapa, Winnicott incluye los diferentes significados de la palabra integración, así como la relación psicosomática y la relación con un objeto.

A un bebé se le sostiene o se le maneja satisfactoriamente y después se le presenta un objeto de tal manera que no se viola la legítima experiencia de omnipotencia del bebé. El resultado puede ser que el bebé sea capaz de usar el objeto, sentir como si este fuera un objeto subjetivo que le permite "significar" una ausencia y soportar el peligro de su propia indefensión. A este respecto, Winnicott introduce los conceptos de "objeto transicional" y "espacio transicional". El "espacio transicional", constituye un espacio intermedio, un tercer área o campo de experiencia, en el cual se asegura la transición entre el "yo" y el "no yo", la pérdida y la presencia, el niño y su madre. El "objeto transicional" constituye el signo tangible, evidencia de ese campo de experiencia (6).

Ahora bien, más específicamente, podemos preguntarnos ¿qué pasa en la relación del lactante con su madre? Si observamos bien veremos que el bebé mira a su alrededor. Quizás el lactante no mira el pecho de la madre. Es más característico que le mire la cara, pero ahí, ¿qué es lo que ve el bebé cuando ella o él mira el rostro de la madre? D. W. Winnicott señala, que lo que el bebé ve es a sí mismo. En otras palabras, cuando la madre mira al bebé su aspecto se relaciona con lo que ve ella en ese acto. Con esto estamos sugiriendo y pidiendo que esto que hacen bastante bien las madres, como es el dar de mamar y proporcionar cuidados al niño, no se tome a la ligera.

Podemos aclarar esto último refiriéndonos directamente al caso del bebé cuya madre refleja su propio estado de ánimo o peor aún, la rigidez de sus propias defensas. En tal caso, ¿qué es lo que ve el bebé? Podemos decir que la negación de sus propias experiencias. Existen también ocasiones singulares en las que la madre no puede responder. Entonces el bebé puede tener una gran experiencia de no recibir nada de lo que él está dando. Ellos miran y no se ven a sí mismos, sino a la negación de su propia existencia.

Por supuesto que existen consecuencias de estas distorsiones en la relación materno-infantil. Primeramente la propia capacidad creativa del bebé se comienza a atrofiar y de alguna u otra manera busca otras formas de recibir algo de él mismo del medio ambiente, como es el caso de la enfermedad orgánica. Un bebé tratado de este modo crecerá confundido, o renunciará a su existencia. Si el rostro de la madre no responde, entonces el espejo es una cosa que se puede mirar pero que no se puede penetrar.

6. Winnicott, D. W.: "Realidad y Juego". Ed. Gedisa. Págs. 12-30.

En el caso que nos ocupa podemos preguntarnos, ¿qué es lo que vio el niño en el rostro de esa madre que lo esperó como un mal que no se pudo evitar, algo con lo que tuvo que conformarse y de lo que no la pudieron "curar"? ¿qué vio y qué ve en el rostro de la adolescente que no es un sustituto materno, y para quien él es una tarea y una obligación que tuvo que asumir? Proponemos, que lo único que se le devuelve a Willy es la negación de su propia existencia, pues se lo olvida en el rincón de un cuarto (hacinado) como si no existiera. Ninguno de esos rostros devuelve nada de lo que él da, se niega su experiencia, se le niega, por lo tanto, la posibilidad de experimentar placer (el mismo es un displacer para los demás); es por esta razón que deja de mamar, esta es una forma de dejarse morir, de renunciar a su existencia. No hay nada que posibilite esta su existencia, que lo soporte como un bebé.

VI.—) UNA ESCUCHA CLINICA

Es posible abordar la situación de Willy desde una escucha clínica-analítica.

En primer lugar, como lo enuncian todas las líneas analíticas después de Freud, la madre ocupa un rol vital en la estructuración de la posición del bebé en el mundo. ¿Quién es la mamá de Willy? Es una mujer como tantas otras, abandonadas a la arbitrariedad de la vida, sin ningún tipo de proyecto. Existen experiencias específicas que la marcan - trabajar para sobrevivir, la presencia de los hijos; la existencia de los distintos hombres que la abordan y quienes se constituyen en los padres biológicos de estos hijos. No se vislumbra nada más en el horizonte de sus discursos.

¿Qué puede desear esta mujer? Aparentemente desea "alcanzar" el día y estar "acompañada" por un hombre. Pero ¿existen los hijos como objetos de su deseo? En realidad Willy parece excluido. No es deseado por ella, no es deseado por la hija. ¿Cómo puede sobrevivir un ser humano quien se halla rechazado por la lógica del deseo del Otro? La madre posiblemente ni siquiera lo incluye dentro de su interés cotidiano. Es como si el arco que sostiene la vida de esta mujer no tuviera la curvatura para contener a Willy.

En algún sentido la internación del niño puede ser considerada como un intento de sostenerlo a través del Otro, el del saber médico. Este Otro de la ciencia difícilmente pueda suplir a ese Otro, la madre quien posibilita la humanización del otro a través de su discurso y que ve quizá su deseo. El discurso médico no produce la vida humana, sólo certifica que un cuerpo biológico expulsó a otro cuerpo.

La madre sostiene una organicidad dentro de la estructura simbiótica de la diferencia de sexos. La matriz es la responsable de que esta mujer deba buscar un hombre para mantenerse sana; es este un remedio que se proyecta sobre ella desde un consejo médico, porque no decirlo, nuevamente interviene el Otro - Profesional.

Se trata de una Mujer - Matriz, significativo orgánico que segrega productos vivientes. Esta matriz desea a un hombre; pero no es de ninguna manera el sostén de un niño. Willy llega porque la madre no pudo "curarse"; es precedido por esta nominación de "enfermedad". La existencia de Willy se apoya en este circuito de Negación-Enfermedad. No es llamativo que actúe como un bebé pasivo, ausente, depresivo, deteriorado; encaja simétricamente con el deseo de la madre. Hay que plantearlo: el objeto del

deseo de la madre es el Falo; Willy interpreta la impotencia de acceder a este objeto del deseo, es un Falo Fallado - es una enfermedad.

¿La Madre? Es una mujer empobrecida, marginal, delictiva; fuera de la ley. Carga con los hijos cuando en realidad ya se deshizo de ellos poco después de nacer - son las condiciones de la pobreza. Indudablemente la Pobreza oculta una lógica psíquica difícil de detectar a priori. El discurso de esta mujer excluye todo lo que se introduce dentro del orden de la ley. Ella quiere vivir con su macho y sin poder abstraerse de esta ilusión que implica la relación sexual. Delega sus funciones maternas sobre su hija, con la esperanza de que ella las reproduzca dentro de su propio deseo. Al fallar la hija, introduce al Otro-Médico imaginando que él pueda construir lo que a ella le falta: un Niño - Falo. La respuesta de Willy es intensa: parece identificarse con lo que le falta a la madre, y no así con lo que añora el Falo. Reducirse a un puro significante por identificación con lo faltante, no estamos lejos de la muerte.

Willy no muestra emociones, no llora no molesta, se funde con las cosas empobrecidas del entorno de este grupo familiar. Verlo a Willy es como ver cualquier otro objeto. Se mimetiza con el ambiente, desplazamiento metonímico, parece perdido. Es un niño que ya no quiere costar tanto dinero, sencillamente deja de mamar; rechaza ser alzado, está siempre echado en una cama.

¿Será posible que este niño se esté dejando morir?

Un profesional lo llama "niño de cajón"; significante mortuario: "como estar ya en el cajón". Pierde el reflejo de succión, comportamiento básico para sobrevivir; no manifiesta estar "allí", parece indiferente a los rostros que se le asoman tratando posiblemente de recibir un signo.

¿Es que existen niños como Willy en países así llamados desarrollados?, ¿o podemos pensar que Willy es un producto de la pobreza?

Hace falta una madre particular para reproducir niños como Willy. Podríamos pensar en un discurso psicotizante: usa el lenguaje de los órganos - significante biológico - donde el cuerpo de este niño está vaciado del ser. Perforado, antes de nacer, por esta imposibilidad de "ser" encarnado en el deseo del Otro. Para esta Mujer, toda ella Falo, su macho es un instrumento metonímico que hace trabajar su "matriz" y elimina "dolores de cabeza". El Hombre, cualquier hombre sirve; ella efectúa un ejercicio "para curarse". Tantos hombres en su vida, sin otra significación que el de producir un goce fálico - un goce para ella.

Frente al deseo del Otro, ella responde con la impotencia. "Yo no puedo cargar con todos estos hijos". No los puede imaginarizar: no los puede tocar, ni alzar, ni mirar, ni amamantar. Es impotente. Sitúa su síntoma sobre el cuerpo: cada hijo le trae un ataque. Es un cuerpo empobrecido, desnutrido. ¿Cómo puede nutrir a otro?

La pobreza oculta este desarrollo del deseo; ¿pero lo que se juega qué es? Esta imposibilidad de situar la existencia más allá de lo orgánico. Lo que invita a vivir es esta representación imaginaria de la muerte biológica del cuerpo; pero cuando se sustrae la representación se pasa al acto: el sujeto actúa la muerte.

Morir es el efecto de esta ausencia de significación. Willy ¿es puro significante? Substraerse por completo sin luchar por sobrevivir, es pensar que se sumerge en lo real - dimensión donde reina la falta de simbolización.

A Manera de Concluir:

La madre de Willy pone en juego un discurso psicotizante; el niño sólo tiene un estatuto biológico - cuerpo enfermo, cuerpo sano - su existencia se encuentra desplazada del eje del lenguaje. ¿Qué le queda a Willy que jugar con el acto?

Acto seguido el niño se enferma mortalmente; no responde al tratamiento médico. Con inhibición del reflejo de succión, no soporta ser alzado ni tocado, presenta una desnutrición grave. Prefiere la quietud de la cama; está ya fuera del desarrollo de lo cotidiano. Esta "resta" de sí mismo llega al extremo de no manifestar emociones, sólo a veces gime como un "gato". Hasta para expresarse parece fuera de lo humano-simbólico. No hay llanto, ni quejas - es un niño sin síntomas. Es un cuerpo "allí" desnutrido, así llamado "niño de (para el) cajón".

¿El síntoma?, pareciera que lo que estuviera sintomatizado fuera este reducirse a la mínima expresión de lo vivo - simbólico. Willy es en realidad la queja de los otros. Es esta respuesta al deseo del Otro: pone su cuerpo para la impotencia de la madre. La madre no lo puede "cargar"; los médicos no lo pueden "salvar".

Pensamos que Willy es uno de los tantos niños suspendidos del deseo del Otro.

Martha y otros casos clínicos

Una aproximación psicoanalítica lacaniana

MONICA PELLIZA DE TRIGO

Pero, entonces, todo anda bien en el psicoanálisis?

Seguro, hoy todo anda bien en el psicoanálisis.

"MICHEL SILVESTRE"

El Dr. Jacques Lacan plantea: "Lo que constituye el campo analítico, es idéntico a lo que constituye el fenómeno analítico a saber, el síntoma" (1). El síntoma histérico, fundador del psicoanálisis, se sostiene en el lenguaje. Freud escucha a las histéricas hablar, de donde extrae la clave de la determinación del síntoma, el inconsciente.

Los síntomas, los lapsus, los sueños, permiten ver la articulación de estos fenómenos con la estructura del lenguaje. El inconsciente se plantea como "otra escena", desde la cual se organizan los fenómenos analíticos. Freud descubre que la sexualidad es la que subyace a las formaciones del inconsciente, sexualidad insatisfecha que reaparece entrelazada al deseo.

Lacan dice: "si ello habla en el Otro, ya sea que el sujeto lo escuche o no con su oreja, es que es allí donde el sujeto por una anterioridad lógica a todo despertar el significado, encuentra su lugar significativo" (2).

Plantea a propósito del Falo "...es el significante destinado a designar en su conjunto los efectos del significado, en cuanto el significante los condiciona por su presencia de significante" (3).

El sujeto —\$— aparece escindido a partir del significante, pues no significa nada si no es representado por el significante amo —S1— el Falo. Los efectos de significación son efecto de la combinación del significante primero con otros significantes.

El falo se relaciona directamente con el deseo. El deseo es del Otro portador del falo —la madre— luego el padre en cuanto cumple la función de "regulador" de la Ley del intercambio del objeto sexual y de la prohibición del incesto. En tanto que la madre se apodera del hijo como objeto de su deseo —el falo— el padre señala una marca, la amenaza de castración. Lacan indica que es la castración materna la que da la significación de la castración. Actúa "el significante del Nombre —del— Padre que nombra a la ley del deseo en tanto sexual" (4).

La estructura Edípica marca la interrogación simbólica fundamental en todo ser humano. Lacan dice que la neurosis se plantea como una pregunta significativa y que refiere al ser, "¿ser o no ser?". Un tropiezo en el Edipo desencadena la neurosis

1.— Analista y elementos de análisis

¿Cómo se sitúa un analista frente a todo esto? El analizante asocia libremente, el psicoanalista psicoanaliza. La cadena sig-

(1) Jacques Lacan: El Seminario III —Las Psicosis— Ed. Paidós, 1985.

(2) Jacques Lacan: Escritos 1 —La significación del Falo— Ed. Siglo Veintiuno, 1978.

(3) Idem (2).

(4) Silvestre, Michel: —Mañana el Psicoanálisis— Ed. Manantial, 1987.