

El Niño-Síntoma y la Patología Parental

Una Discusión Teórico-Clínica*

ESPERANZA
PEREZ DE PLA,
WANDA BOROWSKI
DE MASTRANGELO

Queremos plantear en el presente trabajo una de las preocupaciones que más nos cuestionan sobre el alcance de nuestra tarea cotidiana.

Preocupación, por lo demás, compartida por gran número de colegas dentro y fuera de México.

Este título recoge una inquietud planteada en el libro "El médico, el paciente y la enfermedad" de Michel Balint, hace más de treinta años. Nos habla allí de la gran frecuencia de niños que consultaban por enfermedades orgánicas rebeldes, repetitivas y de difícil manejo respecto de los cuales concluye, "por lo menos en un tercio, si no más, el niño podía ser considerado realmente el síntoma cristalizado de la enfermedad de la madre" y agrega que, aunque la relación con el padre es menos clara, porque en general no concurre al consultorio, "también en cierto número de casos el niño es evidentemente el síntoma cristalizado de la enfermedad del padre". Balint explica el hecho de una manera vaga recurriendo al concepto de "tradición familiar neurótica", que define como "cierto traspaso de la neurosis de una generación a otra".

* Presentado en el Congreso de Psiquiatría Infantil. México, 1982.

ESPERANZA P. DE PLÁ. MÉDICA, Psicoanalista de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
WANDA BOROWSKI DE MASTRÁNGELO. MÉDICA PSIQUIATRA.

Estas reflexiones se reactualizaron al presentárenos el siguiente caso.

ANA

Ana es una adolescente, hija menor de dos hermanas de una familia de inmigrantes sudamericanos.

La madre, maestra muy ocupada en el quehacer pedagógico en su país de origen, tiene dificultades durante su exilio para encontrar trabajo.

Su padre, Fernando, es profesional y docente.

Es traída a consulta a la edad de catorce años.

La primera entrevista fue pedida por la madre. Requerimos la presencia del padre, a lo cual se nos contesta: "Él no sabe nada de esto [...] no va a ir".

Nos preguntamos si estarían separados o si sería un padre autoritario y prohibidor. Vemos entonces a la madre sola, por primera vez, quien nos habla de los síntomas de su hija:

robos
dificultades escolares severas
cefalea

La madre nos habla en forma exhaustiva, con agrado y entre sonrisas, de la enfermedad. Nos describe al padre como un "ogro". No están separados. El relato del nacimiento de Ana es triste, difícil, deseada como hombre fundamentalmente por su madre, con doble circular de cordón y severa hipoxia, que aparentemente le deja como secuela un gran retardo en el desarrollo neuropsicomotor. Camina y habla tan sólo a los tres años de edad. Nos llama la atención la complejidad de sus primeras frases que son además insultantes hacia la madre. Su movimiento motor primero también es complejo.

Su infancia y hasta que la vemos, transcurre con fragilidad física, propensa a todo tipo de enfermedades. "Es muy débil", nos dice la madre, "siempre anémica" ... "siempre enferma".

Insistimos en ver al padre y éste acude puntualmente a las entrevistas, denotando gran respeto y colaboración por el sufrimiento de su hija.

En la primera entrevista sentimos a Ana como una adolescente débil, encorvada, aún sin cambios en su cuerpo, opaca, destañada, con una presentación mezcla de retardo y psicosis.

Volvamos a los síntomas: los hurtos comienzan en el relato de la madre cuando aún siendo bebé escondía billetes entre sus ropas; se objetivan al llegar a la primaria y recrudecen en México, donde, por sus características, ya no

quedan en el secreto familiar, sino que provocan alarma en los padres por su condición de extranjería, ya que son llamados por varios vigilantes de tiendas.

Winnicott: "Cuando un niño siente compulsión de robar es muy probable que alucine una persona, o una voz que lo dirige [...]"

"El ladrón no busca el objeto del que se apodera, busca una persona, a su propia madre, pero no lo sabe [...] No disfruta la posesión robada, sólo actúa la fantasía que corresponde a sus impulsos de amor [...] Se reconforta en la ilusión de haber creado [...] Actúa como un poseso, alguien poseído por su yo infantil, compelido a robar, para establecer contacto con la sociedad."

Las dificultades escolares son serias, termina con gran esfuerzo la primaria, siempre apoyada por su madre. Estudian juntas, hacen tareas, tan es así, que no sabemos de quién es el mayor esfuerzo.

Al ingresar a secundaria, ya en México, se le diagnostica retardo mental medio. Sin embargo ingresa al segundo ciclo escolar, permaneciendo el vínculo con la madre. Esta nos dice: "Si yo consigo un trabajo, Ana pierde totalmente todo; no puedo trabajar".

Dice Ana: "Antes de venir a México yo era la consentida de papá; ahora no, como si fuera totalmente diferente, ya no le importo, cambió todo..."

La cefalea comienza poco antes de llegar a México, en relación con la mordedura de un perro, muy querido para ella, acompañante de sus muchas horas de soledad.

Nuestra decisión al comenzar el tratamiento fue de una psicoterapia individual, de dos horas semanales.

Desde el inicio hasta aproximadamente ocho meses, Ana nos hizo vivir entre personajes terroríficos cargados de muerte, creyendo en muchas ocasiones que se nos escapaba de la realidad. Nada de afuera parecía interesarle, ni tampoco parecía ocuparse mucho de lo que la rodeaba. Comenzó a insistir en traernos fotos de la familia, abuelos, padres, hermana... Aparecieron robos de pequeños objetos del consultorio. De esto no hablaba, aparentemente no tenía conciencia. ¿Por qué robaba? ¿Por qué insistía en traer a la familia? ¿Cómo se ubicaba ella? ¿Quién era? ¿Qué lugar ocupábamos nosotros y qué nos quería mostrar?

Llamamos a los padres. Con ella muchas veces presente, al principio muy silenciosa, confirmamos que los robos iban en aumento afuera. El padre, muy preocupado.

El matrimonio era un caos; no se hablaban. Hacía poco tiempo había llegado el abuelo materno a vivir con ellos, por un deseo manifiesto de la madre, a lo cual el padre accedió. La situación económica era difícil; la madre "no encontraba trabajo"; según ella el padre no daba dinero, todo se lo mandaba (en la

sospecha familiar) a la abuela paterna... "Me siento estafado", nos dice el padre. "Todo lo que gano lo doy, pero de nada sirve, me siento solo, me refugio en el trabajo; nadie me hace caso."

Entendimos que el papel de padre le era robado por la madre, como nosotros lo éramos en el consultorio por Ana.

El padre pagaba el tratamiento, pero la madre lo boicoteaba.

Dice la madre: "No puedo trabajar, porque si me voy, Ana no aprende", fortaleciendo entre ellas el vínculo simbiótico. No permite que un tercero las separe, que se oiga al padre... Entonces entendimos en el síntoma de Ana la voz del padre robado.

Así lo fuimos interpretando. Poco a poco los padres volvieron a hablarse, pero se separaron físicamente. La madre pasó a la recámara junto al abuelo... el padre, solo. Éste comenzó a ordenar como pudo, a gritar su lugar de padre, se fue asumiendo como tal.

Ana comenzó a tomar actitudes psicopáticas: mentiras, pintas. El padre, muy angustiado, estaba muy cerca nuestro y de Ana. La madre boicoteaba cada vez más el tratamiento.

En las entrevistas conjuntas nuevamente muy risueña, hacía caso omiso de la angustia del padre y de la enfermedad de su hija; boicoteaba su independencia.

Pero así empieza a disolverse el vínculo entre ambas.

Comienzan a desaparecer los robos; pasa a tercero de secundaria con buenas calificaciones; cuida coquetamente de su persona.

Los intentos de la madre de boicotear el tratamiento desaparecen.

Es entonces cuando el padre es encontrado inconciente en su trabajo; se le diagnostica anemia aguda (7 g % de Hb) por úlcera gastroduodenal.

Ana está muy angustiada por él; la madre aparenta total despreocupación: "Usted ya sabe, él está loco"...

Se recupera, pero tiene que permanecer bajo estricto tratamiento médico.

Ana está por ingresar a preparatorios, siempre con buen rendimiento. Su relación con el padre es estrecha, pero en este momento él se enferma nuevamente, ahora de una infección gastrointestinal, pero acompañada por la fantasía de la muerte (en Fernando). Esta fantasía inunda a Ana; reprueba un examen que le demora su ingreso al bachillerato. "Mi papá está muy mal; hace dos meses que no trabaja, no puede caminar; está pálido como un muerto"...

...Entonces, ahora, nos queremos detener en la historia de Fernando.

FERNANDO

Es el hijo menor de dos hermanos. El padre es una persona culta pero es alcoholista. Los padres se separaron cuando tenía nueve años. Pasaron al cuidado de la madre exclusivamente: "Ella era autoritaria [...]; era padre y madre [...]; trabajaba para mantenernos todo el día. A mi padre no lo vi hasta los doce años." "Cuando se separaron presenté sufrimiento gástrico durante un año y tartamudez. Mi mamá me puso en tratamiento neuropsiquiátrico."

Nos cuenta que pasaba largas horas de su niñez observando a un tío materno y las relaciones de éste con su esposa e hijos. "Lo observaba largas horas para saber cómo era un padre, cómo actuaba un padre."

A los doce años vuelve a ver a su padre y esta nueva relación está embargada por un gran rencor: "Nunca me pude olvidar que nos dejó [...] Mi hermano tenía buena relación con él, yo no podía." "Cuando me casé, y al llegar mi primera hija, no podía dormir. Ser padre para mí era un crucigrama. Luego el matrimonio fue un caos; decidimos tener un hijo más para arreglar el matrimonio. Nació Ana, enferma, y me olvidé de mi problema de no saber ser padre; ella era enferma y había que cuidarla [...]."

"Ahora siento enormes deseos de ir a visitar a mi tío; cada vez más me refugio en mi trabajo; Ana es muy independiente... Yo estoy muy solo."

Como se podrá comprender a través de lo relatado, tratamos de hacer de la propia clínica la guía del manejo de las entrevistas con los padres.

Como en tantos otros casos, fue imposible mantener el tratamiento individual de la adolescente. En determinado momento la preocupación directriz se trasladó a la investigación del sentido de la sintomatología de Ana dentro del contexto familiar.

Con todo, el tratamiento individual fue mantenido como eje del proceso.

Finalmente llegamos a observar que, junto con la mejoría de Ana, se produjeron importantes modificaciones de las relaciones familiares y el padre pasó a ser el "enfermo".

Este tipo de rotación de síntomas ya ha sido observado por nosotras (14), pero creemos que es más frecuente que la madre sea la afectada, algunas veces después de que otro de los hermanos pasa por un período transitorio de enfermedad.

La primera pregunta que nos surge es, ¿cuál es el mecanismo de esta rotación, donde hay una especie de relevo o de posta que pasa de mano en mano y el que la tiene "enferma"?

Recordaremos brevemente algunas de las respuestas que se da a este tipo de evolución desde el punto de vista de la estructura familiar y de las terapias de familia.

Nathan Ackerman, de Nueva York, pionero en este campo, usa los conceptos de conflicto y de roles como ejes de su pensamiento. Dice, entre otras cosas, que "la distorsión psicopática y la formación de síntomas son productos tardíos de los procesos de internalización de formas persistentes y patógenas del conflicto familiar". Y agrega que el conflicto, "encerrado dentro de la mente de uno de sus miembros, no puede ser solucionado. Las consecuencias patológicas se vuelven cada vez más fijas." Como solución propone que el conflicto intrapsíquico sea activado y re proyectado en el campo de la interacción familiar. Pensamos que algo de esto debe haber ocurrido con el tratamiento de Ana, quien ocupaba, siguiendo siempre la nomenclatura y conceptos de Ackerman, el lugar de "chivo emisario". Ana era "la retardada" de la familia, mientras que su hermana era "el cerebro"; todo esto relacionado con el interés muy grande de los padres por lo intelectual y con la profesión de maestra de la madre.

Creemos con Ackerman que Ana ocupaba el lugar de chivo emisario porque su presencia, su vida misma denunciaba un conflicto muy serio, nunca resuelto entre los padres. Con esto podemos aproximarnos a una primera comprensión del gran cambio de las relaciones familiares que jalonan el progreso de la niña, y que siguen tomando formas evidentemente patológicas. Este modo de interpretación de la evolución, nos permite decir que ahora hay un nuevo chivo emisario que es el papá (sin que Ana haya dejado totalmente el papel de tal) y que además está marcado en ese papel con una enfermedad psicósomática severa. Se pensará, y estamos de acuerdo, que la movilización no se acompañó de una elaboración en conjunto por parte del grupo familiar de los conflictos en juego; que esto lleva a un nuevo estancamiento que debe hacernos pensar en una segunda etapa terapéutica que tome dos posibles formas: tratamiento familiar o tratamiento del padre.

Cualquiera de estas soluciones tiene sus pros y sus contras. Se suele ver como más operativo y económico el abordaje familiar porque, se dice, "no podemos ir tratando a los integrantes de la familia de a uno". Cierto. Pero estamos muy acostumbrados a ver que al final de la terapia familiar alguno de los integrantes no consigue mejorar sus síntomas o lo hace muy poco, y sigue sufriendo.

Nos resulta difícil recordar un solo tratamiento familiar con un miembro enfermo —es decir con síntomas definidos—, en que alguno de los otros miembros no pasara a tratamiento individual o tuviera indicación de hacerlo. Por eso Ackerman señala que la dificultad del tratamiento se acrecienta cuando "el conflicto se fija" y recomienda por supuesto, la intervención en etapas previas. Todos de acuerdo: esta intervención precoz tendría un carácter profiláctico... pero no es la realidad.

Llamamos a los bomberos cuando la casa arde; la profilaxis está muy poco desarrollada en el campo de la salud mental y aunque es un tema apasionante, creemos que no es el momento de discutirlo.

Volvemos, pues, al síntoma. Pensamos que cuando él aparece hay sin duda un salto cualitativo. Aclara Ackerman que términos como defensa, síntoma y conflicto, "tienen diferentes connotaciones en el marco de la psicología individual que en el de la conducta familiar".

Buena advertencia para que no pasemos demasiado fácilmente de uno a otro campos. De cualquier manera, cuando dice: "el síntoma es el aspecto negativo de la adaptación", o que "el síntoma se refiere a una unidad de conducta que es notoriamente irracional e inadaptativa", es evidente que está usando conceptos aplicables a la psicoterapia familiar y que debemos tomar como ajenos a lo específicamente psicoanalítico que gira alrededor del inconsciente y no de la razón ni de la adaptación. Y nosotros nos planteamos los problemas desde un enfoque psicoanalítico para pensar algunos puntos centrales que no nos parecen aclarados desde la óptica familiar.

Los síntomas en los niños parecen estar ubicados a nivel de esa junctura fundamental que relaciona al niño con sus padres en un ir y venir que en la clínica nos impacta, como en el caso de Ana.

En algún momento Ana debió ocupar el lugar de enferma para descarga del padre; más bien creemos que de ambos padres, aunque de manera diferente.

Fernando consiguió alivio ocupando el papel de enfermero-protector-reparador de lo irreparable. Así podía dejar de lado la fantasía de ser un padre que abandona, como su propio padre, por no ser un padre unido a la madre (papel que mantiene a costa de situaciones que racionalmente parecen intolerables).

¿Cómo es el proceso que lleva al niño a ser sacrificado como sujeto para poder pertenecer al núcleo familiar? ¿En cierta medida para seguir vivo? Ana debió caminar en ese borde peligroso entre el "no ser", fuente de psicosis o trastornos limitrofes, y el de "ser diferente" en el cual ahora está instalada con intensos problemas, que más bien la ubican en el terreno de los procesos psico-neuróticos.

Algo muy especial ocurre en la constitución del sujeto humano que lo hace susceptible de tan peculiar influencia. No basta ya con decir "tradicción neurótica" como Balint, ni recurrir a términos trasladados de un campo a otro como es el de "contagio". ¿Cuál es el "microbio" que Ana recibió y que luego es capaz de devolver para dar un síntoma en el padre?

Aclaremos que no se trata de una situación de identificación a través del síntoma tal cual lo describió Freud con la tos de Dora. Es un proceso mucho más complejo que implica una trama de fantasías que muchas veces no estamos en condiciones de descifrar y ligar adecuadamente.

Hay conceptualizaciones teóricas sobre la familia que nos parecen de interés traer hoy aquí. Nos referimos a las de Pichon Riviere y su escuela; tomaremos algunos de los señalamientos de José Bleger. Este autor señala como característica de la familia —grupo primario— el establecimiento de una simbiosis en la que se concentra la parte psicótica de la personalidad de todos sus integrantes.

Entiende por parte psicótica aquella parte de la personalidad que ha quedado en los niveles más inmaduros y regresivos, con falta de discriminación entre yo y no yo, entre objeto interno y depositario. En el grupo familiar el mecanismo de la identificación proyectiva sería característico de ciertos niveles de funcionamiento en los que cada miembro es sólo parte de un todo. En un nivel más sano son posibles mecanismos de introyección-proyección como base de los procesos de discriminación, diferenciación y personificación.

Es interesante lo que este autor señala acerca del momento de aparición de las manifestaciones psicopáticas, las reacciones hipocondríacas y la enfermedad psicósomática, cuando ocurre el pasaje hacia una mayor discriminación entre yo y no yo, entre mundo interno y mundo externo, entre el sujeto y sus semejantes.

Es en base a este mecanismo de las identificaciones proyectivas como estos autores describen procesos como los del caso clínico presentado, y como muchas veces nosotros hemos podido comprender algunas respuestas de los grupos familiares, caracterizadas por su violencia y masividad.

Pero decíamos más arriba que la presencia de síntomas tenía una significación especial, cualitativamente diferente. Y queremos insistir en ello y pensar en los sujetos que los padecen.

Tomamos el concepto freudiano del síntoma como un retorno de lo reprimido, como una formación de compromiso entre las representaciones reprimidas y las instancias represoras. Recordemos su insistencia respecto del carácter indestructible de los contenidos inconscientes.

Parece muy significativo esto en relación con el problema que nos plantea Ana pero, ¿cómo aplicarlo cuando tenemos varias personas en juego?

Hay dos momentos claves y dos preguntas en relación con ellos. La primera sería, ¿cómo pasa a ser Ana síntoma de sus padres, según parece desde su nacimiento? ¿Hasta dónde es posible reconstruir este período? Y luego, ya ante nuestros ojos, ¿cómo al mejorar Ana se deshace de esa carga y “pasa el síntoma”, se lo devuelve —por supuesto diferente—, a su padre? (Aquí está también todo el problema de la elección de la neurosis, en el que no entraremos.)

Algunas cosas podemos entender: al igual que tantos niños “nacidos para unir a la pareja”, Ana carga con el terrible resentimiento de sus padres, en este caso particularmente de su madre, resto de la ambivalencia, del rencor por-

que el intento fracasa. Algo muy particular parece ocurrir entre el padre y la niña: Dice Fernando, "ser padre era como un tremendo crucigrama para mí; cuando Ana nació enferma me olvidé de esto y me dediqué a cuidarla"; "me sentí muy unido a ella". Evidentemente ser padre es algo diferente de dar cuidados abnegadamente; con seguridad, para él, en algún lugar, ser padre es ser arbitrario, autoritario y abandonico, como lo fue el suyo. Por eso su salida es identificarse con una figura materna protectora aunque paralizante.

¿Qué es un padre? Lacan ha tratado de despojar esta pregunta de los aspectos imaginarios que considera vehiculizados por la ideología, como pueden ser "virilidad" y "presencia". El padre tiene que ver, siguiendo a Freud en "Tótem y Tabú", con un orden, con una palabra que se relaciona con la ley, y que a Fernando lo asoma a un abismo. La muerte ronda, y por eso luego de asomarse a ella, retoma un papel falso, pero menos peligroso: el de padre autoritario.

A través de la enfermedad de Ana, que opera como paralizante de su desarrollo, la familia se organiza y el tiempo transcurre enormemente lento.

Ana roba porque le ha sido robada su vida, así como a su padre se le roba, con su consentimiento, el lugar de padre.

Seguramente nuestro trabajo ha tenido aspectos acertados y cuando estas deducciones, el sentido del síntoma, salen a luz, dan cuenta de la evolución. Si tomamos las palabras de Diego García Reinoso, hemos obtenido "aberturas" importantes de esas "clausuras del desarrollo emocional que son las neurosis infantiles".

Pero con él también nos preguntamos, ¿cómo se gesta esa neurosis infantil; cómo se realiza esa clausura de una palabra que debemos luego buscar como terapeutas?

Dice Maud Mannoni, que la madre (y también el padre) expresa la perennidad de su presencia en los síntomas del niño, y de esta manera se anula toda separación. El padre de Ana lo dice con toda claridad: "A través de Ana yo mostraba mis inconformidades [...], quizás se me está yendo de las manos [...] Está allí, madura e independiente, pero es distinta [...] ya no me necesita."

Las fantasías de muerte de este padre son tremendas, en la úlcera, en la enfermedad gastrointestinal y en su conducta, pues se aísla, pierde el papel de padre, y "como siempre, se recluye en el trabajo".

Una profundización de los estudios con respecto a las características de la primera relación del niño con sus padres y de la matriz formadora del sujeto nos resulta de principal importancia. El interés por las fantasías que preceden la concepción del niño ha dado lugar a varios trabajos dentro y fuera de México. (10) Por ejemplo, Diatkine habla de los precursores de la continuidad futura del bebé: "la investidura del bebé por sus padres, y la ilusión anticipatoria por la cual estos atribuyen un sentido y comportamientos que no tiene". Podemos pensar que

en este punto quedó fijada en cierto modo Ana, y que se desarrolló luego como sujeto de una manera patológica.

Podemos a veces fantasear cosas como estas: si su papel esperado era el de retardar un rompimiento entre los padres, si su lugar era el de fijar sin evolucionar, parece comprensible que el retardo fuera su síntoma. Pero, ¿tenemos derecho a pensar así? Freud nos enseñó este tipo de simbolismo en las conversiones histéricas, pero, ¿es aplicable a otro tipo de patología? "Son los padres los que significan las primeras experiencias corporales del niño", dice García Reinoso (8), "desde el deseo de otro, desde el fantasma de otro, donde está entramado el deseo de ese otro."

Señala con gran perspicacia que Freud interpretó el juego del carretel con la ayuda de lo que la madre pensaba del niño y de su juego.

Esa unión entre nuestra observación y la palabra de los padres es la verdadera puerta del conocimiento del padecimiento infantil.

El espacio, el universo del niño, es el que le dan sus padres: en primer lugar, espacio de lenguaje de palabra. Winnicott habla del espacio que le da la madre donde se puede comenzar el juego, donde se admite el "momento de ilusión", el juego de las diferencias, de la presencia-ausencia. (16)

Diatkine nos da algo muy interesante acerca de las primeras percepciones del bebé, punto de partida de su realidad: dice que se organizan a partir de la alucinación del lactante como lo señaló Freud, **junto con la ilusión de los padres.**

Recordemos también (5) cuando Freud señala que la sexualidad del niño se construye en relación con la sexualidad de los padres (de la madre en especial); así como la función sexual, tan señalada por él, de los síntomas neuróticos.

Uno de los más importantes aportes del psicoanálisis es el de la estructuración del sujeto en un mundo de lenguaje, de palabras que lo marcan. Como lo dice Lacan (9), la producción sintomática requiere la coalescencia de por lo menos dos series de motivaciones: la sexual y la simbólica.

Nos preguntamos si la posibilidad de hacer síntomas se inscribe desde el principio, desde la formación misma del sujeto, aunque se manifieste en diferentes momentos de la vida. Como dice el padre de Ana, el ser padre es como un crucigrama que seguramente se cruza con la posibilidad de ser hija Ana.

¿Es que en ese entrecruzamiento está el síntoma que recaerá hacia uno o hacia otro lado? Y la madre, ¿se escapará como intenta, de sufrir? Nos estamos refiriendo a una intertextualidad determinante del sujeto (13) que incluye la historia de varias generaciones, palabras ocultas, fantasías que están sin duda en juego y que el psicoanalista debe desentrañar.

Es como que al concluir nos quedan nuevas interrogantes: ¿Podemos decir que hemos avanzado hacia la curación o ésta es un mito? Dentro de este proceso dialéctico, ¿cuál será el recorrido de esta posta que se va transmitiendo de mano en mano? ¿Perderá efectividad o no hará más que pesar a otras generaciones? ¿No requerirá la muerte-ausencia de alguien? ¿Habrá un modo de que esa palabra clausurada se haga realmente abierta?

BIBLIOGRAFÍA

1. **Ackerman, N.:** "Psicoterapia de la familia neurótica"; ed. Hormé, Buenos Aires; 1969.
2. **Balint, M.:** "El médico, el paciente y la enfermedad"; ed. Libros Básicos, Buenos Aires; 1961.
3. **Bleger, J.:** "Psicohigiene y psicología institucional"; ed. Paidós, Buenos Aires; 1966.
4. **Diatkine, R.:** "Le développement de la relation d'objet et des affects: psychiatrie de l'enfant"; XXI, 2, 1978.
5. **Freud, S.:** "Tres ensayos para una teoría sexual", O.C., t. IV; ed. Biblioteca Nueva, Madrid; 1972.
6. **Freud, S.:** "Estudios sobre la histeria"; t. I; Idem.
7. **Freud, S.:** "Inhibición, síntoma y angustia"; t. VIII; idem.
8. **García Reinoso, D.:** "El discurso familiar como escritura transindividual en el análisis de niños"; 1980.
9. **Lacan, J.:** "Seminario II"; ed. du Seuil, París; 1978.
10. **López M.I.:** "La representación mental que los padres tienen del hijo por nacer y su importancia como determinante en el desarrollo psicológico"; *Cuad. de Psicoan.*, XI; 1978.
11. **Mannoni, M.:** "L'enfant, sa maladie et les autres"; ed. du Seuil, París; 1962.
12. **Mannoni, M.:** "La théorie comme fiction"; ed. du Seuil, París; 1979.
13. **Plá, J.C.:** "Escena, fantasía y escritura transindividual"; *Rev. Urug. de Psicoan.*, n° 59; 1979.
14. **Plá, E.P. de:** "Las parejas a través del tratamiento de un niño"; *Cuad. de Psicoan.*, XII; 1979.
15. **Winnicott, D.:** "El niño y el mundo externo"; ed. Paidós. Buenos Aires.
16. **Winnicott, D.:** "Realidad y juego"; ed. Granica, Buenos Aires; 1972.