

El procesamiento psíquico de la condición de infectado por el VIH en niños. Jorge Goldberg.

Actualidad Psicológica. Año 2009 Número 377

Cuando se me presentó la oportunidad de trabajar en un hospital público en la sala de Pediatría, en la atención de niños afectados por el virus HIV, tuve una sensación mixta que reunía una difusa alegría y una nítida sensación de angustia. A poco de comenzar detecté uno de los motivos de mi ansiedad. ¿Cómo podría yo, psicólogo con formación psicoanalítica, hacer pie en mi formación básica y al mismo tiempo brindar un aporte a estos pacientes que, en aquellos primeros tiempos (comienzos de los años noventa), transitaban por la vida, entre los dolores orgánicos y las acechanzas de la muerte? De hecho, ubicar la finalidad de nuestra tarea en la sala no fue fácil ni una directa derivación de ningún libro. La necesidad de encontrar el perfil de nuestro trabajo surgió a partir de problemas concretos. El más significativo comenzó a perfilarse cuando algunos de los niños internados, una vez que establecían transferencia con el terapeuta, dibujaban espontáneamente figuras en las que parecía hallarse expresada la fantasía del contagio, y sobre todo, la de enfermedad e incluso el destino al creían encaminarse. Estas producciones, estos mensajes, abrían desde los niños una puerta al diálogo: (¿Qué me está pasando? ¿Cómo pueden ayudarme? ¿Qué puedo esperar? ¿Cómo me enfermé?). Evidentemente excedía las responsabilidades que, como psicólogo, podía asumir. En ese momento cobra importancia el trabajo interdisciplinario. El equipo de pediatras, de formación tradicional, no tenía disposición ni para este trabajo de conjunto, ni para escuchar a sus pacientes y, en la comunicación diagnóstica, sólo consideraban como interlocutor, a los adultos responsables de ellos.

Un grupo interdisciplinario muy reducido de profesionales comenzamos a interrogarnos acerca de qué debíamos hacer con respecto a lo que los dibujos dejaban entrever: el deseo de los niños de escuchar hablar de su cuerpo, de la enfermedad, de la medicación. Caímos en cuenta de que nuestra inacción podía reforzar una tendencia de estos niños al desvalimiento. Fuimos haciendo un trabajo en dos direcciones:

1) Hacia las familias, tratando de conocer cómo se había tramitado en ese marco la cuestión. En su gran mayoría, reconocían que ante las preguntas de sus hijos, no lograban encontrar respuestas satisfactorias y recibían con alivio que pudiésemos ayudarlas a elaborar las respuestas posibles.

2) Una consulta hacia las leyes o códigos. No existía referencia alguna en torno al proceder del psicólogo en éstas situaciones. Eran leyes “adultocéntricas” esto llevaba a concluir que los niños no están contenidos en el derecho. Son enfermos, son niños y quedan fuera del cuerpo de la ley.

Hubo que remontarse a los Derechos Internacionales del Niño para encontrar algún sostén: cuando mencionaba que “es imperativo explicarle al pequeño con palabras acordes a su entendimiento, respecto de todas las prácticas que se ejerzan sobre su cuerpo”.

Hemos tenido que plantearnos en soledad interrogantes básicos tales como:

¿Cómo se hace práctico en los niños el consentimiento, el asesoramiento y la información de los resultados. ¿No tiene el niño derecho a la información directa? La ley nada aclara, parecería quedar todo en manos del equipo médico que lo asiste. Entonces: ¿Qué significa informar? ¿Cómo hacerlo? ¿Quién? ¿Qué lugar deben ocupar la familia y cual los integrantes del equipo profesional? La información, ¿se equipara a un acto o a un proceso? Un acto se desarrollaría en una única oportunidad y del mismo modo

para todos los pacientes, al llegar a determinada edad. Un proceso sería una serie de acontecimientos, de modo singular, en el marco de diálogos adecuados que se aplican con y para cada paciente y sus familias.

Otra pregunta ¿Se debe esperar que un niño pregunte, para entonces después responder? Hoy, nos vamos a dedicar a profundizar en la última pregunta.

Para conversar con nuestros pacientes acerca de su enfermedad ¿Se debe esperar a que formulen preguntas explícitas o debe crearse un ambiente en que las preguntas sean facilitadas tomando en cuenta diversos indicios surgidos en dibujos, juegos, diálogos para inducir una actitud interrogativa?

Hemos observado que si los niños no son estimulados por el ambiente hacia una actitud interrogativa, si sus intentos por saber acerca de sí, caen en el vacío o son respondidos con mentiras tienden a decodificar al tratamiento y sus procedimientos, como un ejercicio de violencia ante el cual sólo caben dos opciones: someterse lisa y llanamente o acatar superficialmente y desplegar actos de rebeldía secretos.

Resistencia a la adherencia: una configuración vincular prototípica

La actitud habitual de los niños afectados por el HIV que comienzan con el control hospitalario, es la de reaccionar ante el equipo de salud, como las personas sometidas a la experiencia de estar presas acusadas por un hecho delictivo que no cometieron. Es decir, que quien sintiéndose inocente es forzado a padecer vivencias injuriantes, en las que su cuerpo queda ubicado como un objeto para la descarga de violencia o como conejillo de indias para la experimentación, hecha en beneficio y goce de los sujetos que supuestamente deberían asistirlo. Es este un estado de parálisis, acuciado por sentimientos insoportables (entre los que solemos encontrar la angustia automática, el pánico, la furia impotente y la lástima por sí mismo, inherentes a sentirse víctima). Esta modalidad de transferencia inicial con la institución, es preformada (Meltzer, 1967), es decir, viene con el paciente y no depende del proceder del equipo profesional (sin embargo, las acciones de los profesionales inciden ya en la entronización de este modo de vinculación, sea en su reemplazo, por modalidades vinculares de mayor calidad). Una de las ventajas de describir esta modalidad vincular es para que sirva a los fines de que un equipo de profesionales realice un esfuerzo adicional en desarrollar prácticas de un modo tal, que contribuyan a que los niños tiendan a sentirse sujetos de deseos y derecho. Ahora bien, si esta modalidad vincular se presenta ¿De dónde extrae el niño su razón de ser, su motivación intrínseca?

Una dificultad específica en el trabajo psicológico con niños afectados por el HIV de transmisión vertical.

Dijimos que una postura inicial del niño hacia el tratamiento y la institución, es la de ubicarse en el lugar de preso que paga por un hecho que no cometió. Esa posición es crucial para captar las dificultades adicionales que (respecto de un adulto) tiene un niño a la hora de apropiarse subjetivamente de su condición y alcanzar lo que suele denominarse convivir con el VIH. Si un adulto que contrajo el HIV en su adolescencia o adultez, se propone procesar psíquicamente como llegó a tal situación puede remitirse a escenas, recuerdos de ciertas decisiones psíquicas las cuales pueden volverse objeto de su autocrítica, por

ejemplo:”Yo hace unos años ‘estaba en cualquiera’, con mi grupo de amigos sentíamos que nada nos podía pasar. Todo el día estábamos de fiesta. Tampoco cuando me dieron el diagnóstico di mucha bola. Pero después de esta internación, creo que me cayó una ficha”. En el marco de un proceso psicoterapéutico, un relato como éste puede ser útil si el adulto procura desplegar un duelo (respecto de la posición “estar de fiesta todo el día”) cuya meta sea conquistar otra perspectiva psíquica que tome en consideración la existencia de la patología y la realización del tratamiento médico.

La posibilidad de *establecer enlaces causales entre un conjunto de hechos recordables (en el ejemplo previo, las vivencias de la época en que estaba todo el día de fiesta) y un conjunto de efectos (le “cayó la ficha” de que está enfermo)*, es algo que facilita el trabajo de duelo. Los niños infectados verticalmente, no cuentan con esta posibilidad, es decir no pueden apelar a recuerdos propios (escenas, vínculos, decisiones) a los que anudar ciertos episodios o momentos de su vida con los hechos inherentes al estar afectados por el HIV (internación, extracción de sangre, tratamiento ARV). Padecen de una falta de vivencias nucleares a las que podrían aferrarse para su trabajo elaborativo. Esto parece ser así, porque el momento en que contraen el HIV (en su vida intrauterina, el parto y/o el amamantamiento) se hallan en un estado de desvalimiento máximo, antes de que la posibilidad de apelar alguna defensa (inmunológica o psíquica) que les permita rescatarse. Esta indefensión *es el sello de origen de la enfermedad, y es lo que se escenifica en el vínculo con la institución* en que se lo asiste.

El vínculo con la institución contiene la marca del modo en que se originó la enfermedad

Creemos que en la relación inicial del niño con la institución (que se presentifica a través de los profesionales tratantes y sus prácticas), tiende a reeditarse lo inenarrable de un desvalimiento originario en estos pacientes. Un arrasamiento que no deja lugar a defensa, que ubica al cuerpo en el lugar de víctima objetiva. Los requerimientos del tratamiento que incluyen prácticas naturalmente invasoras (las pruebas diagnósticas, las extracciones de sangre, controles, etc.) se prestan muy bien para desplegar en los hechos el vínculo antedicho. *Si el equipo profesional corrobora con su modalidad de intervención la transferencia preformada del chico tiende a perpetuar en él la pasividad y el mutismo y la disposición para cronificar como trauma* aquello que estuvo en la condición de contagio: ser objeto de una invasión corporal en estado de indefensión.

Los profesionales pueden entonces ocupar (inadvertidamente) el lugar de un objeto traumatizante para el paciente, reforzar su convicción respecto a que el propio cuerpo tiene un destino (la invasión ajena) lo cual conduce a crear un desgarramiento en la relación afectiva con el niño cercenando (a veces de modo irreparable) el fundamento psíquico genuino que toda buena adherencia a un tratamiento (cualquiera que sea), requiere y que los niños, dadas ciertas condiciones, son capaces de aportar

El trabajo elaborativo: de la repetición a la oportunidad

El hecho de que el niño reviva lo crucial de su desvalimiento en su vínculo con la institución, configura no tan solo una repetición, sino también *una oportunidad* que se despliega en nuestra relación con él. La oportunidad se refiere a desarrollar un proceso elaborativo, un proceso de digestión psíquica (Bion, 1962)

respecto a cuestiones cruciales de su condición. La efectiva concreción del mismo requiere como insumo la producción de emociones y pensamientos destinados a tal fin.

El vínculo psicoterapéutico, si cuenta con un proyecto clínico adecuado y despierta confianza en el paciente, resulta propicio para que esa oportunidad sea aprovechada en un máximo posible con cada uno de ellos.

¿Qué tipo de experiencias clínicas nos dan la pauta de asistir a un chico en proceso de elaboración de una vivencia (la de contagiarse, la de enfermarse) que no tuvieron, pero que necesitan construir? En numerosas ocasiones los indicios se organizan alrededor de los procedimientos cotidianos (las extracciones de sangre, por ejemplo). De hecho, luego de establecida la relación de confianza, es infaltable la experiencia en que el niño nos muestra la marca que la aguja dejó en la superficie de su piel y una referencia acerca de que si dolió o lloró o no, durante dicha extracción. En el trabajo cotidiano con los niños, es posible profundizar ulteriormente acerca de esas escenas, cuando accedemos a plantearles preguntas tales como: ¿vos sabés por qué te “pinchan”? ¿Te sirve para algo que te “pinchen? Estas preguntas despliegan la posibilidad de nuevos intercambios y con ellos, el de ciertas estrategias terapéuticas fundamentales, a la hora de pasar de un vínculo de repetición traumática a uno de apertura a lo nuevo. Por ejemplo como respuesta a las preguntas antedichas *solemos escuchar en los niños, palabras y/o gestos herméticos los que probablemente a su vez, recibieron de sus familiares* como toda referencia acerca de estos temas. En este marco, hacer un primer ofrecimiento de información al paciente (respecto del sentido que tienen las intervenciones a las que se ve sometido), tiene como meta *quebrar el clima hermético*.

La estructura vincular del proceso elaborativo

En el proceso elaborativo de estos niños podemos distinguir dos momentos.

1. Crear las emociones y representaciones
 - a) el terapeuta capta la potencialidad de ciertos actos del paciente (dibujos, actividades motrices en el juego, ciertas frases) para condensar algún aspecto nuclear de la historia del desvalimiento del niño o de su grupo familiar
 - b) ofrece al niño sobreinvertirlas (ofrecerlas al paciente como material de trabajo)
2. El paciente, con el insumo creado previamente, teje su propio testimonio respecto de su engendramiento, la transmisión de la enfermedad, el tratamiento, su pronóstico, etc.

Cabe aclarar que este proceso con sus dos momentos, no es lineal, es más bien frágil, sufre múltiples interrupciones, accidentes, en algunos casos se trunca definitivamente. De todas

maneras detectar su estructura nos ha resultado útil para orientar la meta de nuestra psicoterapia, en esta clínica tan particular

El primer momento requiere de un encuentro entre la creatividad del terapeuta y la vitalidad del niño. Por parte del niño la pulsión de curar (Freud, 1933 Maldavsky, 1995) comanda un ensamble pulsional que facilita los más fecundos intercambios clínicos. Decíamos que lo primero es *crear las emociones y representaciones* con las que los niños no cuentan (los niños no tienen percepciones, emociones, ni recuerdos del momento del contagio), el insumo, la materia prima del proceso elaborativo. La labor del terapeuta es *captar la potencialidad* de ciertos actos del niño, darle lugar en la sesión, ofrecérselo al paciente. Esperar hasta ver si éste puede reinvestirla, es decir, si está dispuesta a hacer de ese fragmento, material de juegos. En ese caso, la meta del terapeuta pasa a ser que el paciente *despliegue respuestas subjetivas allí donde antes hubo puro desvalimiento*. Por ejemplo: Wálter, un niño de tres años contagiado por vía vertical, había mamado del pecho materno durante sus dos primeros años de vida. Cuando lo conocimos, tenía frecuentes momentos de desconexión y un autoerotismo oral en que comenzaba ansioso y culminaba en somnoliento. Su madre no tenía expectativas en el desarrollo vital de este niño. La mujer pasaba de la desinvertidura del hijo (y éste se sumía en manipulaciones orales o manuales de la mamadera) a otros de mayor invasión hacia éste, cuando ella desalojaba de sí estados furiosos que volcaba sobre nuestro paciente. Entre sus “juegos”, uno me llamó la atención: tomaba una mamadera de juguete y la llevaba a la boca, una y otra vez, en silencio. Cuando le pregunté que estaba tomando, me contestó clara y elocuentemente: “cucarachas”. Se hace en mi mente un nexo entre esta actividad y la condición de indefensión en que recibió el virus. No digo nada. Al rato el chico produce una modificación: me ofrece la mamadera con cucarachas a mí. Me encontré diciéndole que yo no tomaba las cucarachas, las escupía. Mi respuesta pareció a su vez, sorprenderlo. Luego al verme dramatizar varias veces el acto de escupir comenzó a hacerlo él. Su juego de tragar cucarachas fue mudando en el juego de escupirlas y notoriamente el acto expulsivo se fue revistiendo de un sentimiento de placer muy contrastante con su actitud ausente o somnolienta. Esta actividad de escupir fue luego relevada por actividades de mayor complejidad psíquica, acordes a una creciente vitalidad anímica, como la de dibujar bichos y contar historias acerca de ellos. A esta labor del terapeuta la denominamos *prestar aparato psíquico*. La meta es contribuir a que el paciente *logre crear una escena donde no la hubo y en ella desplegar respuestas subjetivas* (en el ejemplo previo escupir, dibujar y contar son testimonio de un proceso de respuesta subjetiva). Una vez creada la materia prima de emociones y representaciones sobre ellas, se puede desplegar el trabajo de procesar los problemas nucleares (admisión, naturaleza y origen de la enfermedad, estrategias de curación) las que se vuelven, recién entonces, accesibles al trabajo de digestión psíquica.

El segundo momento requiere que el chico haga un nexo entre los bichos y el propio cuerpo, es decir una creciente implicación personal con la cuestión de la enfermedad. Por ejemplo, en este segundo momento, el niño suele requerir por las suyas información respecto a su tratamiento, a su adherencia al mismo. La lucha por sostener la ilusión de una cura definitiva versus el admitir

la cronicidad son cuestiones que cobran gran importancia. Finalmente, la construcción por el niño de una escena originaria (el punto de encuentro entre su concepción y las condiciones de posibilidad de enfermar de su grupo familiar) son inherentes al segundo momento elaborativo.

Breve enumeración de las cuestiones que requieren del proceso elaborativo

Algunos de los problemas que, más frecuentemente, resultan una exigencia al trabajo elaborativo de estos niños que tienen que ver con:

- a) captar la naturaleza y origen de su enfermedad
- b) admitir la condición de enfermo crónico y descubrir la utilidad de cuidarse y/o defenderse
- c) procesar el sentimiento de envidia por lo diferente (específicamente, el que surge de percibir que aquel con quien comparte un rasgo - p. ej.: el pertenecer a la misma familia - se diferencia por otros (no está enfermo, tiene a sus padres vivos, etc.)
- d) esclarecer la confusión entre las sustancias u objetos tóxicos de aquellos, cuya función es desintoxicante
- e) el despliegue y procesamiento de traumas objetivos acaecidos en el núcleo familiar

Dos de estos temas, la admisión de la enfermedad en el cuerpo propio y el duelo por la muerte próxima de los progenitores, los hemos abordado parcialmente en otros trabajos (Goldberg, 1997,1998)

El proceso elaborativo y la escena clínica:

Para ejemplificar tres de los problemas que se imponen al trabajo elaborativo, vamos a describir con detalle un fragmento clínico:

Se trata de un paciente - Álvaro - que en el momento de la sesión cuenta con seis años, y contrajo el HIV por vía vertical. La sesión corresponde al período en el que en el centro de su interés estaba captar qué hizo posible que se enfermara

“A Alvaro le llama la atención un bicho de plástico que encuentra en la caja de juegos. Lo aprehende y luego lo pone en el suelo. Lo pisa y exclama: “¡¡me picó!!”. Lo vuelve a tomar entre sus manos se dirige a la puerta, la abre y lo deja puertas afuera del consultorio. Le hago una pregunta que no contesta, ahora tiene una moto entre sus manos. La hace aparecer y desaparecer. Luego la hace andar sobre la mesa. De pronto se le traban las ruedas. Anuncia: “hay que arreglarla”, lo intenta y las ruedas se destraban, aunque enseguida se vuelven a trabar. Se ofusca y la deja en la mesa. Agarra un auto, enseguida lo suelta. Tiene entre sus manos un muñeco, le aprieta el cuello, lo ahoga. Hace lo mismo con otro muñeco. Usa el teléfono de juguete para llamarme por teléfono. El terapeuta le dice: ¿Sabes que ví? Un nene que le picó

un bicho, después el nene puso el bicho afuera de la habitación, pero el bicho lo dejó con furia. El nene se sacó la furia ahogando a otros nenes que el bicho no había picado.

Se distrae con objetos de uso médico que se encuentran en el consultorio. Pide lavarse las manos.

El terapeuta hace referencia al bicho que dejó puertas afuera del consultorio.

Abre la puerta, grita airadamente “bicho puto” (lo hace dos veces) y luego vuelve a cerrar dejándolo excluido.

Vayamos ahora a la descripción de tres de los problemas nucleares:

a) captar la naturaleza y origen de su enfermedad: el paciente escenifica que hay un “bicho” que pica (el bicho, podrá dar lugar ulteriormente al concepto de virus) a un cuerpo que responde con un pisotón como defensa, la cual simultáneamente se ejecuta y fracasa (“me picó”). Es el juego de la defensa que falla. Creemos que se pone en juego algo de la historia del propio enfermar, del fracaso del sistema inmunitario. Es frecuente que el primer desciframiento del origen de la enfermedad tenga este carácter digamos, biológico (un bicho es la causa única del enfermar). Los niños que cuentan con buen sostén, tienen la posibilidad ulterior de incluir nuevos interrogantes respecto a la pareja parental (cómo se engendró la enfermedad, qué papel le cupo a cada uno de ellos y qué lugar se atribuye el mismo niño en esta cuestión)

b) admitir la condición de enfermo crónico y descubrir la utilidad de cuidarse y/o defenderse: disponer de energía psíquica para luchar contra una enfermedad que se revela perdurable es uno de los desafíos más complejos para la vitalidad de estos chicos, cuando admiten su condición de “enfermos” de una enfermedad perdurable (llamamos de este modo al estado en que el chico declina la ilusión de una cura mágica) es la siguiente: estando enfermo ¿es posible defenderse de aquello que ya me enfermó? ¿O sólo resta bajar los brazos? De ser posible defenderse ¿De qué y cómo hacerlo? La secuencia en que Álvaro *luego* de ser picado, despliega nuevos actos defensivos (ubicar al agente de la picadura puertas afuera, e ir a hasta ese lugar y atacarlo con insultos) señala que el niño comienza a habilitar esos interrogantes para su trabajo psíquico.

c) procesar el sentimiento de envidia por lo diferente: el estado de envidia resultante de captar la condición de infectado y detectar que hay otros (hermanos, primos, amigos etc.) que no lo están, lo que despierta deseos vengativos. En el material clínico este deseo es analizado por el terapeuta (“el nene se sacó la furia ahogando a otros nenes que el bicho no había picado”) lo que despertó una reacción en el paciente, que entonces reorienta su hostilidad contra “el bicho” al que atribuyó la picadura (“bicho puto”).

Resta aún describir dos ítems.

d) esclarecer la confusión entre las sustancias u objetos tóxicos de aquellos, cuya función es desintoxicante (ver caso Wálter, págs. 5 y 6)

e) el despliegue y procesamiento de traumas objetivos acaecidos en el núcleo familiar: digamos al respect que la insistencia con que diversos pacientes se refieren a *puertas*, *paredes*, las *cercas* divisorias (sean reales o las plasmadas en dibujos o juegos), nos advirtió que valía la pena el esfuerzo de detectar su valor en el proceso elaborativo. Detectamos que en la medida en que los chicos transitan de la desconfianza a la confianza con el equipo tratante, cambia la función que se les atribuye a las puertas, paredes y cercas. Se describe una secuencia típica.

e1) Es habitual que a la puerta de su box un niño le pueda conferir la función de resguardarlo de un avasallamiento por parte del equipo tratante (para lo cual pretende arrogarse el derecho de admisión y permanencia en el interior de su habitación).

e2) sin embargo, luego de establecida la transferencia terapéutica, ese mismo niño nos puede dibujar o confiar el relato de *historias que contienen en su núcleo traumas familiares* (experiencias de incendios, robos, hechos de violencia familiar) cuyo rasgo en común es la intrusión, o el avasallamiento del grupo familiar por un agente externo o por un miembro del grupo más poderoso. Con los dibujos o relatos no sólo se reedita el trauma, en ocasiones, también se expresa la vivencia de abandono del niño, a causa de la negligencia u odio de sus adultos responsables en el episodio que se denuncia.

e3) como parte del esfuerzo por rescatarse es frecuente apelar a la graficación de casas cuyas puertas son inviolables desde fuera por extraños, o cuyas paredes separan y protegen la sexualidad adulta de las actividades propiamente infantiles (el juego, el aprendizaje etc.). Estas manifestaciones, además de ser un modo de *testimoniar un trauma* acaecido, expresan el deseo de *contar con el terapeuta para prevenir* la repetición de tales episodios.

Esta secuencia no es inexorable. Algunos pacientes persisten en atribuir una significación invertida a puertas y paredes, es decir que las usan para reasegurar su atrapamiento en un contexto tóxico (en el que rige el expulsar el aporte de aquello que pudiera desintoxicar el clima emocional o los estados orgánicos allí imperantes).

A modo de cierre

Este trabajo comienza con un racconto de nuestros problemas iniciales en la práctica clínica con niños HIV. El sentimiento de soledad teórica y clínica se fue aminorando en la medida que hallábamos, modalidades de abordaje hacia los niños y desde el punto de vista conceptual, nuevas perspectivas (niño como sujeto de derecho) que a su vez despejaban el camino para la interdisciplina posible. Ulteriormente trabajamos el cruce entre el desvalimiento en que el niño recibe al HIV y un tipo de abordaje hospitalario que puede cronificar para el pequeño su posición de desvalimiento. La alternativa es que el trabajo hospitalario se transforme en una oportunidad para que el infantil sujeto despliegue su subjetividad. En esta dirección describimos en la estructura del proceso elaborativo, la función del terapeuta, el aporte del niño y finalmente, algunos de los problemas nucleares que el mismo suele encontrar. Somos conscientes que el presente es un trabajo básicamente descriptivo,

queda pendiente un abordaje metapsicológico fino de algunos conceptos (trauma, proceso elaborativo) aunque para ello será menester desarrollar nuevos esfuerzos

Bibliografía

Bion W. (1962) Volviendo a pensar, Bs As Hormé, 1990

Meltzer, D.(1967) “El proceso psicoanalítico” Paidós 1968

Freud, S.(1920) “Más allá del principio del placer en AE vol 18

Freud, S.(1933) Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis en AE vol 22

Goldberg, J. (1997) “*S.I.D.A. pediátrico. Reflexiones clínicas.*” **ACTUALIDAD PSICOLÓGICA**
- Periódico de divulgación psicológica. Año 22 n° 244 - Julio 1997.

Goldberg J. (1998) “*La singularidad del morir y la posición del terapeuta*” **ACTUALIDAD PSICOLÓGICA** - Periódico de divulgación psicológica. Año 23 n° 257 - Septiembre 1998.

Maldavsky D. (1995) Linajes abúlicos Bs As, Paidós 1996