

## El procesamiento psíquico de la condición de infectado por el VIH en niños

Jorge Goldberg

### Resumen

Nuestro trabajo psicológico del niño afectado por el HIV tiene dos prioridades 1) que el niño experimente su condición de sujeto de derecho 2) facilitar la comprensión psíquica de la condición de afectado por el HIV.

### Palabras claves

Trabajo psicológico; HIV; derechos del niño; comprensión psíquica

### Abstract

Our psychological work of the child affected by HIV has two priorities 1) that children experience their condition of subject of law 2) assist mental condition affected by HIV.

### Key words

Psychological work; HIV; rights of the child; psychic comprehension

### Resumo

Nosso trabalho psicológico das crianças afectadas pelo VIH tem duas prioridades 1) que as crianças experimentam sua condição de sujeito da condição mental de assist 2) de lei afectada pelo HIV.

### Palavras-chave

Trabalho psicológico; HIV; direitos da criança; compreensão psíquica

### Introducción

Cuando se me presentó la oportunidad de trabajar en el Hospital Muñiz 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. 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 parecían hallarse expresados pensamientos acerca la naturaleza de la enfermedad (por ejemplo, cuerpo humano en cuyo interior crecía una araña gigante o un caballo invadido desde dentro por huevos de sapo). 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 cobró 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 estas 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 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 cuál 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.

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

Los niños afectados por el HIV que comienzan su relación con el hospital se encuentran con experiencias inéditas dolorosas e incomprensibles (la extracción de sangre, la inspección de diversos profesionales de la salud, la ingesta diaria de medicación). El estado de sorpresa e injuria inicial contribuye a que la transferencia inicial con la institución sea, con cierta frecuencia, similar a la que establecen con la cárcel aquellos sujetos que son encarcelados acusados por un hecho delictivo que no cometieron. Ahora bien ¿Por qué un niño que contrajo el HIV por vía materna se ubica en ese lugar? Esta pregunta nos conduce a las dificultades adicionales que (respecto de un adulto) tiene un niño a la hora de apropiarse subjetivamente de su condición y alcanzar la actitud vital que suele denominarse “convivir con el HIV”. 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 poder pensar. Esto parece ser así, porque en 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) 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 inicial con la institución contiene la marca del modo en que se originó la enfermedad

Los requerimientos del tratamiento médico que incluyen prácticas naturalmente invasoras (las pruebas diagnósticas, las extracciones de sangre, controles, etc.) se prestan muy bien para reeditar lo inenarrable del desvalimiento originario en estos pacientes. El equipo profesional (pediatras, psicólogos, enfermeros, etc.) según su modalidad de abordaje puede perpetuar, inadvertidamente, la disposición a 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 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.

#### Procesamiento psíquico: 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 procesamiento psíquico 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 una oportunidad. ¿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 procesamiento psíquico. La enfermedad como objeto psíquico

En el procesamiento psíquico 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 en relación a la patología orgánica de base y/o de los traumas de su grupo familiar, imposibles de decir con palabras;

b) propiciar nuevas versiones de esos actos que permitan digerir psíquicamente (Bion, 1962) los traumas en ellos aludidos;

a) requiere de un encuentro entre la creatividad del terapeuta y la vitalidad del niño. Por parte del niño la pulsión de sanar (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 procesamiento psíquico. 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 re-investirla, es decir, si está dispuesto a hacer de ese fragmento, material de nuevos 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, Walter, 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 somnoliento. Su madre no tenía expectativas en el desarrollo vital de este niño. La mujer pasaba de la desinvestidura 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.

b) 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. Donde se entronizó el desvalimiento. Y en la escena creada, 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, se las puede utilizar como insumo para el trabajo de pensar 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.

2.- El paciente, con el insumo creado previamente, teje una relación con la patología orgánica. El vínculo psíquico que se establece entre la enfermedad (frecuentemente denominada “el bicho” o “los bichos”) y el cuerpo propio, es en primer lugar, *narcisista*. El virus queda localizado entre los objetos subjetivos. Es decir, inicialmente *el procesamiento resulta pensable en la medida en que los bichos sean considerados como objetos inherentes al área de omnipotencia personal* (Winnicott, 1991). Buena parte del procesamiento se basa en la ilusión de que el yo narcisista (apelando a sus propios recursos o valiéndose de aliados) puede, en última instancia, aniquilar definitivamente a los bichos, producir una curación definitiva en el cuerpo propio. Una paciente de seis años, María, logró intuir que sus internaciones hospitalarias tenían el propósito de que en el Hospital nos encargásemos de ayudarla con el “bicho”. En sus juegos María escenificaba el pensamiento de que ella era más lista que el bicho, e incluso, no sólo lo eludía exitosamente sino que podía dirigir la hostilidad del bicho contra los chicos que ella consideraba sus “enemigos”.

Los pacientes que alcanzan la adherencia al tratamiento como conquista psíquica, tienen como primer problema el confesarse el fracaso de los deseos narcisistas omnipotentes para destruir a la enfermedad orgánica. La dificultad que sigue es la de erigir un *vínculo* con el virus del HIV *concibiéndolo como un objeto complejo*. Este nexo alude a las múltiples significaciones que eventualmente han de conciliarse. Entre ellas se incluyen paradojas como la que sigue. A la intelección de que el “HIV” es interior, intraorgánico, familiar (Freud, 1919) hay que adosarle, tras la derrota de los deseos narcisistas, una significación ominosa (Freud, op. cit.): el HIV como una fuerza hostil que siendo interior es “exterior” (a los recursos del narcisismo y de la autoconservación), en la medida en que su acción puede destruir el baluarte de la memoria biológica del sujeto, el sistema inmunitario (Fridman, 1993). Otras significaciones de articulación problemática constituyen el atribuirle indestructibilidad (es imposible de “erradicar” del cuerpo) y –en lugar de bajar los brazos ante la adversidad – adosarle una nueva investidura: es una enfermedad controlable en los pacientes adherentes al tratamiento. La producción psíquica de estas categorías (familiar, extraño, indestructible para el yo, controlable) y su investidura más o menos

permanente y simultánea requieren de una vitalidad anímica muy considerable que muchas veces es subestimada, incluso por colegas que confunden una adherencia con protagonismo subjetivo (a eso nos estuvimos refiriendo) con la mera obediencia a indicaciones médicas. Concluamos diciendo que adherencia y subjetividad requieren para empalmarse, un trabajo psíquico extraordinario por parte del paciente.

#### Enumeración de los temas sobre los que se traza el trabajo psíquico en niños HIV

• a) Captar la naturaleza y origen de la enfermedad
• b) Captar la distinción entre objetos y sustancias tóxicas y las que nutren el cuerpo y la mente
• c) Desplegar ciertos traumas familiares
• d) Admitir el carácter crónico de la enfermedad (y la utilidad de defenderse)

#### El procesamiento psíquico y la escena clínica

Para ejemplificar tres de los problemas que se imponen al procesamiento anímico, 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 vi? Un nene al 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 dos 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, “biologista” (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) esclarecer la confusión entre las sustancias, objetos y actos tóxicos de aquellos otros cuya función es desintoxicante (en el caso de Walter, que presentamos previamente, mientras juega a tragar los bichos de la mamadera mantiene confundidos lo tóxico y lo desintoxicante. Luego, el juego de escupir los bichos, creemos que expresa un esbozo de construcción de la categoría de acto desintoxicante)

Resta aún describir dos ítems.

c) El despliegue y procesamiento de traumas objetivos acaecidos en el núcleo familiar: la insistencia con que diversos pacientes se refieren en dibujos, relatos y juegos a *puertas, paredes, cercas* divisorias, etc., nos advirtió que valía la pena el esfuerzo de detectar la función de las mismas en el procesamiento psíquico. 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 a continuación, una secuencia típica:

c1) 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).

c2) 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.

c3) 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 condición de atrapados 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).

d) admitir la condición de enfermo crónico y descubrir la utilidad de cuidarse y/o defenderse: su surgimiento depende de que el chico decline la ilusión de una cura mágica y disponga de energía psíquica para luchar contra una enfermedad que se revela duradera. Da lugar a interrogantes como los siguientes: 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.

#### A modo de cierre

Este trabajo comienza con un panorama 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 del equipo profesional, el cual puede entronizar la posición de desvalimiento. La alternativa es que

el trabajo del equipo interdisciplinario se transforme en una oportunidad para que el sujeto despliegue su subjetividad. Yendo a lo más específico, a nuestra tarea como psicólogos, destacamos que el procesamiento psíquico se hace en el marco de un vínculo terapéutico que implica producir determinados nexos (el narcisista, el de objeto complejo) y atravesar ciertos interrogantes nucleares, entre los que enumeramos cuatro. Cabe finalizar expresando que esta tarea requiere capacitación, amor a la clínica y al trabajo en el ámbito público.

### Bibliografías

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

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

Freud, S. (1919) “Lo ominoso” en AE vol. 17

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

Fridman, W. H. “El conocimiento del propio - ser biológico” en “El inconciente y la ciencia”, AE, 1993

Goldberg, J. (1997) “S.I.D.A. pediátrico. Reflexiones clínicas”. *Revista Actualidad psicológica*, Año 22 n° 244 - Julio 1997.

Goldberg J. (1998) “La singularidad del morir y la posición del terapeuta” *Revista Actualidad psicológica*, Año 23 n° 257 - Septiembre 1998.

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

Winnicott, D. “Sobre el uso de un objeto” en “Exploraciones psicoanalíticas I, Paidós, 1991