

El trauma en el nacimiento: caídos del nido

Oswaldo Menéndez

Para algunos: *“La vida empieza bien,
empieza encerrada, protegida, toda ti-
bia en el regazo de una casa”.*

Gastón Bachelard,
La poética del espacio, 1957

INTRODUCCION

Cuando un psicoanalista decide trabajar fuera de su marco habitual, el primer obstáculo que se le presenta es el profundo desconocimiento que tiene acerca de la Institución que lo ha convocado.

Lleva tiempo conocer su historia, aprender su lenguaje, sus códigos de valores vigentes y fundamentalmente establecer una relación de confianza.

Cuando esto se ha logrado es posible encarar tareas compartidas de las que va surgiendo un nuevo lenguaje, común a ambas disciplinas y una relación de reciprocidad.

Escribir es una manera de reflexionar sobre el nivel empírico en el que se está operando.

Este trabajo es un intento de registro de una experiencia que venimos realizando desde hace diez años. El lugar de trabajo es un Servicio de Terapia Intensiva Neonatal de un Hospital Público.

Si pensamos la simbolización como el proceso de asimilación de un cuerpo extraño a un determinado sistema representacional, voy a considerar que el “cuerpo extraño” de este trabajo estaría representado por la lógica de cuidados y el accionar del Equipo de la Unidad de Terapia Intensiva.

Frente a una situación dolorosa como lo es el contacto con el sufrimiento y la posibilidad de muerte de un recién nacido, surgen diferentes posibilidades de reacción.

La primera es poner distancia: física, emocional o ambas.

Si uno decide quedarse y conectarse emocionalmente, puede ser útil poner en práctica la escucha analítica en la que hemos sido formados.

La particular escucha del sufrimiento humano y de sus movimientos tranferenciales-contratransferenciales permite incluirse en el trabajo de campo observando y utilizando los propios movimientos psíquicos y los del grupo, para buscar-crear otros instrumentos conceptuales que se podrán poner a prueba.

Esta manera de “construir realidades” es la que utilizo tanto para realizar la tarea como para escribir mis trabajos. Por ello van a encontrar que alterno la narración de hechos con cuentos o mitos tratando de encontrar resonancias que me generen sentidos.

Considero que los avances de la tecnología, en el campo de la Neonatología requieren de la construcción de “nuevas realidades” que ponen en tela de juicio o destruyen muchas creencias y mitos. Esto genera un proceso de reconstrucción que conlleva una desidentificación y una apelación permanente al juicio de existencia: ¿qué es?, ¿quién es?, ¿es?

Los cuentos infantiles

Cuando el niño acaba de nacer, sólo dispone de una existencia física. Todavía no ha sido reconocido por la familia ni recibido por la comunidad.

Los ritos que se cumplen inmediatamente después del parto confieren al recién nacido el estatuto de “viviente”, propiamente dicho.

Les propongo pensar el cuerpo materno como el primer nido, del que todos venimos.

Los invito a explorar el mundo de los niños que se ven “obligados” a dejar el nido prematuramente.

En los cuentos infantiles es frecuente encontrar historias de nidos destruídos.

Las fuerzas desatadas de la naturaleza, suelen ser la causa que los pichones terminen tirados en el piso (madre tierra).

En esas circunstancias suelen aparecer hadas, duendes, representantes de la cultura, que asumen la protección de la cría.

Luego de arduas peripecias terminan reencontrándose, los pichones con los padres.

M. Eliade atribuye un significado iniciático o sagrado, al contenido de este tipo de cuentos.

Los considera expresión del psiquismo individual y colectivo.

En estos casos la ausencia de cuidador expone la cría a la muerte. Hace falta construir un yo auxiliar en otra persona en la que se delegan las funciones parentales. Este rol lo cumple el héroe. Este rescata el sentimiento de protección psíquica arcaica que contrasta con los intensos sentimientos de abandono y desesperación que predominan en los comienzos de la historia.

Podríamos imaginar al héroe como una imagen parental pre-ediípica, representada por una figura combinada: hados, hadas.

Ante una separación que moviliza la seguridad afectiva primordial, éstos entran en acción, recreando la figura de un padre-madre, que brinda amparo.

Lugares: nido-nicho-nesting

Llamamos *nido* al lugar que construyen los pájaros para empollar sus crías.

En Neonatología denominan nido a una estructura que se arma dentro de la incubadora rodeando al bebé: lo contiene. Lo entienden como un intento de reproducir las características del útero (hábitat natural).

En el mundo de la Perinatología, los avances de la tecnología han permitido reconstruir el mundo intrauterino. Este hecho, nos permite pensar a los neonatólogos como “hados” que mantienen vivos a bebés que sus padres daban por perdidos.

En Ecología el hábitat es el lugar donde viven las diferentes especies. Dentro de él hay nichos ocupados por diferentes organismos. El nicho marca el papel funcional que desempeña cada especie en una comunidad. Es señal de pertenencia. Tanto el concepto de *nido* como el de *nicho* incorporan lo transgeneracional como elemento estructural.¹

En el campo neonatológico cuando un bebé nace con problemas es separado de su mamá e internado en terapia intensiva neonatal (UTI). Si las cosas van bien, pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN). Antes de irse de alta la díada se reencuentra y pasan unos

¹ Agradezco al Dr. Marcelo Bianchedi, sus valiosos aportes sobre el tema en particular y sobre el trabajo en general.

días internados *juntos* en un lugar llamado *nesting* (*anidamiento*).

De este nido nos vamos a ocupar. En él, pediatras y psicoanalistas trabajamos en la delicada tarea de dar lugar y facilitar el proceso de mutuo reconocimiento de la díada. Dos veces por semana se realizan grupos de madres-padres coordinados por psicoanalistas y neonatólogos.

Presento a continuación el texto de una sesión reconstruída.

ANIDANDO

Participan en la Reunión: *Claudia* (26), mamá de Candela y Dolores, *Rosa* (31), mamá de Valentina, *Vanesa* (24), mamá de Mariano, *Victoria* (19), mamá de Adrián,

Coordinan: *Dra. Cristina Romano*, *Lic. Adela Heath* y *Dr. Osvaldo Menéndez*.

Candela y Dolores, mellizas, están internadas en el *nesting* con su mamá.

Rosa: Me puso muy mal que la punzaran porque tenía la pancita muy dura y vomitó. Yo pensé cosas muy feas y se me abre el corazón. La punción salió bien, pero cuando le doy la leche se me abre el corazón.

Claudia: ¿Es tu primer bebé?

Rosa: No, es mi séptimo hijo, pero es el segundo que nace prematuro. Valentina nació de siete meses y me pareció que era como la primera vez. Mi tercer hija se llama Anabella, fue prematura, estuvo internada veintitrés días. Ahora tiene nueve años, está operada del pulmón y tiene muchos problemas. Valentina nació de treinta y tres semanas y 2,100 kg. Mi preocupación es la misma que la vez anterior.

Hoy la alcé por primera vez y fue algo muy lindo...

Anabella tiene bronquiectasias. Estuvo con oxígeno en la incubadora.

Yo la veía por un vidrio. Nació con una mancha en la cara, un angioma que le llega a la encía y que hay que operar porque no le pueden sacar una muela.

Yo estaba en el Hospital Gutiérrez haciendo el prequirúrgico para Anabella y rompí bolsa y me trajeron para acá. Iba a ser cesárea, pero nació por parto normal.

Dr. Menéndez: Quizás siente que se le abre el corazón, que se le va a partir en dos porque desearía estar al lado de sus dos hijas al mismo tiempo, y no puede...

Rosa: Sí, y con los demás también, pero las que más me necesitan son Valentina y Anabella (llora)... Están todos con mi marido pero mañana van con mi suegra porque mi marido lleva a operar a Anabella.

Dra. Romano: ¿Y usted quisiera ir?

Rosa: Sí pero no puedo. Yo estoy internada en Obstetricia. Si pido que me den el alta, no puedo volver y si me voy sin permiso, lo consideran una fuga.

Dra. Romano: El Hospital Gutiérrez está muy cerca. Nosotros podemos hablar con la gente de Obstetricia y explicar la situación.

Dr. Menéndez: Además, acá, la que sabe mucho de “partirse en dos” es Claudia.

Rosa: ¡Pero ella las tiene juntas!

Claudia: Ahora, pero al comienzo una comía y la otra no, una estaba en terapia y la otra en obstetricia conmigo.

Rosa: Yo tengo mucho miedo que me reten. Le pedí permiso a la enfermera para alzar a la nena y me costó mucho porque temía que me dijera que no. Tampoco me animaba a darle la leche con sonda. Al final me animé, pero le pedí ayuda.

Me alivia un montón poder contarles a ustedes. Les pido disculpas por llorar, pero se me “suelta todo”.

Llegan Vanesa y Victoria, saludan, se presentan y se sientan.

Vanesa: Ayer fue el primer día que pasé sola. Mi mamá estuvo conmigo desde el día del parto, pero ayer se fue y la pasé muy mal. Me dolió la cabeza hasta hoy (llora).

Me impresiona que le tapen los ojitos a Mariano (antifaz para luminoterapia). No puede ver nada. Todo oscuro. El hace así –gesticula– para arriba con la cabecita, pero no puede ver nada. Yo pensé que sólo iba a estar en la incubadora uno o dos días.

Es mi primer bebé.

Hubo problemas con la placenta. Nació de treinta y seis semanas pero pesó sólo 1,300 kg. Se dieron cuenta que había problemas al medirme la panza.

Rosa: ¿Necesitás tener a tu mamá al lado?

Vanesa: Sí, me tuve que limpiar la herida de la cesárea sola. Ella me limpiaba y me soplabá...

Dra. Romano: Mariano está con antifaz porque tiene hiperbilirru-

binemia. Por eso lo pusimos en la lámpara. Hoy creo que le vamos a sacar el suero.

Vanesa: ¿Y por qué está amarillo?

Dra. Romano: Los bebés nacen con más glóbulos rojos que los adultos, pero éstos viven menos.

El organismo se encarga de degradarlos en el hígado. Como hay muchos glóbulos rojos, éste no logra cumplir su función y por eso se ponen amarillos.

Rosa: Yo siempre estuve con Anabella en todas sus internaciones, cerca de quince, nunca le falté. Ella está muy pegada a mí. Si para mí es difícil estar sin ella, no me quiero imaginar lo que ella debe sentir.

Victoria: ¡A mí no me sale leche!

Claudia: Hay que intentar con mucha paciencia. Ayer yo tenía que ir a las tres de la mañana a terapia y me quedé dormida.

Victoria: Las primeras veces que venía a verlo me mareaba, me dolía la cabeza, tenía palpitaciones, temía desmayarme. Ahora cuanto más vengo, mejor me siento.

Lo pongo al pecho y me empieza a gotear pero él es muy “pachorriento”. Nació el 11 de este mes. Cuando rompí bolsa yo creí que había hecho pis. Empezaron los dolores; yo pensé que se me desprendía un hueso. Vino el doctor y me dijo que ya venía la cabecita. Salió rápido. Lo que más me dolió fueron los puntos. ¡Una emoción tremenda!

EL HABLA DEL LUGAR

“Disculpe si canto pesares, o cosas de mal talante, pero tengo atrapadas visiones abajo del párpado...”.

Poema de E. Traverso en: *Canto a los licores ocultos del paisaje.*

Supongo que los habrá impresionado el vocabulario que utilizan las madres. Ustedes lo leen, yo además de oírlo estuve allí. Espero haber logrado transmitirles, con el relato, lo que llamó mi atención.

¿Qué tiene de particular este modo de hablar? Es perfectamente inteligible pero no es el que uno usa ni el que escuchamos en el consultorio. Se asemeja al que utiliza el poeta.

Estas madres expresan ideas sensibles. No hablan “de oídas”. Su

saber es visto y sentido. Indagan en su interior con extrema libertad para “entrar y salir” del cuerpo al símbolo. Me recuerda el planteo de los materialistas griegos sobre las ideas.

Las definían como “películas que se desprenden de las cosas para llevar la información al ojo”. Para ellos conocer un objeto sería como “tocarlo con los ojos”.

Bion diría: que las impresiones sensoriales son la materia prima a partir de la cual puede evolucionar el pensamiento embrionario, cuando logran transformarse en elementos alfa.

Mi impresión contratransferencial era ver lo escuchado.

Nunca me había pasado, en grupos terapéuticos, encontrar semejante despliegue asociativo ante contenidos tan crudos.

Cuando Winnicott nos habla de *preocupación maternal primaria* como “ese estado de hipersensibilidad, casi una enfermedad, que le permite a la madre identificarse con su bebé”, entiendo que se refiere a esta particular manera de percibir y transmitir que manifiestan en su interacción.

D. Anzieu plantea que “todo pensamiento es pensamiento de una idea de mi cuerpo, después de todo cuerpo en general (físico, social)”. Se basa en Spinoza quien dice que “la mente humana no conoce el cuerpo humano mismo, sólo sabe que existe por las *ideas de los afectos que afectan al cuerpo*”.

Sabemos que no hay conciencia sin un objeto que la produzca pero ¿cómo pasamos de la simple conciencia objetual (vivencia corporal) a su conocimiento? ¿Cómo avanzamos del Yo consciente al Yo pensante? ¿Del Yo que percibe objetos externos al que reflexiona sobre sus contenidos internos?

Lo que proviene del cuerpo, conserva de su origen corporal la oscuridad y confusión propias de los afectos del cuerpo. Rosa nos dice que *la alivia un montón poder contarnos. Pide disculpas por llorar pero, aclara, “se me suelta todo”*.

Entiendo que se refiere no solamente a la “incontinencia lagrimal” sino también a la posibilidad de construir un discurso que pacifica el desborde emocional: “*panzas duras provocan vómitos que a su vez llevan a punciones que rompen corazones, en el momento del amamantamiento*”.

Entiendo que Bion llamaría a las crudas impresiones sensoriales elementos beta, que tienden a ser evacuados a no ser que encuentren un continente transformador que les permita devenir en elementos alfa.

Toda mente en sus primeros estadios necesita de otra mente para desarrollarse. Este desarrollo se produce a través de un interjuego proyectivo-introyectivo. Ansiedades y sensorialidades primitivas serían evacuadas en la mente de la madre, que las recibe, las significa y transforma en algo tolerable.

El bebé recibiría de vuelta una parte de su personalidad, que ahora podría asimilar. Junto con ella iría introyectando la función alfa. La posibilidad de desarrollo de dicha función estaría estrechamente vinculada a la capacidad de *reverie* materna.

La atención de la madre funcionaría como un canal que reúne las sensaciones y emociones del bebé. Pero en las madres deprimidas la atención está alterada.

Las madres con bebés internados están deprimidas; las han separado de sus bebés y se sienten responsables del hecho.

Pero, como estamos viendo, si se les arma un espacio continente, se expresan y es posible la transformación de datos sensoriales en datos psicológicos.

La lógica de cuidado de las madres normalmente no es procesada mentalmente. Los niños viven dentro de talantes o prácticas familiares que rebasan su comprensión. La situación de haber sido separadas de sus hijos y de estar éstos en manos de los pediatras las lleva a reflexionar sobre cuál es la lógica de los cuidados en este lugar.

Al hacerlo nos dan acceso a su propia mirada sobre el problema.

Vanesa retoma el tema de la oscuridad a partir del bebé. ¿Por qué le tapan los ojos? Si no me ve, ¿cómo me va a conocer?

Luego nos lleva a los orígenes del dar aliento a un hijo. Nos explica la importancia de una madre que nos “sople las heridas”.

Lo entiendo como si *la mente viera la idea: el soplar. El pensar le da forma, transforma la idea en figura: dar aliento.*

Me recuerda el concepto de Bion de pensamientos a la búsqueda de un pensador. Acá sería esa madre que nos reconozca en nuestro crecimiento y nos ayude a cobrar confianza en nosotros mismos.

Esta revelación desconcierta a Rosa y Victoria que parecen haber conocido muy poco de esa “madre suficientemente buena”.

Rosa parece haberse sentido madre, desde *siempre*. Victoria desde los 9 años pero al menos conserva la esperanza de ayuda en la tía.

Victoria relaciona la presencia de leche en sus pechos con el poder *ver y ser vista* por su bebé. “Si no lo veo todo se me confunde. Me mareo, me parece que me desmayo”. Coincide con Vanesa en la

importancia de ver el movimiento. Un bebé inmóvil, como una panza que no crece, denotan muerte. La tranquiliza darse cuenta que su bebé es pachorriento, pero está vivo.

El trabajo psíquico consiste sobre todo en construir continentes o en deshacerlos (trabajo de duelo). El temor de Rosa que se le parta el corazón se podría entender como la necesidad de un continente que le permita discriminar conciencia de sí y de objeto.

Me imagino su yo-corazón como un paracaídas que inflado, pudiera contener infinitos bebés. Luego del parto éste se desinfla tan bruscamente (quizás por exceso de contenidos) que queda desparrramado en el piso, preso del suelo.

Sólo con ayuda de otros puede salir de ese estado y lograr sentirse autorizada a alimentar a su bebé, alzarlo o estar presente en la operación de su hija Anabella.

Cuando la Dra. Romano explica la función del hígado degradando los glóbulos rojos pienso en el proceso de pensar de estas madres. *Solas* no pueden procesar tantos contenidos.

La construcción de una estructura compensadora permitiría evitar la pérdida vincular. Funcionaría como un espacio transicional que permitiría reconectar al bebé con sus padres protectores, ayudando a las madres a recuperar su capacidad de *reverie*.

El grupo-*nesting* se podría pensar como un espacio continente donde pediatras y psicoanalistas actuamos como *tías o padres sopladores* tratando de contener el caos y ayudando a pensar y a hacer.

Bion toma de Poincaré la noción de *hecho seleccionado*.

Sería aquél que da coherencia a hechos anteriormente dispersos.

A través del trabajo en el grupo de padres intentamos transformar estados mentales de dispersión en estados de mayor integración.

Cuando a una mamá le sacan el contenido bebé se siente “vacía-da”. Si además no puede ver al contenido, ¿cómo no se va a deprimir? ¿Cómo no va a dudar si es madre o no? ¿Cómo no va a temer cómo se siente su bebé?

Si la madre se siente así, ¿cómo será sentirse en “*nido ajeno*” sin conocer la lengua y sin lograr detectar cuál es mi mamá?

En este campo, creo que puede sernos útil un aporte de G. Groddeck:

“Mi madre dio su propia leche sólo al mayor de sus hijos. Entonces fue aquejada de una grave inflamación de los pechos que

trajo como consecuencia, que se le secaran las glándulas mamarias.

Yo debí nacer un par de días antes de lo que habían pensado. La nodriza que tenían prevista para mí, no estaba todavía en casa. Durante tres días tuvo que amamantarme, como pudo, una mujer que venía diariamente a darme el pecho.

Me dijeron que ello no me ocasionó ningún daño, pero ¿quién puede juzgar los sentimientos de un lactante?

El hambre no me parece un buen saludo de bienvenida, para un recién nacido.

He tenido ocasión de tratar pacientes a los que les han pasado cosas semejantes.

Aunque no puedo demostrar que hayan sufrido daño en su alma, ello me resulta muy probable. En comparación con ellos, creo que yo todavía he tenido suerte...”.

De: *El libro del Ello*

EL TRAUMA ACUMULATIVO

El bebé que nace prematuramente no es un ser insensible o inmaduro al que su sistema sensorial le impida sentir. Esto complica considerablemente el trabajo de los neonatólogos. Ya no es posible pensar que el recién nacido no sufre. Se lo supone hipersensible, pues la inmadurez de su equipamiento neurobioquímico, no le permite la puesta en marcha de sistemas inhibidores del dolor.

La madre funcionó, hasta el nacimiento, como barrera protectora contra los estímulos excesivos. Pero ya no está.

¿Cómo dominar la cantidad de estímulos que han penetrado la barrera protectora?

Winnicott llama *impactos (impingements)* a los fracasos de la madre en dosificar los estímulos, tanto externos como internos.

Masud Khan, en su concepto de *trauma acumulativo*, toma en consideración sucesos psico-físicos que ocurren en la etapa pre-verbal de la relación madre-hijo.

Aclara que no incluye solamente las fisuras en el rol de la madre en el momento o en el contexto en que ocurre el hecho. Incluye también una revisión de todo lo acontecido antes del hecho.

En el caso de un nacimiento prematuro se daría un mirar hacia atrás que resignifica todo el embarazo y la relación con los propios padres.

Cuánto de autoamparo, transmite Rosa, en su relato. Cómo le cuesta pedir ayuda. Cuánto temor. Cuánto sufrimiento en soledad.

Cuánta confusión de roles aparece en la historia de Victoria. “*Hace de mamá*” desde los nueve años, para su papá y sus hermanos. Pero sigue conectada interiormente con una mamá que la rechaza y la culpabiliza.

Qué buena parece haber sido la mamá de Vanesa. ¡Cómo se la extraña! Ella sí que sabe *de dar aliento*...

LENGUAJE E INTERDISCIPLINA

Cuando un psicoanalista realiza una experiencia interdisciplinaria y se compromete, surge el nosotros como indicador de pertenencia al nuevo equipo.

Al volver al campo psicoanalítico, los colegas señalan que uno hace participaciones diferentes y escribe distinto. Es lógico, porque uno cambió y hace falta un nuevo esfuerzo de adaptación para reinsertarse.

También requiere de los colegas interesados en conocer la experiencia, un esfuerzo en la lectura. Se podría pensar como el manejo de diferentes dialectos de un mismo idioma.

En mi trabajo con los pediatras voy descubriendo que algunas teorías psicoanalíticas funcionan como dialectos que permiten la comunicación. Otras resuenan como idiomas desconocidos.

El mundo de los bebés internados nos pone en contacto con el idioma del cuidado materno, del que todos “sabemos”.

Quizás dependa de los anhelos de reparación de cada persona, que sea entendido como otro idioma o dialecto.

A mi entender pediatras y psicoanalistas trabajamos unidos por la clínica, como cuidado en común. No somos demandados como psicoanalistas en función interpretativa. Uno es convocado porque hay muchos problemas por resolver y ayudar a pensar es bien recibido.

En ambas disciplinas se tiende a disociar lo intrapersonal de lo interpersonal, posiblemente intentando colocarse en una posición neutral. Los neonatólogos preocupados por el medio interno del bebé, los psicoanalistas por su mundo interno.

¿Podríamos pensar lo interpersonal como lo latente operando entre bastidores? Invisible pero activo...

Lleva bastante tiempo conocer una institución: su historia, sus leyes, sus mitos.

Es necesaria una escucha pertinente que genere confianza. Para ello es muy útil haber sido entrenado en la asociación libre, atención flotante, abstinencia.

Una vez reconocidos los conflictos, es necesario crear ámbitos elaborativos donde se puedan plantear.

Uno comienza trabajando en los pasillos o en la terapia intensiva misma. Con el tiempo surge una habitación como lugar de encuentro y es posible sentarse a pensar.

Cuando esto ocurre es señal de que se han logrado las condiciones de seguridad psíquica que permiten que las ideas sean reconocidas y discutidas por el grupo.

Cuando se dispone de un lenguaje compartido, confianza y cultura común, es posible conceptualizar prácticas clínicas.

Por ejemplo los neonatólogos llaman nido a la estructura que arman, dentro de la incubadora, para contener al bebé. Lo entienden como un intento de reproducir las características del útero. A mí el nido me hizo pensar en el concepto de Winnicott de madre medio ambiente.

Noté que no se les hacía nido o no se lo mantenía en condiciones, a los bebés poco visitados por su familia.

Luego de ocho años de trabajo en común, cuando llego y pregunto por la ausencia del nido, tanto médicos como enfermeras suelen contestar: “no se hizo porque estamos escasos de materiales, pero la mamá viene...”.

Se ha constituido entre nosotros una ecuación que facilita la comunicación: nido-continencia física-continencia psíquica-madre medio ambiente-familia.

También pensé que la actitud de la familia de acercamiento o rechazo al bebé podría ser pensada a partir de cómo es vivida la situación: ¿dialecto u otro idioma?

BIBLIOGRAFIA

ANZIEU, D. Y OTROS (1998) *Los continentes del Pensamiento*. Ed. de la Flor, Buenos Aires.

- BION, W. R. (1966) *Aprendiendo de la experiencia*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- ELIADE, M. (1981) *Lo sagrado y lo profano*. Ed. Guadarrama, Barcelona.
- GRODDECK, G. (1973) *El libro del Ello*. Ed. Taurus, Madrid.
- KHAN, MASUD R. (1974) *La intimidad del si mismo*. Ed. Saltes, Madrid.
- MENÉNDEZ, O. (2002) "Andamios Humanos". *Psicoanalisis*, 23, Nº 3, págs. 669-693, Buenos Aires.
- (2004) ¿Por qué mantener juntos o separar a los bebés de sus mamás en las terapias intensivas neonatales? *Rev. Chil. Psicoanal.*, 21, Nº2, págs. 210-221, Santiago de Chile.
- (2005) "Vale Jesús lo mismo que el ladrón". *Rev. Psicoanálisis*, Vol. 27, Nº 1-2, págs. 325-345, Buenos Aires.
- PAZ, R. (2008) *Cuestiones disputadas*. Ed. Biebel con Soc. Arg. de Psico., Buenos Aires.
- WINNICOTT, D. (1993) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós, Buenos Aires.

Trabajo presentado: 10-09-2010

Trabajo aceptado: 17-11-2010

Oswaldo Menéndez

Av. R. Scalabrini Ortiz 2368, 9º "J"

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Argentina

E-mail: oamenendez@hotmail.com

