# Comprensión psicoanalítica del trasplante de órganos en niños y adolescentes[1]

* Eva Rotenberg

*...sostenía que no había que intentarse la curación de unos ojos sin la cabeza y la cabeza sin el resto del cuerpo; así como tampoco del cuerpo, sin el alma.*
*Esta sería la causa de que se les escapasen muchas enfermedades a los médicos griegos: se despreocupaban del conjunto, cuando es esto lo que mas cuidados requiere, y si ese conjunto no iba bien, era imposible que lo fueran sus partes*

Diálogos de Platón

## Introducción

Este trabajo aborda un tema relativamente nuevo, la problemática del transplante de órganos desde una mirada psicoanalítica. Propongo pensar articulaciones posibles entre la medicina y el psicoanálisis a partir de mi experiencia clínica con niños y su familia en situación de trasplante, como coordinadora de grupos Balint con los profesionales de Terapia intensiva y Unidad coronaria de niños y adolescentes en el Policlínico Bancario de Buenos Aires, y como docente de seminarios dictados en el Centro Racker de APA[2], a profesionales cuya actividad estaba centrada en este tema. Tomo como ejes el cuerpo-continente, el cuerpo biológico-cuerpo erógeno, la imagen corporal - identidad corporal, el trauma, la temporalidad y las diferentes etapas del transplante, para desarrollar luego la dirección de la cura en las etapas del proceso del transplante y la presentación de viñetas clínicas.

Se toman en cuenta los siguientes enfoques:

Enfoque Psicogenético: La patología orgánica con riesgo de muerte ge-

1 Considerado de «excelencia científica» por la comisión científica de FEPAL, Bogotá, Colombia, año 2010

* evarot@gmail.com / Argentina

2 Con la colaboración del Lic Luis Vázquez

nera ansiedades que deben ser elaboradas para que no se intensifique aún más el compromiso somático. Tomo en consideración los efectos que pueden producirse en el campo creado por el paciente-familia-médicos-institución que, de no hacerse conscientes, podrían amplificar la patología, influyendo negativamente en la evolución del paciente.

Enfoque Somatogenético: Abordo, ilustrándolo con material clínico, el efecto del acontecimiento que genera la enfermedad, el cuerpo que resiente su función continente, impactando en el psiquismo del niño y su familia. Resalto la importancia de lo psíquico en el pronóstico de la aceptación del transplante, los abordajes en las diferentes etapas del mismo, las ansiedades específicas y las derivaciones del campo generado en el entramado que se constituye cuando intervienen los profesionales de distintas especialidades, la familia, el paciente y la institución.

## Cuerpo biológico-Cuerpo erógeno

Para cierta concepción clásica de la biología, el cuerpo y el organismo son una sumatoria de tejidos, órganos y funciones de órganos. Da una idea de estar constituidos al modo de un mecanismo que funciona como un reloj, formado por la suma de las piezas que, cuando se descomponen, pueden ser cambiadas. El cuerpo humano es para la medicina un cuerpo concreto y real, extraño aun, aunque no totalmente, al dominio de la significación interdisciplinaria compartida. El médico, por su formación cada vez más especializada, está acostumbrado a vincularse con un cuerpo parcializado: el estómago, el corazón, pudiendo favorecer una hipertrofia de la concepción del soma como exterior y extraño al Yo.

Si bien la patología orgánica tiene múltiples desencadenantes: genéticos, ambientales, emocionales, y otros, me ocuparé de la influencia de lo emocional en la eclosión de la patología corporal y del impacto emocional por la irrupción de la enfermedad.

Para Freud el yo es ante todo un yo corporal (1923). Es interesante pensar en los aportes que se abren al considerar al cuerpo como "un cuerpo-continente" (Tamar Pollak, 2009), envoltura constitutiva del mismo modo que el Yo-piel, generando un espacio psico-físico de organización diferente al mental.

Para el psicoanálisis, según Lacan (1949), pensamos al cuerpo erógeno, cuerpo simbólico e imaginario, que atraviesa al cuerpo real. El cuerpo contiene una anatomía también imaginaria como es factible observar en las parálisis histéricas o la hipocondría, que ponen una carga de significación extra al funcionamiento del órgano con una fantasmática singular de cada sujeto.

Sin embargo, lo anterior es diferente a la irrupción de una patología se-

vera, especialmente en la primera infancia. La diferencia con el adulto es que la integración psique soma puede verse interrumpida y la libidinización materna podría afectar por exceso, en el caso de sobreprotección, o por carencia, al temer la pérdida del niño.

Freud ha elaborado dos teorías pulsionales que nos ayudan a pensar el fenómeno psicosomático y la enfermedad autoinmune. La primera (1905), basada en la oposición entre las pulsiones sexuales y las de auto conservación, nos permite comprender las psiconeurosis y las neurosis actuales, que se pueden articular con el concepto de "más allá del Principio del Placer", con un resto que nos conduce a la segunda teoría pulsional. Allí (1920) Freud opone las pulsiones de vida a las pulsiones de destrucción, y conceptos como desintrincación pulsional, pulsión de muerte, nos permiten pensar la patología somática y las enfermedades auto-inmunes.

En "Pulsión y destinos de Pulsión", (1915) Freud define a la pulsión como "un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma (p.117)". Propongo, entonces, no considerar a lo somático puro, sino la relación somato-psíquica.

El cuerpo, como esa otra realidad exterior al Yo, cuando se manifiesta porque enferma, siempre sorprende, produciendo efectos en la persona que padece y en el medio familiar

Es decir, que además de la anatomía hay una realidad diferente poblada por las fantasías, por un imaginario, el inconsciente que se expresa a través de múltiples lenguajes. Habría dos "verdades" que se entrecruzan, la del cuerpo real atravesado por el cuerpo imaginario, por el deseo. Trabajar con pacientes con patología orgánica implica poder pensar el entrecruzamiento de lógicas con diferentes leyes causales. En efecto, Freud (1900) ya había adelantado que las leyes que rigen los procesos del inconsciente son diferentes a las del pensamiento "normal".

## Imagen corporal-Esquema corporal-Identidad corporal[3]

Incluir el concepto de imagen corporal nos amplía la representación del cuerpo, distinguiendo una estructura clásica definida por la psicología y otra por la medicina, referida al esquema corporal que es común a la especie. La imagen corporal resulta del sistema propioceptivo: las percepciones, producto de los registros del sistema sensorio motor (lo visto, lo oído, el olfato),

3 Tema trabajado y pensado con el Lic. Luis Vázquez

y de lo interoceptivo, con sensaciones cenestésicas, kinestésicas, el dolor, el placer-displacer, calor-frío.

Destaco la importancia de un otro primordial, generalmente la madre, como estimuladora de la pulsión (Laplanche,1987) y cuya mirada estructurante se dirige al niño, dándole una imagen de la constitución del cuerpo humano, teñido de lo *vivencial desde el origen* (Laplanche, 1989). Esta mirada tiene la carga de "la sombra del objeto" (Freud, 1917) y de cómo interviene ese cuerpo singular del niño, como favorecedor del "encuentro" (Aulagnier, 1977), o no.

Entonces, a diferencia del esquema corporal, el psicoanálisis define otro esquema- mapa corporal construido desde lo inconsciente y que es singular de cada uno.

El cuerpo erógeno resulta ser un cuerpo libidinizado, articulando biología y deseo, producto de una construcción dada en una trama de interdependencias afectivas. Insisto en que a partir de la trama padres-hijo, facilitadora de la subjetividad del hijo, surgiría la constitución de una imagen corporal favorable al Yo.

El destacado por Freud es un cuerpo erógeno constituido por diferentes zonas erógenas, otorgándole una significación organizadora a los orificios corporales en un apuntalamiento sobre las necesidades biológicas.

Tomando a Dolto (1986) podemos postular una imagen inconsciente del cuerpo que se construye y apuntala en la relación entre el niño y los padres. Desde mi perspectiva, esta imagen es relativamente independiente del esquema corporal y constituye la síntesis de las experiencias vividas por un sujeto en relación con sus progenitores.

Visto por Lacan (1952) el cuerpo aparece como cuerpo fragmentado y se organiza en una identificación primordial anticipatoria que va a promover en una precipitación la estructuración del yo, logrando la síntesis de un cuerpo integrado imaginariamente. El reconocimiento de la imagen del cuerpo, del sí mismo, a través de la imagen en el espejo es, entonces, estructurante para la identidad del sujeto.

Desde la lectura de Winnicott (1982), el rostro de la madre es el precursor del espejo. Nos aclara que, cuando el niño mira a su madre se ve reflejado a sí mismo en el rostro de ella. Dice: "la madre lo mira y lo que ella parece se relaciona con lo que ve en él" y continúa diciendo "en el caso del bebé cuya madre refleja su propio estado de ánimo o, peor aún, la rigidez de sus propias defensas. En ese caso, ¿qué ve el bebé? (pág. 148)"

Piera Aulagnier (1977) considera que se puede producir un trauma en el encuentro madre-*infans* y, en cuanto a la constitución de la imagen corporal, que la sincronía y la diacronía de la excitación de las zonas erógenas es fundamental: es la condición previa necesaria para la integración del cuerpo

como unidad futura, pero también es causa posible de una fragmentación de esta "unidad" fuente de una angustia de despedazamiento (pág. 53). La posibilidad de que se logre la armonía de dichas zonas dependerá de la presencia o no de un otro provisto del poder de hacer sentir placer o displacer a las zonas erógenas del *infans* (pág.74) y de la necesariedad de una cierta "violencia primaria" dadora de sentido. Asimismo, destaca la importancia del otro como estimulador de la pulsión ligado al sentido, tema que retomaremos al hablar de estrategias técnicas.

Acercándonos a la clínica, puedo decir acerca de la importancia de la mirada del entorno que devuelve una marca identificatoria muy fuerte, y es alrededor del cuerpo injuriado que se construye lo que hemos denominado "la identidad corporal" (Rotenberg, y Vazquez, 2000), cuando alguien es nominado y hablado por y desde su enfermedad: "el sidoso", "el cáncer de páncreas", etcétera. Sería una pseudo-identidad con carácter defensivo para permitir la disociación, de parte de los médicos, y como defensa restitutiva, para el paciente.

## Trauma y temporalidad

En el trasplante de órganos observamos evidencias que tienen que ver con el problema del trauma en relación a la manifestación corporal y con la alteración de la temporalidad.

La patología orgánica grave se le presenta al sujeto como una realidad irrumpiendo, enfrentándolo con la posibilidad de interrumpir su continuidad existencial, (recordemos que en el inconsciente no existe la representación de la propia muerte). La patología orgánica infantil severa para algunos autores como Ginestet-Debreil (1997), podría ser una de las manifestaciones de los efectos de la transmisión de lo no dicho y/o lo no pensado transgeneracional, lo no elaborado y escindido de los otros significativos.

El niño podría ser el portador de lo mudo, no sabido, no pensado, manifestándose a través de una alucinación de deseo, a través de la psicosis, el autismo o la psicosomatosis. No habría elaboración psíquica por la presencia del quantum o de la singularidad de la vivencia que deviene traumática y/o por déficit del aparato psíquico. Habría una incorporación/identificación con aspectos de los padres que ellos no han podido pensar ni procesar psíquicamente por no poder afrontar el sufrimiento. Se haría presente un pasado mudo, primer punto de alteración en la temporalidad.

Por otra parte, un diagnóstico con riesgo de muerte generalmente causa un impacto que es vivido como un quantum disruptivo, amenazando la con-

tinuidad del ser, de la posibilidad de existencia y futuro, afectando así al individuo y a la familia.

En este segundo punto propongo pensar las alteraciones en la temporalidad. La infancia conlleva una temporalidad futura, los niños "se preparan" para cuando sean grandes, constituyen parte del proyecto de vida de los padres. El diagnóstico de una enfermedad cuya "curación" depende de la posibilidad del "cambio de un órgano", con posibilidad real o fantaseada de muerte, produce efectos en la temporalidad. En lugar de investir un tiempo futuro se pasa a un tiempo que se experimenta como detenido en el presente, como si fuera existir en "el limbo" con el riesgo de desinvestir lo vital. Lo de "afuera" puede perder relevancia, no se sabe si habrá futuro.

## Abordaje clínico, estrategias técnicas

*Marisa, de tres años, recibió un trasplante de hígado, el donante fue el padre quien quedó internado en el mismo hospital, pero en otra sala. La madre, una mujer muy joven, acompañaba al marido, dejando sola a Marisa con el personal hospitalario, cuyos rostros eran desconocidos para la niña.*
*Las pocas veces que la madre se acercaba la miraba con rechazo y espanto.*

*La nena se encontraba en estado de pánico, sin poder jugar y con las manos en alto, alejadas de su cuerpo, como si tuviese temor de explorarlo y constatar sus cambios.* ¿Podríamos pensar este caso dentro de lo descrito por Winnicott como las perturbaciones en la construcción del espejo en el rostro de la madre? y ¿Cómo evaluar sus efectos en el pronóstico?

*Francisco de dos años contrajo hepatitis y tuvo que ser trasplantado, el donante fue su padre. La madre se repartía entre las visitas a ambos. El niño recorría con sus manitos las grampitas de las heridas de su cuerpo, y la mamá lo tranquilizaba y lo miraba con ternura.*

*Marisa falleció a la semana, Francisco salió de la etapa de riesgo y se repuso lentamente hasta que pudo retomar su cotidianeidad.*

Las observaciones acerca de los diferentes vínculos de estas dos madres con sus respectivos hijos y la relación con la evolución post transplante fueron aportadas por los médicos. Lamentablemente, este material tan importante para los psicoanalistas no es incluido por los médicos en el informe de la historia clínica y se pierde así la posibilidad de implementarlo como herramienta terapéutica.

Con estas viñetas quiero remarcar que para la recuperación, aunque no sea el único factor determinante, es fundamental la investidura libidinal de las figuras más significativas del niño, que cumplen diversas funciones a través de dicha investidura, como ser: la presencia, la posibilidad de la trans-

formación de la angustia, la contención y sostén, el acompañamiento generando esperanza, la mirada. Enfatizo la importancia del Otro: investidura o rechazo.

¿No sería favorable para los médicos tener en cuenta estos aspectos, ayudando a que los padres sean capaces de comprender los efectos que las emociones pueden generar en el hijo?

***Oscar**, de 6 años estaba internado en pediatría con diagnóstico de leucemia. Para los pediatras era un paciente que "colaboraba mucho con la enfermedad", para ellos estar adaptado a la enfermedad estaba connotado positivamente, la ausencia de queja o dolor era sinónimo de fortaleza. Cuando le iban a extraer sangre extendía el bracito, quizás se le caía alguna lágrima, pero nada más.*

*Llamaron la atención de los médicos los dibujos que hacía para regalarle a su médica, a partir de un trabajo conjunto que veníamos realizando en grupos de reflexión Balint. A partir de estos dibujos (que se adjuntan al trabajo), pude comprender y mostrarle a los médicos lo que el niño estaba expresando en ellos. Su fantasía de muerte, de "no salida", ansiedades de despedazamiento y lo conectado que estaba con su proceso orgánico. Trabajamos con los pediatras que desde el psicoanálisis entendemos la idea de "adaptación a la enfermedad" como sobreadaptación, como un escudo encubridor de los aspectos sentidos como más vulnerables para el Yo, por cuyo medio el paciente procura no angustiar a sus padres. Solamente a partir de la comprensión del mundo interno de Oscar se podía intentar una ayuda. Los pediatras, por su formación, no debían entender la expresión gráfica, por esto pensamos que es fundamental abordar la problemática constituyendo un equipo transdisciplinario.*

## Dibujos de Oscar o Un Picasso que no fue

El niño sabe más de su enfermedad de lo que creen los adultos. Los niños con patología con riesgo de muerte expresan de diferentes maneras en sus dibujos el miedo a morir y sus ansiedades.

En el dibujo nº 1 (el orden en que los presento es arbitrario porque los dibujaba estando solito), puede verse que Oscar expresó una batalla, seguramente de acuerdo a las explicaciones que los médicos le dieron acerca de la lucha entre soldaditos. Dibujó cómo imaginaba lo que sucedía en su interior, representando el combate entre glóbulos blancos y rojos, entre la vida y la muerte, resaltando la importancia que ha adquirido el cuerpo biológico para él. Si observamos detenidamente, veremos trazos que representan su inquietud por lo que sucede en el interior del cuerpo y la fantasía de castración. El cinturón divide al cuerpo en dos partes (escisión) y en el lugar de los genitales masculinos hay dos testículos-agujeros sin pene.

En el dibujo nº 2, el avión, símbolo fálico, representa la potencia y el "ir hacia delante que queda truncado con la caída del futuro". En la transformación del avión, expresa la transformación de su estructura corporal, con angustia de caída sin fin y la vivencia de derrumbe, al decir de Winnicott (1967), la sensación de cuerpo despedazado (los brazos están separados del cuerpo), la falla de las defensas maníacas y omnipotentes (gigante sobre el techo de una casa pequeña para sostenerlo y al borde de caerse), la fantasía de muerte, de caída y regresión a un estado fetal, con una percepción de la desorganización y peligro de muerte.

En el dibujo nº 3, dibuja claramente su fantasma de muerte, la lucha se concretiza en muerte y despedazamiento.

Otros niños dibujan mariposas negras o círculos dentados con algo terrorífico dentro del cuerpo como expresión de lo siniestro dentro de sí mismo, las ansiedades persecutorias se potencian al suceder en el propio cuerpo.

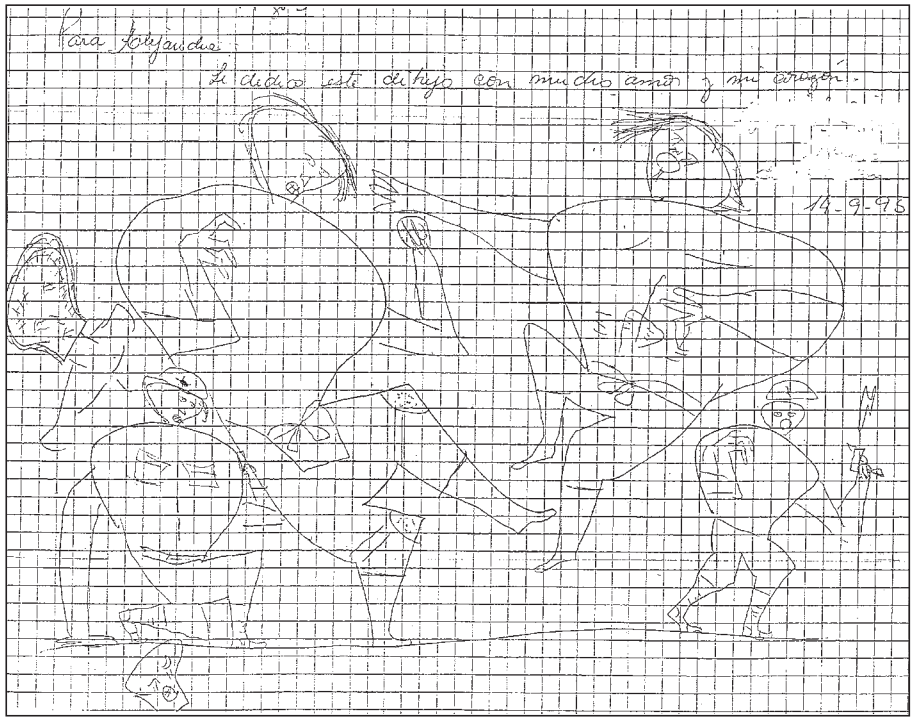
En el dibujo nº 4, expresa la vivencia del cuerpo despedazado, la no integración de la que habla Winnicott. La desmembración indicaría la pérdida de la función cuerpo-continente.

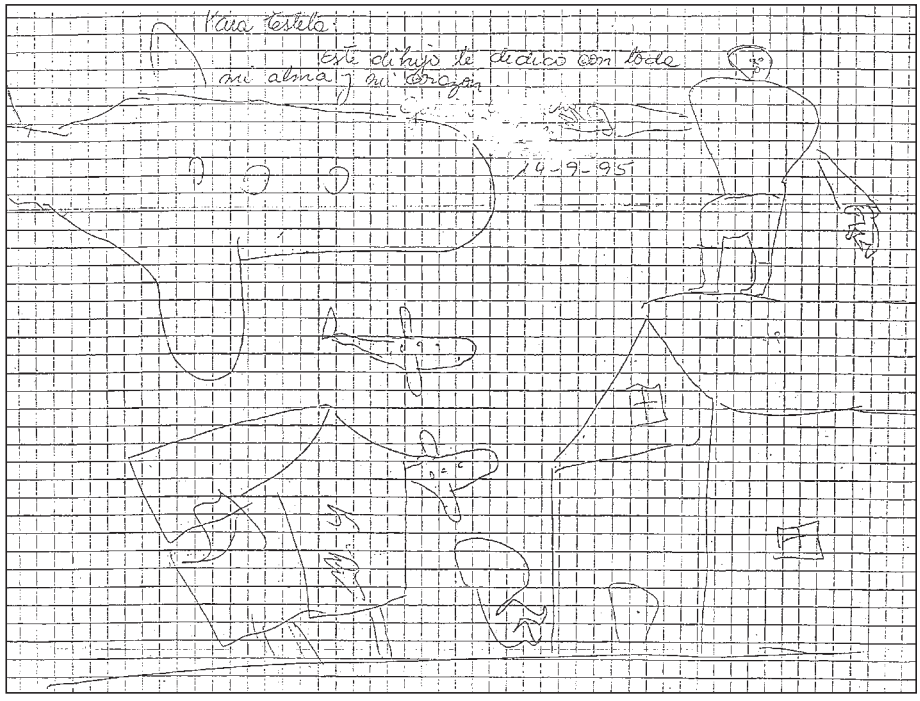
El trasplante de órganos es una intervención que atraviesa los cimientos del ser porque enfrenta al individuo con la "pura necesidad", es del orden de lo real, más allá está la muerte. En el más acá, se afecta la imagen corporal, síntesis identificatoria de la construcción de la identidad del sujeto. Pensar la patología orgánica, cuando nos ocupamos del factor *psi*, es desentrañar un enigma en el cuerpo, poner palabras a las vivencias.

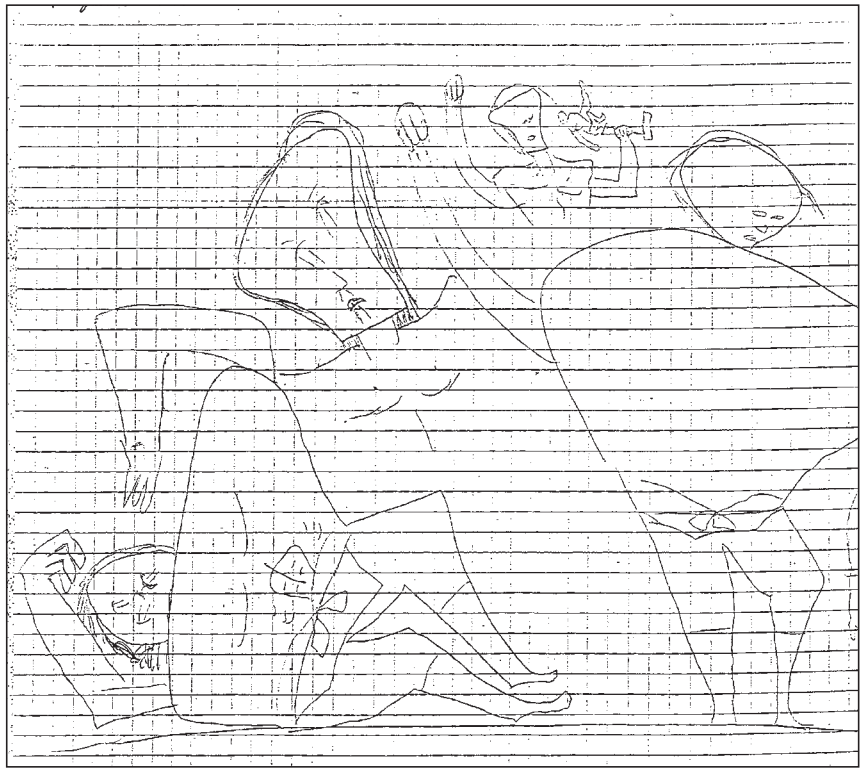
La terapéutica debe apuntar a la transformación de la "pura necesidad de aceptar el trasplante" a la anidación del mismo, de la fijación de la pulsión al fluir e investir el "futuro".

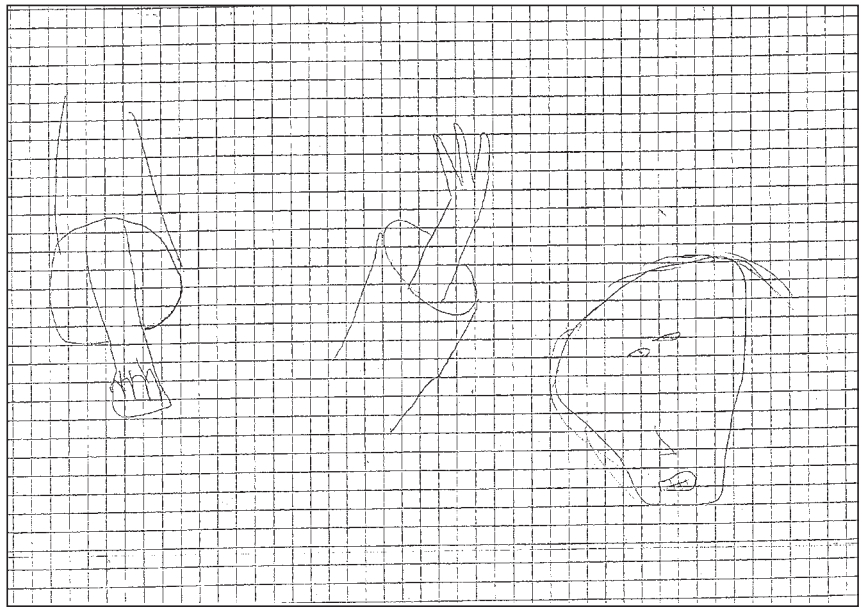
Merece una profunda reflexión el interjuego entre la pulsión enraizada en el soma y el efecto de la mirada y del deseo del otro.

El narcisismo está imbricado con lo corporal y con el otro y, en ciertos casos, la enfermedad produce un efecto devastador en el psiquismo, rompiendo esta unidad, o directamente no llegando a integrarse (dependiendo de la edad y del estado emocional del paciente). Así, el cuerpo es sentido como extraño, ajeno, desmembrado, perdiéndose frecuentemente la posibilidad de representación del cuerpo integrado y del sí mismo.


Para Alejandro
Le dedico este dibujo con mucho amor y mi corazón.
14-9-95


Para Estela
este dibujo le dedico con todo
mi alma y mi corazón
14-9-95





## Abordaje técnico

Este abordaje contempla todas las etapas como características generales en el enfoque clínico de la comprensión del paciente, la instalación de un medio ambiente facilitador y de un trabajo con el paciente, la familia y el equipo que lo trata. El diagnóstico, proceso de estudios que irrumpe con la nominación de la patología, puede ser recibido por el enfermo y/o familia como si fuera una sentencia de muerte ya decretada, promoviendo diferentes ansiedades que, en caso de no ser transformadas, potencian defensas que incrementan la posibilidad de mantener la escisión cuerpo-mente.

Postulamos (Rotenberg, y Vazquez, 2000) que el trabajo psicoterapéutico cobra especificidad en las diferentes etapas del transplante.

A. Durante el **pre-transplante** nos encontramos con la problemática del impacto del diagnóstico, la posibilidad o la pérdida de la función de un órgano; es la primera emergencia del cuerpo real. Es un momento propicio para pensar en un tratamiento psicoanalítico. Trabajamos sobre una ausencia de sentido para el paciente; el abordaje consiste en ligar palabras y afectos que vayan otorgando significación y representación no solo a la fantasmática singular subjetiva, sino también a ese cuerpo encriptado que se muestra escindido en el que irrumpe la enfermedad.

Desde la perspectiva transgeneracional, la escisión psíquica producto de lo traumático en la generación de los padres puede tener como efecto la disociación mente-cuerpo en el hijo, defensa que Winnicott denominó escisión psique-soma (1982), coincidente con ciertas enfermedades (Ginestet-Delbreil, 1997).

La escisión sería uno de los elementos importantes a considerar como predisposición psíquica a enfermar (mas allá del componente biológico, genético, etcétera), junto con la desmentida, las fallas representacionales, los trastornos en la simbolización, las alteraciones en el procesamiento de la pulsión y las fallas en la utilización de la agresividad libidinal. La función terapéutica es facilitar la contención, representación y simbolización para permitirle al enfermo y su familia representar el estado actual. La emergencia del cuerpo enfermo se expresa como injuria narcisista.

Para el enfermo su dolencia es efecto del mal funcionamiento corporal, nosotros, en cambio, intentaremos ayudarlo para que pueda encontrarle alguna otra significación, más allá del diagnóstico médico, ligada a su historia personal.

Caso clínico: Me consulta una mamá porque su hija de 5 años tenía que repetir la salita del jardín por sus problemas de conducta. La maestra se quejaba de su agresión y de que no aceptaba las actividades propuestas. El hermano mayor, de 7 años, tenía dificultades en la dicción, le faltaba vocabulario para expresarse, y manifestaba fallas en la simbolización y la sociabilización.

En el proceso diagnóstico me encontré con padres que casi no se hablaban, vivían como si estuvieran divorciados emocionalmente. Uno descalificaba al otro, poniendo a los hijos en la situación de "elegir a quien querer", sintiendo los niños un conflicto de lealtades entre el papá y la mamá.

Comenzamos una terapia psicoanalítica familiar. El padre casi no tenía diálogo con sus hijos, pero les hacía cosquillas (casi como una tortura porque los hacía reír sin parar y se notaba que, a pesar de la risa, los niños estaban sufriendo) como modo de verlos felices, tapando su propia depresión existencial.

A partir de mis intervenciones, comenzó a cambiar su modo de relacionarse con ellos. Las cosquillas, que encubrían su desesperanza, fueron reemplazándose por el diálogo y una actitud de respeto hacia los hijos. Sin embargo, el vínculo matrimonial parecía imposible de ser trabajado, la pareja tampoco quería divorciarse porque el padre sentía que moriría si no convivía con sus hijos. Se había conformado una situación dilemática, enloquecedora. Contratransferencialmente fantaseaba con que alguien iba a morir, tuve la fantasía que el hombre mataría a su mujer, quedándose con sus hijos.

Formulé una intervención para poner palabras donde parecía que iba a haber un acto, ¡tal era el clima familiar! Dije con cierto humor, "Si la matás, ¡resolvés el problema!" El padre se quedó callado, (como si le hubiera leído la mente), pero a la sesión siguiente dijo "¡No es para tanto!".

Unos meses más tarde, el nene mayor, de 7 años, muy exigido a tener que cuidar a la hermanita y no expresar enojo, se enfermó, le salieron hematomas en los brazos, que se extendieron y, finalmente, después de una internación, le diagnosticaron leucemia.

Así es que les cambió la vida, comenzaron con transfusiones, búsqueda de compatibilidad entre ellos, hecho que dio negativo y se pasó a buscar donantes en el mundo, pensando en un trasplante de médula. Consultaron en Estados Unidos, recibiendo como respuesta el mismo diagnóstico e indicación.

El padre se transformó en el referente emocional más confiable, contenía a Federico, le contaba cuentos y cuando el nene no podía dormir de noche, se quedaba con él y conversaban. Poco a poco, Federico comenzó a expresarse, le fue diciendo al padre que tenía miedo de morirse y otras veces le llegó a decir que estaba muy enojado porque el papá le había prometido que lo cuidaría y ¿cómo podía ser que "no le evitó enfermar y tampoco podía curarlo?" Estas palabras representaban un puñal para el padre que siempre había creído que teniendo dinero podría proteger a sus hijos. Esta situación lo enfrentaba con la impotencia. En esos momentos lo abrazaba y a veces lloraban juntos. Otras veces el papa lo tranquilizaba y luego, cuando Federico dormía, subía a la terraza a llorar. La mamá, con defensas maníacas, podía mantener un clima "normal, como si no pasara nada", hecho que a Federico lo alejaba

de ella en los momentos de angustia, pero en otros, le permitía jugar. Estaríamos ante la desmentida estructural, como la denomina Marucco (1999).

Continuamos con la terapia familiar y Federico, que casi no hablaba o lo hacía muy mal, comenzó a dibujar en el pizarrón y a explicar que se sentía sin presente, que su vida era pasado, cuando estaba sano, y futuro, porque pensaba y no sabía si iba a vivir, él no podía vivir el presente porque no jugaba con sus amigos, ni podía vivir como antes. Tenía prohibidos los deportes, salir al recreo, no podía hacer ninguna actividad que le pudiera bajar los glóbulos rojos. Después aclaraba que no tenía futuro, solo pasado. "¿Por qué me pasó esto a mi?", solía preguntar.

En otras sesiones se dibujaba dividido y roto, una parte con mamá y otra con papá. También sentía que los traicionaba, si estaba bien con mamá, traicionaba a papá y viceversa. A partir de estas sesiones pudo comenzar a hablar. Expresaba su ambivalencia porque en algunas sesiones manifestaba su deseo inconsciente, que era continuar enfermo porque de este modo "unía" a sus padres, y otras veces lloraba pensándose muerto. Por la noche preguntaba a su padre "¿que es morirse?, ¿los volvería a ver?, ¿tendría frío?".

Pude ayudar a que los padres comprendieran el efecto que el conflicto de lealtades generaba en el niño, un "conflicto medular", central, ya que sus padres constituían su "columna vertebral". Federico debía sentirse autorizado a querer a los dos y expresarlo, sin tener que elegir. ¿Podríamos considerar una analogía entre la vivencia del derrumbe del sostén familiar con la manifestación en el cuerpo-continente?

Los padres, poco a poco, pudieron aceptar la relación metafórica entre lo emocional y la patología orgánica y escuchar al hijo, contenerlo, comenzaron a tolerarse más entre ellos y ayudarse. Se fueron reencontrando.

Tomo las ideas de Jorge García Badaracco (1990) para pensar la emergencia del enfermar de Federico como un equivalente al brote psicótico ante una situación dilemática. Me pregunto: ¿podemos considerar en este caso la enfermedad al modo de brote, como una implosión, condensación de lo que no se podía decir ni elegir y era intolerable para el yo? En efecto, Federico no podía elegir entre el padre o la madre, era como elegir entre un brazo y el otro.

Empero, el niño pudo enojarse con el padre diciéndole que no lo había protegido. Fue una etapa muy difícil para el padre que, sin embargo, pudo escuchar y contener la angustia del hijo, yéndose luego a la terraza a llorar solo, sin poder dormir durante noches enteras.

Simultáneamente, en esta etapa, ante la sorpresa e impacto de los padres por lo que su hijo decía, Federico comenzó a expresar sus emociones con palabras y dibujos, en terapia y con su padre. Coincidente y sorpresivamente, la hematóloga, quien buscaba desesperadamente un donante compatible,

descubrió que le daban más altos los glóbulos rojos, esa semana se había estabilizado levemente y, como consecuencia, se podía esperar una semana más para la nueva transfusión. Después otra. Y poco a poco, fue mejorando.

La hematóloga dijo que era el primer caso de curación que conocía, le pareció muy extraño, compartiendo el diagnóstico con el equipo de Estados Unidos. La madre conectaba directamente la coincidencia del poner palabras y los cambios familiares con la mejoría de su hijo, pero esto no fue compartido por el padre ni por la médica, quienes decían que "así cómo fue inexplicable la enfermedad, es inexplicable la cura".

Federico fue dado de alta en relación a la patología orgánica y los padres decidieron dejar el tratamiento familiar. Viajaron para celebrar y al regreso el nene pidió retomar él solo. Al venir a sesión dijo: "Quiero que me ayudes a poder defenderme de otra manera porque no me quiero volver a enfermar. Me afectan mucho las injusticias de mis amigos y cuando Lucía (una amiguita) llora, yo me pongo muy triste". Es decir, que Federico sí relacionó el enfermarse con su excesiva exigencia y dificultad para defenderse, sin por ello tener que ser violento.

Se trató de un caso felizmente exitoso, trabajamos poniendo sentido, representaciones-palabra ligadas al afecto, que modificaron el vínculo familiar, logrando la transformación de la pura acción a la comprensión, ampliando el preconsciente en un proceso de *disolución de la situación dilemática*.

**B. La etapa de la internación y transplante.** Para algunas personas es sentida como el exilio en varios aspectos, el alejamiento de su lugar de residencia, la pérdida del contexto cotidiano con largas internaciones. En este momento nuestro paciente se ha ampliado, por así decir, y se convierte en el campo generado por el enfermo, su familia, los médicos, enfermeros y demás especialistas intervinientes.

En ciertos casos, la internación se realiza en el momento en que se ha conseguido el órgano, pero en otros, el organismo está con pocas defensas y se debe internar a la espera de conseguirlo o esperar la muerte.

La angustia, entonces, gira en torno de conseguir el órgano, la operación y la compatibilidad en la evolución. Los pacientes ya trasplantados son un referente identificatorio para quienes esperan su "turno milagroso". Pero igual de poderosa es la desilusión frente a algún fracaso.

La psicoterapia en ningún momento debe consistir en que el paciente se conecte con la realidad de modo intrusivo, porque lo real no tiene palabra, por lo tanto no se puede enunciar una supuesta verdad que no puede ser dicha, ni afrontada por el sujeto. El *timing* siempre es fundamental, y en este momento más aún. Hay que avalar cierta desmentida estructural para no ser iatrogénicos.

El proceder médico y familiar está centrado en conseguir el órgano y en la evitación del rechazo al transplante. Muchas veces pasa desapercibida la ideación fantasmática y sus efectos, anclada en una depresión vaga, esencial, con una caída de la energía de ligadura (Marty, 1995), inadvertida en el fragor de los síntomas orgánicos. El accionar médico puede ser muy activo y eficiente, pero la misma escisión institucional y familiar, la defensa frente al sufrimiento, puede interferir inconscientemente en la evolución. Siguiendo a Winnicott (1967), si bien la regresión que se observa en los pacientes es hacia un estado de dependencia, encontramos que muchos niños internados rechazan la ayuda de un psicoanalista por diversos motivos. Algunos por depresión y regresión profunda por la cual no están en condiciones de hacerse cargo de su propio dolor y porque al mantener la escisión estarían ayudando a sus familiares a creer lo que necesitan creer, que el pacientito no se da cuenta. Hay recursos a tener en cuenta como el trabajo psicoanalítico con los diversos profesionales de la salud y la familia.

La mentira como defensa mental (Meltzer, 1989), decir que por suerte "el niño no se da cuenta, entonces no sufre", es una defensa patógena porque a nivel de las sensaciones, el niño capta en su cuerpo y en la mirada de sus padres esa angustia que le habla de muerte, o de algo irreversible, sin poder disolver la angustia.

Quisiera diferenciar la mentira como la toma Meltzer, en el sentido de un intento de ocultar cierta desesperanza, de la desmentida estructural, en estos casos, derivada de la pulsión de vida, que sería justamente lo opuesto. El concepto de Marucco de "desmentida estructural" (1999) y el de Benno Rosenberg en relación al "masoquismo de vida" (1991), me sirven para pensar la desmentida proveniente de la pulsión de vida, necesaria para cuidar el aparato psíquico y seguir invistiendo, aunque sea el final.

Insisto en la idea que el actuar terapéutico debe ser una intervención que produzca un efecto transformador reflejado en el espejo de la mirada de los padres, reparadora del trauma del encuentro.

**C. La etapa post-transplante.** En este momento es importante considerar los efectos y fantasmas generados por el nuevo estado psico-corporal. La angustia gira en torno a la receptividad del órgano o al terror del rechazo. El paciente se encuentra en un estado de vulnerabilidad somático-psíquica producto de los inmuno-supresores, encontrándose en un estado de regresión.

En esta etapa el centro de las preocupaciones es el sistema inmunológico, cuya función normal es proteger al individuo y que se convierte en este momento en uno de los riesgos en relación al rechazo.

Pero no solo se depende de la reacción somática, el psiquismo también debe poder hacer propio lo que era de otro. Lo que está en juego es la incor-

poración y el reconocimiento en un trabajo de asimilación de lo ajeno. Obviamente hay una connotación biológica y psicológica relacionada con el otro que se pone en juego en este momento. Aumenta el riesgo de rechazo en pacientes que hacen una introyección masiva y se identifican con el muerto o sienten un extrañamiento "como si estuvieran habitados por otro", como si tuvieran un "objeto muerto-vivo en su interior". (Baranger, Baranger y Mom, 1987) Visto desde el psicoanálisis, podemos preguntarnos cuántos de estos rechazos estarán sustentados por el factor emocional sin llegar a la conciencia de los pacientes, ni ser este aspecto tenido en cuenta por los médicos.

En efecto, del cuerpo se ocupa la medicina, y de los procesos de elaboración de lo ajeno y la alteridad se ocupa el psicoanálisis, pero hay un borde en el que cada disciplina debería tener un espacio para reflexionar considerando aspectos de la otra, dándole valor a una segunda mirada compartida (Baranger, Baranger y Mom 1987).

El estado somato-psíquico posterior al trasplante es nuevo, no se retorna más al estado anterior, no se es sano ni enfermo, implica otro devenir en el camino del vivir.

El paciente se enfrenta a la imposición categórica de tener que comenzar a fantasear el órgano para introducirlo en una cadena significante y metabolizarlo como propio. En este estado encontramos diversos tipos de fantasías que resulta necesario trabajar, algunas vitales y otras paranoides:

Fantasías recurrentes, en las mujeres, como si fuera la anidación de un hijo. En los hombres se movilizan ansiedades de castración. En ambos, la posibilidad de sentir culpa y ansiedades maniacas por la muerte de alguien que se convierte en el donante y que, paradójicamente, después de muerto será dador de vida. O el ser portador de "un amigo imaginario", recuperando un juego infantil, como un ángel protector.

Siempre es importante la estructura previa, en un Yo no muy integrado el trasplante puede ser el disparador de episodios psicóticos, de proyecciones persecutorias en los médicos y de vivir el cuerpo como habitado por fantasmas (por ejemplo, después de un trasplante de córnea, un joven sentía que era mirado por el ojo del muerto), de lo que se infiere que estas vivencias tendrán alguna influencia en el rechazo del órgano. Actualmente este punto es una evidencia médica y se realiza una evaluación psicodiagnóstica para valorar el estado mental del paciente antes de hacer un trasplante programado.

## Transferencia- contratransferencia-transferencia lateral

Si la enfermedad aparece como sin significado, ajena y muda, algo de esto debe expresarse en el vínculo transferencial-contratransferencial. El paciente

nos habla desde una escisión y nosotros lo recibimos o bien como discurso vacío, mudo, o bien como impacto corporal. Registramos a veces en nuestro propio cuerpo sensaciones o indicios de somatización, muchas veces de modo retardado. Hay un aspecto mortífero del vínculo que es mudo y sin representación y es transferido, en cierta medida, al trabajo terapéutico, a modo de desinvestiduras y al vínculo con los médicos que reciben las transferencias laterales, sin tener herramientas interpretativas. Esta situación los puede llevar a somatizar, presentar dolores, contracturas, mal humor hasta patologías orgánicas y/o accidentes[4].

En la contratransferencia podemos registrar cierta introversión narcisista expresada como adormecimiento, aislamiento, desinterés, angustia. Esta modalidad puede ser pensada como un intento de restablecer el narcisismo dañado a través de la introversión de la libido, apartándose de los objetos-fuente de investiduras patógenas. Pero también como la pulsión volviendo al yo, narcisismo secundario, en cuyo caso la destructividad se dirigiría hacia el analista quien deberá contener esta "destructividad" sin interpretarla como proyecciones que puedan culpabilizar al paciente.

Si bien se podría pensar la transferencia lateral como resistencial en las neurosis, me pregunto si en los pacientes que están atravesando un riesgo de vida no responderá, por un lado, a que hay múltiples tratamientos que incluyen lo orgánico y lo psíquico con diferentes profesionales, campo propicio para las transferencias múltiples. Por otro, a la expresión de la falta de unidad psique-soma y también a la necesidad de preservarse y preservar a los médicos de una transferencia masiva, pura pulsión de muerte, sabiendo que mayormente se expresa lo negativo en las transferencias paralelas.

Si bien Freud en el historial de El *Hombre de las ratas* (1909) habla de fenómenos de transferencias laterales, no llega a darles un lugar especial en la teoría, pero muchos autores contemporáneos le otorgan un valor a tener en cuenta, como "regulación económica en la cura" (Denis, 2009).

## La importancia del medio en todas las etapas

Insisto en la consideración de medio ambiente, en principio ese lugar materno particular que le permite al bebé el despliegue de la construcción de su imagen psíquica y corporal. Tenemos como idea reguladora de la descripción del medio ambiente lo propuesto por Winnicott (1982), quien destaca ese espacio

4 Es interesante remitirse al trabajo de la Dra. Elsa Aisemberg sobre "El uso del cuerpo del analista", Congreso de Chile, año 2008.

transicional que se genera entre la madre y el niño, que no es ni totalmente interno ni totalmente externo. Es en este espacio donde resulta de suma importancia la imagen del rostro de la madre, como también de los médicos, quienes funcionan como espejo donde el niño se mira y en esa mirada encuentra una imagen de sí mismo de la que deduce su estado de salud.

A través de casos clínicos presentados por especialistas que trabajan en este campo, constatamos que los bebés, los niños y también los adultos estudian el rostro del objeto significativo para ver en él algún significado y poder predecir su pronóstico. Sabemos que hay transferencias laterales, en diferentes vínculos, de aspectos escindidos, mudos, que cobran suma importancia en el reflejo de "la mirada" que retorna.

Si trasladamos el medio ambiente a todas las circunstancias vitales y terapéuticas que un sujeto puede vivir, podemos ver que en los momentos de vulnerabilidad psico-somática en que la regresión reedita la situación de dependencia este medio ambiente vuelve a tener una importancia relevante. La enfermedad orgánica constituye uno de esos momentos con potencialidad traumatogénica, donde el psiquismo en su plenitud puede verse desbordado al no ser capaz de contener por sí mismo la situación.

La función analítica, en tanto "espacio holding", apunta a la contención por parte del terapeuta, a través de sus recursos internos, de lo que el paciente, y/o los médicos y/o la familia, en ese momento particular no pueden soportar o procesar en si mismos. El valor de la empatía, la contratransferencia y la interpretación cuidadosa se hace lugar aquí como lo que denomino comprensión transformadora.

El medio, si no esta disociado, constituye una función de sostén que opera a la vez como continente y estimulante. Este estímulo está dado por este sentimiento de omnipotencia que se instala entre la madre/padre y el bebé, donde entre ambos construyen una "ilusión operativa", es decir una operación que les permite a ambos desplegar la fantasía que vaya anudando el caos externo e interno. Este sostén funciona como los cuentos infantiles que vienen a organizar los terrores infantiles, dándoles una forma a esos miedos sin nombre.

El medio ambiente terapéutico es amplio. Lo vemos en relación al paciente con su psicoterapeuta, pero también, en estos casos de enfermedad orgánica severa, en relación a un conjunto de otras disciplinas con las que el paciente entra en contacto.

## Fallas en el campo de la transdisciplina

Considero a la transdisciplina como un pensamiento meta (Bateson, 1985) sobre la interdisciplina y lo institucional. Conociendo la importancia de las

transferencias laterales y sus efectos, propongo un modo de funcionamiento del ambiente que tenga en cuenta un trabajo transdisciplinario con el campo institucional donde haya espacios compartidos de reflexión, comunicación e intercambio, generando encuentros de discusión e intercambio científico grupal, donde los diferentes miembros de un equipo y de diferentes especialidades puedan intercambiar experiencias, dudas y temores con fines elaborativos y terapéuticos, pudiendo hacer conscientes las múltiples transferencias laterales, dado que de otro modo se perdería la valiosa información que nos aportan. De no poder integrarla conscientemente, es factible que se produzca un *acting* en alguno de los circuitos.

En general encontramos una escisión en esta concepción de medio ambiente terapéutico amplio. Es común que se considere "terapéutica" solo a la atención médica y de enfermería. La desvinculación entre el personal que atiende un mismo paciente también suele ser frecuente, situación que favorece las escisiones propias del paciente. No olvidemos que la escisión es un punto crucial en las patologías orgánicas.

El paciente suele establecer múltiples transferencias con el personal que lo atiende y en ellas expresar los diferentes aspectos de su mundo interno. De esta manera un medio ambiente terapéutico que funciona escindido, como destaco, favorece aún más la escisión del paciente y, en consecuencia, su patología.

En este punto hay que diferenciar la disociación útil, necesaria para que el profesional pueda intervenir, de la escisión que impide comprometerse, sumada a la falta de comunicación entre los diferentes profesionales que se ocupan de un mismo paciente y de la emergencia masiva del afecto, generando que el profesional pierda la distancia necesaria.

Sabemos que las características individuales, con sus propios mecanismos de defensa, harán que el abordaje sea particular y propio, volviendo a destacar el valor de la singularidad para el psicoanálisis.

En mi experiencia, la integración institucional, la posibilidad de brindar un soporte a los profesionales y éstos a los padres, favorece la transformación de ansiedades y la mejor metabolización del órgano como propio.

## Para finalizar

El presente trabajo aborda la problemática del trasplante de órganos en niños y adolescentes desde el psicoanálisis y la transdisciplina, pensando sus articulaciones posibles.

Es una reflexión sobre aspectos teóricos que sustentan diferentes concepciones acerca del cuerpo y sus efectos en la clínica actual. De esta manera

se describen dos concepciones claramente diferenciadas en relación a este punto: una idea clásica en medicina que ve el cuerpo como una suma de partes desvinculadas de lo afectivo y otra, la que aporta el psicoanálisis, que ve el cuerpo-continente como el resultado de una construcción intersubjetiva, intrasubjetiva y transubjetiva, sin dejar de lado su "presencia real".

Se trabajan, además, los diferentes momentos de un trasplante con las complejidades propias de cada etapa. Se abordan los múltiples duelos: de la función de órgano, del órgano mismo; del cuerpo sano, imagen ideal de un cuerpo inmune, pérdidas afectivas, laborales, sociales. Estas pérdidas suelen llevar a estados emocionales que agudizan el proceso: previo al transplante, en el transplante y posterior al mismo.

Es importante tener en cuenta el proceso somático y la subjetividad del paciente, para ayudarlo a abordar las pérdidas y los afectos relacionados a las mismas con un timing especial.

Se presentan casos clínicos y dibujos de un niño de 6 años.

Finalmente se concluye en la necesidad de constituir una experiencia transdisciplinaria entre los profesionales involucrados en el tema para que funcionen como "medio ambiente facilitador" en la terapéutica del paciente favoreciendo el intercambio científico y la contención de las ansiedades de los profesionales y pacientes de este campo.

El trasplante de órganos nos enfrenta con lo que podríamos denominar "la medicina actual", la complejidad científica, la transdisciplina y un desafío terapéutico para el psicoanálisis.

**Resumen**

Se reflexiona acerca de dos modos distintos de concebir el cuerpo: la medicina clásica, que lo considera una suma de partes sin conexión con lo afectivo, y el psicoanálisis, que ve el cuerpo-continente, como el resultado de una construcción intersubjetiva, intrasubjetiva y transubjetiva, sin dejar de lado su "presencia real". Se piensan los diferentes momentos del trasplante, así como los múltiples duelos. En pos de colaborar con la elaboración de dichas pérdidas, es fundamental considerar tanto el proceso somático como la subjetividad del paciente.
Se destaca la importancia de la transdisciplina, la mirada y del fantasma en la evolución del paciente.

**Descriptores:** TRANSPLANTE / NIÑO / IMAGEN CORPORAL / IDENTIDAD / TRAUMA / MIRADA / FANTASMA.

**Summary**
Psychoanalytic understanding of organ transplants in children and adolescents.

The author reflects on two different ways to conceive of the body: classical medicine, which considers it a sum of parts with no connection with the affective, and psychoanalysis, which sees the container-body as the result of intersubjective, intrasubjective and transsubjective construction without leaving out its 'real presence'. She discusses the different moments of the transplant as well as the multiple mourning. With the aim of collaborating with the working through of these losses, it is fundamental to consider both the patient's somatic process and subjectivity
The author emphasizes the importance for the patient's evolution of transdisciplinary work, the gaze and the phantom.

**Keywords:** DEATH / CULTURE / DESIRE OF THE ANALYST / SUBJECT / FREUD, SIGMUND.

**Resumo**
«Compreensão psicanalítica do transplante de órgãos em crianças e adolescentes»

Reflete-se sobre os dois modos diferentes de conceber o corpo: a medicina clássica, que o considera uma soma de partes sem conexão com o lado afetivo, e a psicanálise que vê o corpo-continente como o resultado de uma construção inter, intra e transobjetiva, sem deixar de lado sua "presença real". Reflexiona-se sobre os diferentes momentos do transplante, como também os múltiplos lutos. A fim de colaborar com a elaboração de ditas perdas, é fundamental considerar tanto o processo somático como a subjetividade do paciente.
Destaca-se a importância da transdisciplina, do olhar e do fantasma na evolução do paciente.

**Palavras-chave:** TRANSPLANTE / CRIANÇA / IMAGEM CORPORAL / IDENTIDADE / TRAUMA / OLHAR / FANTASMA .

## Bibliografía

Aulagnier, P. (1977). *La Violencia de la Interpretación.* Buenos Aires, Amorrortu.

Balint, M. (1979). *La Falta Básic*a, Buenos Aires, Paidós.

Baranger, W. (1961-2). Estructura de los objetos en el duelo y los estados depresivos, en *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, vol. 4 Nº4.

Baranger, M. y W., Mom J. (1987). El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud, trauma puro, retroactividades y reconstrucción. *Revista de Psicoanálisis*, TXLIV nº 4.

Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente Una aproximación revolucionaria hacia la comprensión del hombre*. Buenos Aires, Carlos Lohlé, 1985.

Bégoin, J. (1989). La violence du désespoir *Revue Française de Psychanalyse. La pulsion de mort.* Tome LIII nº 2.

D Alvia, R. (2001). Dolor y Aproximaciones Terapéuticas, en *El Dolor: un enfoque interdisciplinario.* Buenos Aires, Paidós.

Denis, P. (2009). L' expression laterale du transfert. Le transfert lateral. *Revue Francaise de Psychanalyse*, Tome LXXIII

Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo.* Barcelona, Paidós.

Ferro, A. (1998). *Técnicas de Psicoanálisis infantil.* Madrid, Biblioteca Nueva.

Freud, S. [1900] La Interpretación de los Sueños. *Obras completas*, Tomos IV - V, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.

[1905] Tres ensayos de teoría sexual. *Obras completas*, Tomo VII, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.

—— [1915] Pulsiones y destinos de Pulsión. *Obras completas*, Tomo XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.

—— [1914] Introducción al narcisismo. *Obras completas*, Tomo XIV, Buenos Aires, Amorrotu, 1979.

—— [1919] Lo ominoso. *Obras completas*, Tomo XVII, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.

—— [1920] Más allá del principio del placer. *Obras completas*, Tomo XVII, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.

—— [1923] El Yo y el Ello. *Obras completas*, Tomo XIX, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.

García-Badaracco, J. (1990).*Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar.* Madrid, Tecnopublicaciones.

Ginestet-Delbreil, S. (1997). *La terreur de penser. Sur les effets transgénérationels du trauma*, París, Diábase.

Green, A y otros (1989). *La pulsión de muerte.* Buenos Aires, Amorrortu.

Lacan, J. [1949] "El estadio del espejo como formador del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica" en *Escritos I.*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2007.

Laplanche, (1987) *Nuevos Fundamentos para el Psicoanálisis*, Buenos Aires, Amorrortu, 1989.

Liberman, D. Aisemberg, E. y otros. "Sobreadaptación, trastorno psicosomático y estadíos tempranos del desarrollo" *Revista de Psicoanálisis*, Vol. 39 Nº 5 1986.

Marty P. *La psicosomática del adulto.* Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1995.

Marucco, N. (2000). El placer en la fantasía y la realidad. Acerca de la pulsionalidad de la fantasía. *Revista de Psicoanálisis vol. 57 Nº1.*

Marucco, N. (1999). *Cura analítica y transferencia*. Buenos Aires, Amorrortu.

Mc Dougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo.* Madrid, Yébenes.

Meltzer, D. y Harris, M. *El paper educatiu de la familia.* Espaxs, Barcelona, 1989.

Perez, A. *Psicoanálisis, Pediatría,Familia y Derecho.*

Pollak, T. *The body-container : A new perspective on body ego* .The International Journal of Psychoanalysis, V 90, Number 3, June 2009

Raimbault, G.: *L'enfant et la mort- Des enfants malades parlent de la mort: problèmes de la clinique du deuil*. Toulouse, Privat (Coll. "educateurs"), 1975.

L'enfant et sa maladie: aspects psychologiques de l'hospitalisation. *Archives de Pédiatrie*, *Volume 7*, *Issue 4*, *April 2000*, *Pages 405-409*. T. Bastin

Rappoport de Aisemberg, E "El cuerpo del analista y su participación en

el trabajo clínico", *Paper presentado en Fepal, Chile 2008.*

Rosenberg, B. "Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie." *Monographies de la Revue Française de Psychanalyse*, 1991.

Rotenberg de Glozman, E. (1998) "Transplante de órganos en niños y adolescentes." *Revista Vertex. Volumen IX, Nº33*

*Paper* presentado en IPSO, San Francisco(1999) "El efecto de lo no representado en lo actual."

Rotenberg, E.y Vazquez, L. (2000) "Trasplante de órganos", trabajo presentado en la XVI Jornada de niños y adolescentes y X Jornada de Psicosomática II Jornada conjunta, APA: Trauma, duelo y cuerpo.

Smadja, C. "Quelques remarques préliminaires à l'étude psychosomatiques Des maladies auto-inmune". *Revue Francaise de Psychosomatique. La question de l ínmunité.* nº 23, 2003.

Winnicott, D. W.*La familia y el desarrollo del individuo.* Buenos Aires, Hormé,1967

"La mente y su relación con el psiquesoma" en *Escritos sobre Pediatría y Psicoanálisis*, Buenos Aires, Laia, 1979.

"La enfermedad psico-somática en sus aspectos positivos y negativos" en *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* n° 61, 1982.

*Realidad y Juego.* Buenos Aires, Gedisa, 1982.

*El hogar, nuestro punto de partida.* Buenos Aires, Paidós, 1993

*Escisión cuerpo mente*. Acerca de los niños. Buenos Aires, Paidós, 1999

[Trabajo seleccionado para su publicación en octubre de 2010]