

2 ARTÍCULOS

Este es un espacio dedicado a textos y reseñas de obras de autores psicoanalistas. En este número agradecemos las aportaciones de:

- Ana María Sigal: La Prioridad del Otro Versus la Medicalización.
- Dra. Estela Welldon: Riesgos que se Corren al Evaluar las Capacidades Maternales.
- Anexo: Cuadros sobre la Jornada "Perversiones en Hombres y Mujeres. Características y Perfiles", del 19 de Noviembre, 2011.

2.1 LA PRIORIDAD DEL OTRO VERSUS LA MEDICALIZACIÓN**. ANA MARÍA SIGAL*

La clínica con niños continúa exigiendo nuestra atención y promoviendo nuevos campos de investigación. Es necesario estar atentos para que nuestra práctica no se coagule en viejos patrones, por lo tanto nuestra tarea es mantener el espíritu abierto a nuevos modos de intervención y debemos dejarnos sorprender, tanto por lo que se repite como por lo nuevo que aparece en nuestra clínica.

Hoy más que nunca, es necesario identificar y diferenciar las llamadas nuevas patologías -si es que coincidimos con esta clasificación-, pues estamos constantemente invadidos por una sobre-codificación que, con apariencia de nuevo apenas da otro nombre a viejas cuestiones.

Sin duda estas reclasificaciones tienen un objetivo, no se hacen ingenuamente. Es importante tener presente, para así poder detectarlo, que siempre estarán implicados intereses del poder económico y corporativo que afectan las investigaciones científicas.

Sabemos que la psiquiatría y la neurobiología están intentando recuperar un poder que durante el siglo XX disputaron con el psicoanálisis.

En los años 60 y 70 todo lo que no se sabía como clasificar en los diagnósticos infantiles y era del orden de pequeños trastornos como agresividad, hiperkinesia, dificultades en el aprendizaje, dificultades de atención, se agrupaban en un síndrome inespecífico, llamado "Disfunción Cerebral Mínima". Se consideraban aquí todos los casos que no presentaban alteración electroencefalográfica¹. Esta terminología fue abandonada y cayó en desuso hace casi 20 años. Sin embargo comparándola con los índices clasificatorios actuales se correspondería con el Síndrome de Déficit de

¹ Fue Clemens el que introdujo el término, considerando la hiperactividad como el síntoma principal. Esta terminología fue abandonada lentamente porque se concluyó que era incorrecto inferir daños cerebrales en niños que solo presentaban trastornos de conducta. Clemens S. D., "Task force one: Minimal Brain Disfunction in children (NINDB) Monograph 3. Washington D.C.: Department of Health, Education and Welfare, 1966

Atención con o sin Hiperactividad (ADD/ADHD).

Es nuestra pretensión, demostrar la falta de utilidad de un diagnóstico tan inespecífico que describe una unidad fenoménica aparente, sin trabajar la causalidad subyacente. La medicina ya abandonó hace muchos años los índices clasificatorios externos como palidez, cansancio, tos, mareos, pasando a centrarse en los trastornos fisiológicos o metabólicos que ocasionan los trastornos.

Sin embargo, la psiquiatría, da un paso atrás y vuelve a clasificar las enfermedades desde lo fenomenológico, creando una limitación en el propio diagnóstico. El dolor de cabeza, como índice clasificatorio puede aparecer en un número tan grande de enfermedades que sería insuficiente para encuadrarlo en una patología. Tenemos que notar que estas manifestaciones aparentes, son ya el resultado de cuestiones del orden de una multicausalidad determinante.

A continuación daré ejemplos de estos índices en el llamado "Trastorno de Atención/Desatención" a fin de demostrar que estas manifestaciones exteriores de la conducta, nos dicen muy poco para elaborar un diagnóstico. Estos elementos sólo tomarán sentido si se relacionan con los posibles mecanismos metapsicológicos que podrían dar cuenta de la patología en cuestión. La descripción completa puede ser consultada en el DSM IV tabla 1.

La clasificación del DSM IV dice que los índices que presenta para diagnosticar ADD, solo sirven si antes fueron descartadas, en primer lugar otras patologías, como esquizofrenia o trastorno psicótico, también si

los índices clasificatorios están fuera de un trastorno generalizado del desarrollo. Es asimismo necesario que no se expliquen por desorden mental o afectivo cuya causa sea la ansiedad o trastorno disociativo o de la personalidad. Entonces nos preguntamos: si son válidos fuera de todas estas situaciones que son muy restrictivas ¿en cuáles de estos índices podrían configurar un síndrome? ¿Cuándo tendrían valor? Por otra parte, la frecuencia y rapidez con que se les atribuye a los niños esta patología, parece que no requiere muchos estudios, menos aún el conocimiento de la historia subjetiva de estos niños.

Siete de estos índices deben estar presentes para configurar el cuadro:

- No pone atención a los detalles.
- Comete errores en las tareas escolares.
- Tiene dificultad para concentrarse en juegos y lecciones.
- Parece no escuchar cuando le hablan.
- Deja trabajos incompletos. No cumple órdenes e instrucciones.
- Rechaza o evita actividades que requieren esfuerzo mental.
- Se distrae con estímulos que interfieren la tarea.
- Se muestra distraído en las tareas diarias.
- Los pies y las manos denotan inquietud.
- Corre o se mueve en situaciones inapropiadas.
- No permanece sentado en clase.
- Tiene dificultad para jugar callado.
- Habla excesivamente.

Vemos que la descripción es genérica y solo indica fenómenos de superficie.

Notamos que quieren decir mucho y no dicen nada porque los indicios o conductas descritas para el síndrome de desatención no difieren en mucho de los síntomas que podemos encontrar en niños neuróticos, *border* o psicóticos, como producto de defensas maníacas, elementos depresivos, histerias o conductas regresivas donde falló la represión primaria.

La única función que esta clasificación aporta es la posibilidad de enclaustrar el síntoma en un cuadro con nombre específico, creando la ilusión de un saber inexistente pero que tranquiliza. Creemos que sabemos de qué se trata, podemos nombrar y por lo tanto dominar o eliminar lo que nos incomoda.

La consecuencia de este saber imaginario no es simple: una vez clasificado el problema hay que hacerlo desaparecer, siendo la medicación la indicación adecuada. A la vez que el síntoma, se hace desaparecer también la posibilidad de comprender lo que éstos nos están diciendo y así se instala la proliferación de psicofármacos. De esta forma se borra de un golpe cualquier búsqueda sobre el origen del síntoma.

Trastornos del sueño, dificultades escolares, enuresis, fobias o trastornos alimentarios son cuadros que siempre acompañaron nuestro trabajo con niños. La antigua disfunción cerebral mínima reaparece como Trastorno de Hiperkinesia y Desatención; los rituales obsesivos que, ya en la primera mitad del siglo pasado Melanie Klein describía en Rita, hoy se transformaron en TOC; y no nos extrañaría ver a Juanito diagnosticado con Síndrome Del Pánico.

Las consecuencias de estas re-nominaciones sorprenden porque están destinadas a

eliminar la subjetividad y transformar los conflictos psíquicos en simples procesos neurobioquímicos que se tratan con la consiguiente hipermedicalización de los niños. El trabajo del "Otro-analista" se transforma en el trabajo del "No Otro": la Ritalina (o Rubifen; metilfenidato).

La neurobiología, que tiene su gran importancia, no se interesa en pensar las patologías como producto de trastornos debidos a la falta o el exceso del Otro Primordial, a conflictos en la resolución edípica, o dificultades en la identificación. Entonces, ¿al servicio de qué está esta recodificación? En parte sigue el criterio que la biopsiquiatría viene adoptando al describir conductas, en lugar de conflictos, que forman parte de una historia. Los síntomas que, son el producto de conflictos derivados de tensiones intra o intersubjetivas en el campo metapsicológico, acaban siendo referidos al puro registro biológico neuronal.

En lugar de analizar la historia del sujeto y pensar en la repetición de los elementos traumáticos, se medica.

En lugar de descubrir lo que no fue metabolizado en la relación con el otro-madre para poder, en un nuevo encuentro en transferencia, crear los nexos necesarios que faltaron, se medica.

En lugar de permitir la entrada del otro-analista que reactiva los elementos aislados de asociación que se fijaron como lo arcaico infantil y quedaron sin retraducción, se medica.

En lugar de promover en análisis los descubrimientos de lo reprimido, la elaboración o la construcción, se pretende construir una coartada para el apaciguamiento de la angustia.

Colocando medicación en el lugar del otro se impiden los intercambios simbólicos que facilitan la aproximación al conflicto.

De este modo se rompe el camino abierto por Freud al priorizar el inconsciente y se anula la ruptura epistemológica inaugurada por el psicoanálisis.

Este movimiento que tritura la subjetividad va en detrimento de promover investigaciones que permitan desarrollar la psicopatología psicoanalítica y los estudios metapsicológicos para comprender las fronteras del alma como llamaba Freud a la subjetividad. Refuerza especialmente las investigaciones financiadas por los laboratorios para medicar, lo que dará grandes rendimientos a las multinacionales. El síntoma está para hacerlo desaparecer y no para comprenderlo, en lugar de ampliar el conocimiento de sí mismo el sujeto queda alienado en aspectos que le son propios. La cuestión es que tanto en la salud como en la patología, entendida como producto biológico, se reniega y se niega al otro, y se borra, igualmente, todo lo que denuncia el fracaso de una organización social globalizada. La cuestión es borrar lo que incomoda, domesticar a los niños hiperactivos que son refractarios a nuestras exigencias. Es interesante recordar que “el otro” está en los orígenes de la formación del sujeto al implantar la sexualidad y presentarle la realidad al niño de una forma que ya ha sido elaborada, permitiendo que éste imagine, cree, invente, asocie y le promueva escenarios que le permitan poner en juego su mundo deseante. Mi idea es que cuando estas

funciones fallan, no es posible dar un destino a ese mundo pulsional, que se descarga en la acción sin procesamiento psíquico. Lo que llega al niño como exceso del otro y no puede ser metabolizado, se descarga en una serie de conductas, no crea asociación, no se liga. Estas conductas no son un producto de una neurosis y sí de lo que llamaré patología de lo arcaico, patologías éstas que se constituyen antes que opere la represión.

Entiendo que la dificultad que da paso tanto a la hiperactividad como al déficit de atención se puede atribuir a dos fuentes:

- a) La incidencia de lo social sobre las formaciones del inconsciente
- b) Dificultades en el establecimiento de la represión primaria productoras de fallas en la simbolización, propiciatorias, a su vez, de una regresión a la condición de puro organismo.

a) Una realidad social que perturba

Las innumerables transformaciones históricas, políticas y económicas de la actualidad, confrontan a los sujetos con la necesidad de dar cuenta de una realidad que exacerba el desamparo y sitúa al sujeto como algo superfluo, intercambiable.

Estos fenómenos operan en el mundo fantasmático del sujeto y no será a través del uso de drogas que se tendrá más éxito o se modificará el modo en que la realidad se haga presente en el mundo simbólico.

Patologías del exceso o de la paralización del sujeto cara al mundo, patologías del vacío, del

insentido, del pánico, de la compulsión a la hiperactividad, de la falta de atención al otro y del objeto, no serán remediadas con drogas.

El consumo desenfrenado, la aceleración vertiginosa del tiempo que impide el sostén de proyectos a largo plazo, el inmediatez que propone la satisfacción sin demora, en el leit motiv del placer cotidiano. La falta de solidaridad de proyectos que incluyan la utopía, la política de agotamiento rápido del objeto, que no deja marcas en el mundo interior, impidiendo que este sea poblado de contenidos propios. La constante intervención de unos medios que promueven la pasividad, transformando al sujeto en objeto y ataca los proyectos creativos. La corrupción social y el desempleo, que profundizan el sentimiento de desamparo y ruina... todos estos factores sitúan al yo en posición de fracaso, desatención e hiperactividad.

Vemos que este cúmulo de situaciones no refiere a casos aislados que podrían ser producto de una patología puntual. Cada vez es mayor la demanda, en las consultas, de niños con trastornos que podemos asegurar que constituyen un mal de la época. Lo que nos preocupa, y por este motivo replanteamos la cuestión, es que la respuesta organizada que tanto los educadores, como los médicos y neuropsiquiatras dan a este malestar es un masivo aumento de la medicalización. La penetración de ésta en la sociedad viene aumentando de tal modo, que nunca se vio una creencia tan desmedida en el poder de la cura con fármacos y esto está ocurriendo entre los propios psicoanalistas.

No llama la atención que una psiquiatría organicista promueva este movimiento, lo que nos asusta es el número creciente de profesionales, de las más diversas áreas, que son seducidos por la facilidad que

supuestamente les ofrece el fármaco para eliminar el síntoma. Nos preocupa la connivencia ingenua o no tanto, que olvida las enseñanzas del psicoanálisis, tratando de obtener un éxito rápido, en la práctica clínica, con síntomas que tardaron muchos años en constituirse. En nuestro medio vemos aumentar la complacencia con la medicación en la infancia, creando un ejército de dependientes químicos que no son denunciados por infringir las leyes sociales contra la droga; por el contrario, son estimulados a drogarse para evitar el descontento que los síntomas denuncian.

Las estadísticas nos muestran que en los últimos cuatro años, se duplicó el número de niños medicados con Ritalina, medicamento este que evitaría la desatención y la hiperkinesia. Síntomas que pueden ser comprendidos a la luz de los efectos que una sociedad mediática produce, transformando y operando sobre el sujeto.

Como corolario de nuestro primer ítem se propone pensar la realidad como productora de patología y el reconocimiento de la imposibilidad de usar la medicación como forma de resolver esta problemática.

b) El “otro” que implanta la sexualidad.

Desarrollando el segundo factor que nos proponíamos abordar, diremos que estas patologías contemporáneas tienen algo en común. Diríamos que estamos frente a patologías con una exigencia de satisfacción pulsional inmediata, dotadas de características autoeróticas difíciles de simbolizar.

Pensamos que quizás, el arsenal teórico del que disponemos debe ser revisado y ampliado, porque puede resultarnos insuficiente. Tal vez el trabajo puramente interpretativo no dé cuenta de las complicaciones que esta clínica nos impone. Se hace necesaria una revisión de los conceptos metapsicológicos, siendo éstos más amplios y más precisos en lo que se refiere a la estructuración y formación del psiquismo y los primeros movimientos de su fundación.

El psicoanálisis tuvo un gran desarrollo en lo que se refiere a las neurosis y toda la problemática de la represión secundaria, pero solo en los últimos años viene preocupándose por la represión primaria. Poco hemos trabajado con aquellos elementos que precisan de un trabajo diferente para ser tramitados en el aparato psíquico, elementos que permanecen fijados sin capacidad de asociación o sin ser ligados, quedando completamente separados y buscando una vía de descarga. Trabajar sobre estos conceptos nos puede abrir a una nueva escucha o crear movimiento dentro de la clínica permitiendo inscripciones faltantes o reconstrucciones de la historia que permitan crear palabra donde no existió.

Quizás cedemos a la medicalización, para calmar nuestra propia angustia ante la dificultad de responder a nuestra clínica de una forma más satisfactoria. Estamos frente a la necesidad de reconocer que los fracasos no son siempre de nuestros pacientes, a veces somos los analistas los que fracasamos y si continuamos así, en esta realidad, tendremos cada vez más pacientes medicados así como analistas en crisis, igualmente medicados.

Tenemos un compromiso ético con el sufrimiento y el dolor de quien nos consulta,

es inútil decir que el psicoanálisis se desentiende del síntoma. Su objetivo no se centra en la remoción del síntoma, sin embargo nos intranquiliza no ofrecer respuestas, desde nuestro saber, que les sirva a los padres, educadores y niños, para afrontar sus dificultades. Si no ayudamos a movilizar estructuras coaguladas, estaremos cediendo espacio a la medicalización. Si no ayudamos al paciente a crear lazos donde no existían, palabra a donde hubo acto, simbolización donde operó la descarga, tramitación de afectos donde hubo impedimentos que crearon efectos destructivos, no conseguiremos hacer frente a estas nuevas patologías y los niños serán medicados.

Nuestro trabajo, como psicoanalistas, no se limita a interpretar para levantar la represión secundaria, cada vez más se impone trabajar con la represión primaria y con lo inscrito como signo de percepción, representación-cosa para que encuentre una derivación en lo simbólico entrando en el circuito de representación-palabra, caso contrario lo no ligado insistirá.

Manteniendo los conceptos de inconsciente, sexualidad infantil, Edipo y transferencia, como elementos fundamentales de la clínica psicoanalítica, necesitamos encontrar nuevos recursos teóricos y técnicos – investigando en mayor profundidad el cómo se hace interno lo externo, cómo se procesa, se inscribe, se asocia y tramita en el aparato psíquico aquello que, proviene tanto del otro como de lo social. Para mejor comprensión de los fenómenos actuales, es necesario ahondar sobre la metapsicología. Al estudiar más lo arcaico podemos pensar en qué modo operó la prioridad del otro en la instauración del mundo pulsional, entendiendo, caso a caso, en qué modo lo traumático del adulto inauguró el pasaje de la necesidad al deseo.

En esa línea de pensamiento, si en las neurosis dirigíamos la mirada hacia las cuestiones edípicas y sus destinos identificatorios (considerando el papel fundamental de la represión secundaria, con la producción de síntomas resultantes del conflicto entre instancias intrapsíquicas), hoy, para comprender mejor esas patologías, se hace necesario dirigir la atención hacia elementos más arcaicos, o sea, para los que, por imposibilidad de traducción, no se logró establecer una ligazón que les diera sentido.

Las patologías en las que encontramos trastornos en el modo de instauración de la represión primaria son aquellas en que lo pulsional encuentra serias dificultades para encauzarse o tramitarse, ya sea por medio de la palabra o de la fantasía. Anorexias, bulimias, trastornos psicósomáticos, pánico, toxicomanías, hiperactividad, pueden ser perturbaciones en que la simbolización fracasa, comprometiendo el cuerpo, la acción y hasta el nivel de actuación en el campo de lo social.

Son perturbaciones en las que se puede situar en la génesis y en la fundación de las instancias psíquicas el impedimento a la simbolización. Esta presupone movimiento, unión para crear algo nuevo (fundamentalmente ligazón, ya sea de dos representaciones o de una representación con un afecto). La simbolización presupone también sustitución y permite elaboración y equivalencia. Cuando la simbolización falla, algo que debería haber sido transformado, derivado, reaparece en estado arcaico, primitivo, puro.

Así, emergen elementos de la representación-cosa que deberían haber quedado sepultados a través de la represión primaria, invadiendo el Yo sin mediación de la representación-

palabra. Ellos, desligados, se incrustan en el Yo como elementos bizarros que no encuentran su destino en un fantasma, porque no pudieron ser metabolizados. El origen de tales impedimentos, íntimamente ligados al trauma, se encuentra en los cimientos de la formación del aparato psíquico.

Hay un asedio permanente de la vivencia traumática (entendiéndose por traumático la forma en que se implantó la sexualidad). Esos significantes, inscritos por intromisión, se caracterizan por la imposibilidad de fijarse en algún sistema a través de la represión, aunque este opere para otros elementos en el aparato psíquico. Por la violencia en que la sexualidad fue implantada, se impide la formación de vías de derivación, y quedan ventanas por las que esas representaciones avanzan de forma desligada. Los significantes internalizados se transforman en fuentes autónomas de excitación.

Los impulsos sexuales arcaicos propios de la primera infancia adquieren una dimensión vertiginosa y aterrizante – el cuerpo y el ser del niño fueron soporte de un investimento abusivo que se torna imposible de metabolizar y simbolizar. Hay una acumulación de energía que no encuentra representación que le sirva de soporte. Aquello que no fue suficientemente traducido, descompuesto por la madre en otras configuraciones plausibles de aprehenderse, se ve imposibilitado de derivar hacia el campo del fantasma.

Cuando entramos en contacto con la angustia catastrófica de lo no-ligado, surge el cebo de la medicación, que se presenta como aliado para borrar la angustia. Los psicoanalistas de niños no pueden titubear: si las antiguas herramientas no funcionan es necesario modificar el *setting*, a veces abandonando el estilo interpretativo y pensando en un aparato psíquico abierto al cual ha de plantearse

ayudar a construir lo que no existe. Es en la relación con el otro primordial que se origina la patología de lo arcaico y la fundación del sujeto psíquico. Es la madre que, por una falla en la propia sexualidad, de elementos que en ella resistieron al proceso de elaboración, transmite esos mismos elementos al niño, sin ninguna mediación, provocando una tendencia a la repetición como acto de lo no-elaborado.

Si la ligazón con la palabra ya hubiera ocurrido, sería posible hacer, con éxito, una derivación de esa pulsión – un dislocarse por medio de un movimiento metonímico o metafórico, constituyendo síntoma.

Muchos autores han hecho ese esfuerzo teórico de repensar la metapsicología, dándonos herramientas para encontrar el nivel de efectividad de la cura ante conductas que no configuran verdaderos síntomas, pues no sustituyen nada; son, esto sí, la presencia actual de la angustia. Es por eso que consideramos restaurar la situación originaria en la cura, para, como sugiere Laplanche, replantearnos los primeros enigmas de la seducción originaria, abriendo camino a la posibilidad de realizar nuevas ligazones, y en verdad, crear algo nuevo allá donde faltó la palabra.

Ante esos pacientes, por lo tanto, parece infructífera la tarea de querer interpretar sentidos reprimidos existentes, como sería la tarea habitual en las neurosis. Es necesario que el terapeuta ofrezca un aspecto que haga vínculo de sustentación. Es incluso necesario que se posibilite una recomposición, hasta que se pueda encontrar su ligazón con la representación-palabra que otorgue a ésta un sentido que tal vez nunca haya tenido. Todo esto encuadrado y sustentado por la fuerza de la transferencia.

Modificando la conducción de la cura

La inclusión de los padres en el proceso analítico del niño (modalidad de trabajo que vengo proponiendo hace más de quince años) es una más de las modificaciones en la conducción de la cura que, desde mi punto de vista, son fundamentales para contener la angustia, resituar la prioridad del otro y permitir que nuevos mensajes enigmáticos circulen y puedan encontrar mejor destino.

Pienso que los padres, incluidos **cuando necesario** en la sesión del niño, pueden funcionar como re-emisores *in situ* de enigmas de los cuales ellos mismos quedaron ajenos, permitiendo así que esos mensajes tengan otros destinos que facilitarían la circulación y la preelaboración. El encuentro permite que el niño agencie nuevas vías de traducción, toda vez que los mensajes, al ser reenviados, en transferencia, con la presencia del analista, no tendrán el mismo efecto traumatizante. Pudiéndose así operar sobre los procesos mnémicos, lo cual, a su vez, toma posibles reordenamientos según nexos diferentes, integrando y no-integrando, produciendo nuevas transcripciones y abriendo nuevos caminos de asociación, antes impedidos. Lo nuevo consiste en que los padres están presentes para ser también interpretados, ellos están en el tratamiento en posición subjetiva. En el contrato terapéutico se esclarece que ellos pueden ser convocados a las sesiones, toda vez que puede ser que en ellos pueda estar el origen de algo que no puede ser elaborado por el niño.

La implicación de los padres en el tratamiento revaloriza la prioridad del otro en el propio proceso analítico, impidiendo que el cuidado del niño sea una delegación. Al mismo tiempo, desenmascara la falsa idea de que el síntoma es algo que empieza y termina en el niño, idea

que puede que traigan los padres, comprometiendo la participación de los mismos en el trabajo con sus propios conflictos. Necesitamos a unos padres implicados.

Somos conscientes de la creciente exigencia de los adultos, de las escuelas y de la sociedad para que se eliminen ciertos síntomas con una solución mesiánica, rápida y efectiva. Al trabajar con los padres ayudamos a soportar los síntomas y la angustia que ellos

provocan. Caso contrario, aceptarán las sugerencias de medicar para resolver aquello de lo que la medicación no da cuenta: los malentendidos, las violencias y los silencios que, durante años, frecuentaron los encuentros y desencuentros con la alteridad.

Lo que mantendrá viva nuestra práctica es la confianza en un trabajo psicoanalítico que repiense la teoría y abra nuevos caminos de intervención y escucha. Denunciar la hipermedicalización de los niños es un compromiso ético.



Referencias bibliográficas

SIGAL, A. M. O lugar dos pais na psicanálise de crianças. São Paulo: Escuta, 2002 (2. ed., revisada e ampliada).

SIGAL, A. M. "O originário, um conceito que ganha visibilidade". Revista Percurso, 30, 2003.

LAPLANCHE, J. Teoria da sedução generalizada. São Paulo: Artes Médicas, 1988.

BLEICHMAR, S. La fundación de lo inconsciente. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.

* **Ana Maria Sigal** es Psicoanalista, miembro activo del Departamento de Psicoanálisis del Instituto Sedes, de São Paulo, Brasil; Profesora del Curso de Psicoanálisis desde 1976. Coordinadora del Curso Conflicto y Síntoma desde 1995. Representante en el Movimiento Articulación de las Entidades Psicoanalíticas Brasileñas. Coordinadora del Núcleo de Investigación en Psicoanálisis de Niños del Departamento de Psicoanálisis del Instituto Sedes.

** Traducción del Portugués, por Iluminada Sánchez.