

El destete y la capacidad de estar solo

Dr. Hugo Campos Castañeda
Pediatra - psicoterapeuta
Hospital Naval

Existe una época al inicio de la vida en la cual la actividad de la succión predomina notoriamente sobre cualquier otra. Los pediatras la denominamos: «la edad de los lactantes», la cual se extiende aproximadamente los dos primeros años de la vida. A lo largo de este tramo, esta actividad va decreciendo en forma gradual hasta perderse totalmente de vista, o permanecer evidente a la observación directa en actividades tales como: succionarse el dedo, comerse las uñas, usar un chupón, etc.; o enmascararse tras otras manifestaciones menos directas como por ejemplo usar un osito de peluche, acomodar la cama de una forma «especial» antes de dormir, etc. En este punto estamos ante toda la gama de objetos y fenómenos transicionales.

Desde la pediatría se ha enfocado esta edad bajo una óptica básicamente nutricional y existe consenso en que, la lactancia materna es esencial en los primeros seis meses, luego de los cuales se debe iniciar la introducción de otros alimentos distintos, en forma gradual y progresiva. De tal modo que la leche materna o, en la eventualidad de su defecto, alguna fórmula nutricional industrializada que se le asemeje en composición pasa a ser cada vez menos importante como requerimiento nutricional, pudiéndose prescindir de ella hacia el año de edad o hacia los dos años dependiendo esto de la variedad y composición de los alimentos no lácteos introducidos, así como del volumen de los mismos.

La Academia Americana de Pediatría recomienda la lactancia materna como mínimo un año, luego del cual sugiere interrumpir la lactancia cuando la mamá y el bebé lo decidan.

La OMS recomienda como mínimo la lactancia materna hasta los dos años luego de los cuales también deja la decisión de interrumpir la lactancia a cargo de la diáda, pudiendo prolongarse hasta los seis años. Para ambas instituciones la ablactancia (introducción de alimentos distintos a la leche) es obligatoria a partir del sexto mes de vida.

El destete sería, desde el punto de vista nutricional, el proceso por el cual se va dejando de mamar a medida que las necesidades nutricionales son cubiertas por

otros alimentos. Esta cobertura se logra entre el primer y el segundo año de vida.

Si bien los aspectos nutricionales son importantes, todos los que observamos mamás y bebés sabemos que la lactancia y la succión no implican solo dichos aspectos.

Existe un aspecto de la succión que no es nutricio, ni tampoco tiene connotaciones orgiásticas. Me estoy refiriendo a un aspecto que aparece muy temprano, desde el inicio de la vida, que junto con el sostén (holding) permiten una atenuación de las angustias propias del nacimiento, restituyendo un estado apacible y de alguna forma estructurada como base de inicio de la vida extrauterina. Es este aspecto en la succión lo que, a decir de Winnicott, va a proporcionar una «tranquila unión». Y que podría adscribirse también a un «estar tranquilo».

En mi concepto y, para los fines de este trabajo, el destete se definiría como el proceso gradual por el cual el bebé va prescindiendo de la succión hasta que ésta se torna intrascendente, ya sea como forma de alimentación, como actividad orgiástica o como atenuante de una particular cualidad de angustia. Estos tres aspectos se encuentran las más de las veces entrelazados entre sí, aunque también pueden evidenciarse por separado.

Algo que resulta evidente es que la succión, tanto en sus aspectos nutricios como orgiásticos (por lo común superpuestos), tiende a ir decreciendo sin mayor dificultad a medida que los requerimientos nutricionales son satisfechos por otras fuentes y las competencias para la masticación aumentan; y cuando el predominio de la excitación sexual ya no es oral sino básicamente genital. Pero esta tercera necesidad de succión: «para la tranquila unión» o para el «estar tranquilo» es la que suele persistir y, su necesidad, muchas veces imperiosa, dificulta el destete.

Succión y sostén al inicio de la vida son esenciales. Cierta calidad de calma se organiza alrededor de los mismos. Estos dos aspectos estabilizadores del self primitivo inicial y de la continuidad del mismo serán gradualmente dejados de lado a medida que se

adquieran ciertas competencias, y esto constituye la tarea del destete.

Winnicott realizó una celebre observación: los lactantes al cabo de un tiempo, de iniciar la succión del pulgar, utilizaban los otros dedos de la mano para efectuar una actividad acariciadora de la mejilla, sucediendo que, muchas veces esta segunda actividad proseguía y se desarrollaba aun habiendo cesado la succión e independiente de ella. Pienso que esta ausencia de la actividad central inicial de succión del pulgar implica que existan condiciones de sostén confiables estables y seguras. Lo más probable es que, si el sostén se desestabiliza, veamos un reaseguramiento del pulgar dentro de la boca. La actividad de los otros dedos implica estabilidad y calidad en el sostén, que permite prescindir del pulgar, dando paso al desarrollo continuo y sostenido de los fenómenos transicionales.

En nuestra labor como pediatras nos es dado observar, en el devenir del desarrollo, cómo se puede pesquisar en las variaciones de la actividad de la succión, las desestabilizaciones significativas del sostén.

La succión atenuaría las angustias propias del nacimiento unificando la calma en el acto motor de la succión y este acto motor, prioritario al inicio de la vida, constituye la expresión de la parte activa del self central unitario que recobra estabilidad luego del significativo desequilibrio inducido por el paso a la vida extrauterina. Succión y sostén constituyen una unidad que se retroalimentan. No incluyo a la succión dentro del sostén porque la succión es la parte activa que va a dar paso al desarrollo del gesto espontáneo y a la integración del yo en la continuidad del seguir siendo. Un adecuado sostén posibilita todo eso. Winnicott pensaba que el sostén era: -«una prolongación de la provisión fisiológica prenatal y que constituía la base del seguir siendo»-. También señalaba que la continuidad del ser era lo que le daba fortaleza al yo. Este «seguir siendo» implica una suerte de sostenerse a través de la boca, siendo a su vez sostenido en los brazos de la madre. La succión deviene en un acto integrador y está marcada por la singularidad del potencial heredado. Los estudios al respecto demuestran que cada bebé trae al mundo, al igual que su huella digital, su singular forma de mamar.

Nosotros los pediatras, sobre todo en las décadas pasadas, hemos atendido en los servicios de recién nacidos y en el seguimiento de los lactantes la exigencia nutricional oral, sin tener en cuenta la exigencia de sostén que esta demanda oral conlleva. De hecho, nuestra formación que privilegia los aspectos físicos, orgánicos y nutricionales nos permite concebir la posibilidad de una succión sin un sostén

adecuado, pero no se nos ha subrayado la trascendencia del sostén que posibilita una succión saludable.

En la succión los aspectos nutricios y orgiásticos, como ya hemos visto, se superponen a este otro aspecto: «estabilizador del self primitivo» y predeterminan los contenidos de la fantasía subyacente; siendo la succión un acto integrador de estos aspectos y de otros. Winnicott en su trabajo sobre el desarrollo emocional primitivo nos señaló que la senda de la integración estaba marcada por dos fuerzas: la técnica del cuidado infantil (sostén) y las agudas experiencias instintivas (succión). Sin embargo, previa a la satisfacción instintiva, se requiere una matriz de «sensación de calma y de unidad psicosomática» para transitar por ella y posibilitar que dicha satisfacción, pueda pasar a ser una experiencia del yo y no una irrupción traumática del ello.

Los lactantes se acomodan y son acomodados de una particular forma para mamar (sostén). Luego de satisfacer durante el primer tramo de la succión las exigencias pulsionales nutritivas y orgiásticas utilizan el segundo tramo, si son sostenidos adecuadamente, para «jugar» e interesarse cada vez más por los aspectos ambientales. Aquí nos encontramos con una «atención concentrada» (función yoica per se) y con los fenómenos transicionales. Si por el contrario, no son sostenidos adecuadamente, se aferrarán las más de las veces a una succión compulsiva que suele confundirse con voracidad.

Dos aspectos del sostén físico son claramente evidenciables ya que son usados como parte de la confección de artículos para bebés. Uno de ellos es, una determinada posición de flexión de la columna vertebral y el otro, cierto ritmo de movimiento que las madres realizan instintivamente al sostener a sus crías. Ambos aspectos son reproducibles en la función que tiene una hamaca. Los profesionales que trabajan en Medicina Física y Rehabilitación saben que ningún desarrollo es posible si no logran reestablecer previamente la «calma motora», por este motivo colocan a los bebés en dicha posición, meciéndolos rítmicamente en mantas, antes de cualquier rutina. Si estos bebés han sufrido daños cerebrales o privación del sostén, tendrán acentuado el reflejo tónico cervical, un reflejo «antisostén» que conduce a una postura que impide la progresión del desarrollo. Pero el sostén no se limita a esos aspectos, incluyen miles de otros, todos aquellos que caracterizan a un ser humano realizando la función maternal de sostener.

Hemos visto cómo cierta matriz de integración en una unidad psicosomática se fortalece y se desarrolla,

necesitando de la succión y del sostén. La suficiente introyección del sostén en cuanto esta introyección implique la de la madre como objeto total separado va a permitir prescindir de su sostén. Esto implica un suficiente desarrollo del sí mismo con el grado de madurez necesario para lograr la capacidad de estar solo en presencia de la madre. Respecto de esta capacidad, Winnicott nos señala que se trata de un hito de la relación bipersonal del estadio preedípico.

También nos dice que atañe más al desarrollo del yo: - «cuando la inmadurez del yo es naturalmente equilibrada por el yo auxiliar de la madre. Con el paso del tiempo, el individuo introyecta la madre auxiliar del yo, y de este modo se vuelve capaz de estar solo sin una referencia frecuente a la madre o a un símbolo materno». Esta referencia al símbolo materno está, a mi modo de entender, dirigida al objeto transicional cuya esencia es oral. Cuando éste no se presenta - como suele suceder en las sociedades donde la lactancia materna está más libre de prejuicios y donde la continuidad del cuidado casi siempre es un hecho - el objeto es la propia madre y la necesidad de referencia es a la succión de su propio pecho.

El advenimiento progresivo del sentido de sí mismo alcanza un momento cumbre cuando el infante adquiere la capacidad de estar solo en presencia de su madre. Esta capacidad implica una sensación de autosuficiencia psicósomática que permitirá mitigar de otra manera la angustia oral primitiva subyacente. El infante ya es capaz de separarse físicamente de su madre, ya no necesita reasegurarse succionando su pecho. Pero para su separación psíquica necesita su presencia. Sin embargo esta presencia requiere ciertas condiciones para que se pueda dar el destete saludablemente. Dos de ellas son destacables: que haya habido un sostén inicial continuo como idealmente lo hace una madre que entró en ese estado afectivo que Winnicott describió como Capacidad Maternal Primaria caracterizado por una identificación extrema con la cría, así como por una investidura libidinal desplazada del propio ser al ser del bebé. Es decir que haya habido un suficiente «entete», y que la madre se haya recuperado gradualmente de ese estado de «sana perturbación». Winnicott al referirse a esta recuperación sostenía: - «la forma en que la madre normal supera este estado de preocupación por el bebé equivale a una suerte de destete»-.

La recuperación de su antiguo status –a mi modo de ver- implica el despliegue de su propia capacidad para estar sola en presencia de su hijo. Si hacia los seis meses, el desarrollo logrado por el bebé motiva un cambio de actitud con respecto a la relación en el sentido de que, cómo el bebé ya empieza a percibirla

como un otro separado, podrá dejar cada vez más de pensar, sentir y actuar por él. Este cambio de actitud se irá consolidando hasta que ella se reencuentre con su capacidad de estar sola. Si no es capaz de esto, será muy difícil para el bebé acceder a dicha capacidad y por lo tanto no podrá ser destetado saludablemente. Podemos dividir la época de la lactancia en dos fases: los primeros seis meses que sería la época del «entete», y los siguientes dieciocho meses en que se va a producir el «destete» (los límites de edad son aproximaciones). Esta división es muy útil para el trabajo de profilaxis que se puede efectuar desde la pediatría. En dicho trabajo nos encontramos con el bebé desarrollándose a toda velocidad, cualquier noxa, ya sea nutricional o psíquica, va a dañar y dejará secuelas si es que se presenta, sobre todo, en los dos primeros años de la vida. Sin embargo, la maternidad dota muchas veces a la mujer de una mayor capacidad para enmendar las cosas de acuerdo a las urgencias que les plantea la crianza, si es que encuentra la comprensión de lo que está pasando. Es una época en que la capacidad para el insight aumenta, produciendo cambios radicales y sorprendentes, que posibilitan la reparación de aspectos propios no resueltos. Las terapias diádicas suelen ser cortas y exitosas por este motivo.

Ciertas condiciones son deseables para cada etapa. En la época del entete es importante:

- Que la mamá entre en ese estado de «sana perturbación» descrito por Winnicott como capacidad maternal primaria.
- Que el sostén dado por esta madre y la familia sea continuo, y que la discontinuidad inevitable sea en proporción al grado de tolerancia que el bebé pueda administrar: falla gradual, inevitable y necesaria para el desarrollo.
- Que la madre se sienta sostenida y apoyada a su vez por el padre y/o la familia, y éstos por la sociedad.
- Que las condiciones ambientales físicas sean estables y continuas de tal manera que se tornen confiables.
- Que al inicio el bebé experimente una omnipotencia casi total, respetando los cuidadores, el gesto espontáneo expresado por la demanda de su singular necesidad de sostén y succión.

En este contexto, la lactancia natural favorece el despliegue instintivo de la capacidad maternal primaria y brinda a su vez al bebé un sostén donde la sensualidad y el contacto corpóreo van a facilitar grandemente los sensibles procesos de integración y maduración psicósomáticos. De hecho, si el sustento de la capacidad maternal primaria es el instinto antes que la cognición, la forma natural en que ese instinto se despliega para el amamantamiento es a través de los pechos de la

madre saludable. La lactancia materna favorece enormemente las cosas y se ve facilitada si los trabajadores de salud apoyamos decididamente el sostén.

La defensa de la lactancia materna y el fomento de la misma es una estrategia prioritaria de cualquier política de salud. La misma en la actualidad pasa no tanto ya por difundir sus conocidas y reconocidas bondades nutricionales, inmunológicas y económicas, sino más bien por proporcionarles a las madres las condiciones favorables para que puedan efectuar un adecuado sostén. Si la madre ha desplegado su capacidad maternal primaria y está rodeada de un apoyo para efectuar su tarea de sostén, es muy improbable que no le de de lactar a su cría la leche de sus propios senos...

El entete constituye una etapa en la que la inmadurez yoica va a ser compensada por el yo auxiliar de la madre, que proporcione un sostén confiable continuo y estable. Se pueden reconocer todos estos aspectos en relación al encuadre y la técnica de la psicoterapia psicoanalítica que reclama las mismas condiciones... En el proceso del destete ya existe suficiente yo para que el bebé advierta la dependencia con respecto a la madre.

Son condiciones deseables para el destete:

- La presencia de la madre con su capacidad activa para estar sola en presencia de su hijo.
- Que la alimentación vaya siendo reemplazada por una dieta que no implique lactancia y que cubra los requerimientos nutricionales.
- Que la zona de excitación esté transitando de la oralidad a la genitalidad.
- Que las condiciones de estabilidad y de continuidad del cuidado tanto de los personajes significativos como del medio físico se mantengan.
- Si para la etapa del entete es necesario una madre imbuida en su «capacidad maternal primaria» para el destete es necesario que la madre se vaya recuperando de ese estado al tiempo que su cría va desarrollando. La madre recuperará su propia capacidad para estar sola en presencia de su hijo. Si la madre no es capaz de esto, el hijo no podrá adquirir la capacidad de estar solo en presencia de la madre. Es decir no podrá destetarse.
- Que la disminución del dominio omnipotente y mágico del objeto sea un hecho. Esto implica una mamá que frustré regularmente-ya que hay suficiente yo para ser frustrado- tolerando el ataque mágico despiadado para devolver cada vez más integración y realidad. La frustración no pasa por una variación de las condiciones estables del sostén sino por una adecuada relación entre dos yoes. Uno

de los cuales es maduro y el otro estará transitando a la madurez, aquí el manejo adecuado de las pataletas es central, y depende en gran medida de las capacidades de la madre de manejar una relación diádica en términos de suficiente integración de los aspectos ambientales plasmados en el sostén (madre ambiente) y los aspectos instintivos (madre objeto).

- En mi experiencia la dificultad para el destete obedece a tres situaciones subyacentes que muchas veces están juntas.
- Una persistencia del control omnipotente del objeto por parte del infante, lo que implica un sometimiento masoquista de la madre. Clínicamente estamos ante el: «bebé engreído».
- Una incapacidad de la madre para no contrabandear su deseo personal en la «ley de la realidad compartida». La tan temida «madre fálica» que no brinda la posibilidad de un deseo independiente.
- Unas condiciones inestables de sostén que son subsanadas por una succión compulsiva. En este punto estamos en la base de la etiología de trastornos diversos de actuación que van por ejemplo, desde una leve tendencia a morderse las uñas, una compulsión a comer en exceso, hasta un trastorno de adicción severo.
- Un intento por adelantar el proceso antes que la madurez psicósomática le permita al bebé lo que los psicólogos denominan: capacidad para la constancia objetal. Asistimos en la actualidad a una tendencia general social y globalizada a someter cada vez más a los infantes a exigencia de competencias para las cuales no hay la suficiente madurez.
- Por último quiero referirme a una cualidad particular de angustia que se calma mediante el sostén y la succión. Esta cualidad vendría a ser la de aniquilación, que paradójicamente tiene la ventaja de unificar e integrar. Posteriormente a medida que los procesos de maduración se van dando, y aparece el sentido del self, esta angustia deviene en angustia de separación. El infante, que puede alcanzar con su destete la capacidad de estar solo en presencia de su madre, podrá ser capaz de manejar la angustia de separación saludablemente. Esto lo coloca no sólo en adecuadas condiciones para manejar todas las separaciones que la vida le va a deparar, sino también en una suficiente capacidad de transitar por el Edipo de forma saludable con recursos para lidiar con la angustia de castración.

Caso # 1

Lourdes acude a la consulta pediátrica con su bebé, Lorena, de nueve meses de edad. Ambas tienen una «buena relación».

Por medio de entrevistas previas, pude darme cuenta de que Lourdes estaba entre las mamás que habían

organizado la crianza en forma saludable y creativa; a partir del despliegue inicial de la capacidad maternal primaria.

El motivo de la consulta es un resfrío.

Cuando empiezo a indagar en los aspectos alimenticios de la crianza; me refiere que ya había «destetado» a Lorena a los seis meses de edad. La pasó súbitamente de la lactancia materna exclusiva al biberón, porque tuvo que empezar a trabajar. Salvo una inversión de las horas de sueño -dormía la bebé más en el día para esperarla y pasar buena parte de la noche despierta- no le llamó la atención ningún otro acontecimiento.

Yo le dije que me parecía interesante ese cambio repentino, libre al parecer de angustias mayores. – «Algo de magia deben haber hecho»- le dije.

Inmediatamente la mamá me refirió que, a raíz de ese cambio Lorena se había aficionado a un trapito de gasa, que lo usaba no sólo para succionar el biberón sino para estar con él permanentemente.

Acto seguido levantó el lindo sombrero que la bebé llevaba, y bajo él apareció el famoso trapito que Lorena tomó inmediatamente y lo puso en contacto con su mejilla.

COMENTARIO

En este caso vemos como ante el cambio súbito del «sostén», la bebé va a desplegar dos recursos. La inversión del horario de sueño, un recurso bastante usual en los bebés de las mamás que trabajan. Y el uso de un objeto transicional que pone en evidencia el fenómeno transicional subyacente.

Lourdes, una mamá sabia, no cuestionó al objeto. Lo incorporó a la crianza. Trapito y biberón fueron paulatinamente dejados de lado hacia los dos años. Hecho que en mi concepto, puso fin al destete.

La evidencia de los fenómenos transicionales por la aparición de un objeto transicional es mucho menos frecuente en madres que no introducen cambios bruscos en el sostén. En esa situación el objeto transicional viene a ser la madre. Podría postularse que una «falla menor» del sostén va a permitir este recurso, una simbolización todavía no lograda de la falla, pero a medio camino de su logro.

Caso # 2

Pamela acude a la consulta para solicitarme consejería acerca de un síntoma de su niña de seis años de edad.

Me refiere que ha tenido que «escaparse» de la niña

para poder venir a consultar. El síntoma es precisamente ése. No la deja –literalmente- ni entrar al baño, se queda en la puerta esperándola, incapaz de atinar a nada. El síntoma lo tiene desde siempre aunque en este último año se ha agudizado. La niña se llama Rocío.

Pamela, a raíz de que acompañó a una prima a un «taller de crianza» que realizó como parte del seguimiento de crecimiento y desarrollo, pudo sospechar de la probable causa del síntoma, que para mí era evidente.

Cuando Rocío nació, Pamela asumió la crianza de su hija con devoción, la lacto de sus pechos y la asistió por tres meses. De pronto se le presentó una oportunidad de viajar a Japón para trabajar y viajó, dejando a Rocío al cuidado de una prima.

Según le contaron, Rocío se adaptó «sin mayores dificultades». A su regreso, cuando la niña tenía un año dos meses, ésta no la reconoció. Pamela volvió a asumir la totalidad de la crianza, porque el padre estaba ausente desde el inicio. Lentamente Rocío volvió a interesarse en su mamá hasta desarrollar el síntoma descrito.

COMENTARIO

En este caso el trauma se inscribe en una época en que no existe suficiente yo para ser traumatizado en términos de poder recordar o simbolizar el trauma, no logramos visualizar ni la emergencia de un rudimentario fenómeno transicional. La falla ambiental solo puede evidenciarse a través de la actuación compulsiva: una adicción a la presencia física de la madre.

En este caso cualquier enfoque terapéutico debe poner énfasis en la continuidad, estabilidad y confiabilidad del encuadre que en la transferencia es el sostén inicial de los primeros meses de la vida.

La madre no tenía recursos para una psicoterapia, pero gracias al taller al que asistió pudo reconocer desde dentro la falla. Este hecho facilita grandemente las cosas; de tal modo que se organizó en el hogar una tolerancia a la regresión dentro de una estabilidad ambiental.

Caso # 3

Javier fue criado por su madre con lactancia materna exclusiva por dos meses. Luego la mamá se reintegró a trabajar por lo que lo dejaba con una tía que lo alimentaba con biberón en ausencia de la madre. Cuando ella llegaba de trabajar, Javier lactaba del pecho y lo «necesitaba para dormirse». Cuando Javier

tuvo cuatro meses, su mamá fue diagnosticada de tuberculosis pulmonar. Por ese motivo se angustió mucho y decidió suspender la lactancia natural. Javier, privado del pecho de la madre, optó por dar señales a la tía que lo cuidaba de querer lactar de su pecho. La tía accedió y se estableció una rutina de lactancia en la cual Javier se alimentaba del biberón ofrecido por su madre y disfrutaba de succionar el pecho de la tía que no producía leche. Esto duró aproximadamente dos meses, luego de los cuales, la tía se fue de la casa. Javier siguió lactando del biberón y, cuando la madre quiso restablecer la lactancia natural, él la rechazó; al igual que el pecho de la tía que venía de visita.

Javier tiene actualmente cinco años y sigue usando su biberón -al que le ha hecho un hueco más grande- para dormirse. Solo se lo preparan con un- «poquito de leche»-.

COMENTARIO

La lactancia tiene una función de integración. La exigencia pulsional oral del ello debe ser asimilada por una matriz del yo que tiene su base inicial en el sostén, y esta matriz también se ancla en una calma oral. En el caso de Javier vemos cómo dos aspectos que inicialmente están defusionados encuentran un camino facilitado para la no integración. Sin embargo, probablemente, la tendencia natural a la integración interviene para que Javier opte por una sola opción para lactar: el biberón. Desde luego todos estos procesos de integración de «madre ambiente» y «madre objeto», «pecho bueno» y «pecho malo», etc. requieren de la totalidad de un quehacer materno suficientemente bueno, que realizado a través de los propios pechos se facilita enormemente, tanto para el bebé como para la mamá. En este contexto la integración a través del biberón plantea mayores exigencias por parte del bebé.

BIBLIOGRAFÍA

1. Winnicott D. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Ed. Laia. Barcelona, 1981.
2. Winnicott D. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1993.
3. Winnicott D. La familia y el desarrollo del individuo. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1995.
4. Winnicott D. Exploraciones Psicoanalíticas I. Ed. Paidós Buenos Aires, 1991.
5. Winnicott D. Conozca a su niño. Ed. Paidós. Barcelona, 1970.
6. Winnicott D. Realidad y Juego.
7. Stern Daniel N. Diario de un bebé. Ed. Paidós. Barcelona, 1999.
8. Brazelton T. Berry. Cómo entender a su hijo. Ed. Norma. Bogotá, 1999.

Trabajo presentado en el Congreso de la Federación Latinoamericana de Psicoanálisis, Lima - Perú. Diciembre 2005