APROXIMACIONES TÉCNICAS A LA CLÍNICA CON ADOLESCENTES NANEAS.

Ps. Javiera Garrido Courbis.

Cap. 3 de Tesis de Magister "La Melancolía como antesala al funcionamiento psicosomático en la adultez. Un estudio conceptual desde la escuela psicosomática argentina" (ICHPA-UAI. 2021)

> *"Una forma de pensar compleja se prolonga en una práctica acorde que orquesta rigor metapsicológico y plasticidad técnica en vez de técnica rígida y confusión teórica con relación a los fundamentos".*
>
> Rother Hornstein, M. (2006), citado en Rother Hornstein, M. (2018).

Desde la perspectiva de Rother Hornstein (2018) "la finalidad del psicoanálisis es terapéutica, creativa y ética en su intento de proveer al paciente de instrumentos para que amplíe su autonomía" (pp. 44).

En su arista terapéutica, y tomando las palabras de Lenarduzzi (2005) siguiendo a Freud, el psicoanálisis considera dos pilares fundamentales. Por un lado, la difícil tarea de acceder a los contenidos reprimidos, haciendo consciente lo inconsciente, y por el otro, poner en evidencia las resistencias.

En palabras de Rother Hornstein (2018), la labor analítica:

> Es terapéutica porque la cura no solo busca recuperar lo reprimido. Si bien es desde el tesoro reprimido- que lleva las huellas de la historia libidinal e identificatoria remodeladas por el proceso primario y secundario-, que proponemos nuevos sentidos, diferentes formas de procesar y aliviar el sufrimiento, de hacer consciente lo inconsciente, de resolver fijaciones, de liberar al sujeto de inhibiciones, síntomas, angustias, de llenar lagunas mnémicas, de modificar la economía psíquica y los términos del conflicto" (p. 44).

De este modo, la actividad del analista no se sustenta en interpretaciones teóricas desarraigadas, tampoco en confundir el inconsciente del paciente con el del analista, "sino

en el placer con el que trabaja, piensa y escucha los sufrimientos, los conflictos y los placeres de cada paciente (Rother Hornstein, M.C. 2018, p. 44). La autora propone así, que las estrategias se van modificando en función de la marcha del proceso analítico, incluyendo herramientas que van más allá de la interpretación, que ayudan a que el sujeto pueda incrementar la lucidez sobre su mundo, su historia y su deseo.

Ya en 1918, en el texto *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica,* Freud plantea la necesidad de ajustar la técnica a las nuevas situaciones clínicas que presentan los pacientes, y reconoce que muchos síntomas, y las actividades que involucran la vida anímica son de índole muy compleja. El aporte teórico de autores posteriores abrió nuevas posibilidades de abordaje ampliando el ámbito de acción del psicoanálisis, abarcando condiciones como la psicosis, psicosomática, adicciones, accidentofilia, depresiones esenciales, patología del vacío y del déficit, así como el cambio interdisciplinario (Lenarduzzi, H. 2005).

A través de la historia, dice Rother Hornstein (2018), el discurso médico "dejó de lado el deseo y privilegió los síntomas, signos y padeceres. Dejó de lado al sujeto que padece, a la historia y los afectos. Algunos psicoanalistas desestimaron el cuerpo y la historia" (p. 42). Es en este marco, donde la atención psicoanalítica de pacientes con patologías crónicas y la psicosomática se abren paso.

Si bien adscribimos a la noción de que no hay sujeto sin psicosomáticas, tal como lo dice Sylvia Bleichmar (2016), se plantea la necesidad de una clínica propia, ya que los fenómenos psicosomáticos no funcionan psicodinamicamente igual que los síntomas neuróticos, guardando estrecha similitud, dice Storti, Britos y Uhlemann (2017), con las particularidades de la organización narcisista.

Es necesario, tal como dice Sauane (2014), establecer dos cuestiones esenciales para comprender el campo de la clínica psicosomática:

> Por una parte, lo somático no tiene una representación directa en lo psíquico sino a partir de la mediación de las representaciones que le otorga el otro humano y la cultura en la que está inscrito; por otra, que el trastorno

> psicosomático, al ser del orden de lo no representable, de lo que no pudo ser ligado, no puede ser entendido como una manifestación que "comunica algo", sino que, como toda manifestación patológica, está al servicio del equilibrio libidinal (Bleichmar, 2005, citado en Sauane, S. 2014. p. 31).

Desde la perspectiva de Storti, Britos y Uhlemann (2017), en el campo de la clínica psicosomática psicoanalítica es necesario, por una parte, evaluar la estructura psíquica del paciente y el predominio de su modalidad de funcionamiento psíquico, y por otra, el contexto médico en el que se desarrolla la enfermedad o trastorno psicosomático que configura el ámbito interdisciplinar. Por eso, la apertura y diálogo con otros especialistas se hace necesario al pensar una clínica para pacientes adolescentes NANEAS.

El abordaje técnico de estos pacientes requiere algunas especificidades, y si bien sostiene los elementos básicos del método psicoanalítico (abstinencia, asimetría, transferencia), el encuadre ha debido replantear sus alcances, pensando en que a veces la sesión analítica se realiza al lado de una cama de hospital o dentro de un box médico, por mencionar una esfera del tema. Así también es necesario pensar la constitución del campo trasferencial y el lugar del analista dentro del ámbito interdisciplinario, considerando la necesidad, en ocasiones, de ser parte de un equipo clínico (Storti, L. Britos, A. Uhlemann, H. 2017).

En la clínica psicosomática, dice Sauanne (2014) parafraseando a Bleichmar, se reconocen los trastornos somáticos como campo de frontera y de extrema complejidad, ya que en sus determinantes convergen saberes y áreas de conocimientos que no deben excluirse entre sí.

Sauane (2014) plantea que "el trabajo terapéutico con pacientes con trastornos psicosomáticos supone, por una parte, una cuidadosa y precisa manera de intervenir en el momento de eclosión somática, sobre todo cuando se trata de enfermedades graves" (p 26). A esto se suma, según el propósito de esta investigación, las consideraciones de la adolescencia, etapa crucial del ciclo vital en que se encuentran estos pacientes NANEAS.

Al acercarnos al tratamiento de cuadros patológicos donde “la ausencia de representación sigue el camino del cuerpo o del acto, que conduce hacia la constitución de una enfermedad somática o que empuja al yo hacia su propia destrucción, resulta imprescindible reconsiderar el tema del encuadre” (Marucco, N. 2005.p. 257). Así, se hace necesario pensar en “adecuaciones a la técnica” (Lenarduzzi, H. 2005, p. 117).

Lenarduzzi (2005) plantea que el encuadre:

> Cumple una función de proteger tanto al paciente como al analista, brindando una zona intermedia entre psique y soma, entre mundo interno y mundo externo, entre el consultorio y el afuera. Comprende no solo las variables espaciales y temporales sino también una disposición especial de la mente y el cuerpo del analista, en condición “flotante”, prestos a entrar en consonancia con la mente y el cuerpo del paciente (p. 119).

Frente a este punto Marucco (2005) propone, un tipo de contrato analítico con encuadre flexible, que permita hacer evidente todas las zonas del aparato que sean necesarias de analizar. En otras palabras, “un encuadre que posibilite un espacio de trabajo – al decir de Green (1998)- que permita la transformación de la fuerza de la pulsión en representación psíquica” (p. 257).

Storti, et al. (2017) por su parte proponen que el encuadre cara a cara permite, frente a la vulnerabilidad del yo, la función de *espejamiento narcisista*, propiciando así el sentimiento de confianza, estimulando el pensamiento reflexivo y los afectos al sustraer al sujeto de la modalidad de pensamiento operatorio. El acento no estará entonces, solamente en la atención flotante y en los contenidos inconscientes en su expresión fantasmática, sino también en favorecer la constitución de un vínculo terapéutico estable.

Las características del encuadre que propone Lenarduzzi (2005) deben considerar: estabilidad, secuencia, continuidad, empatía. Así se brindarán las condiciones propicias para restaurar los aspectos narcisistas fallidos o dañados, a saber, la autoestima, la investidura libidinal del self y las funciones del cuerpo enfermo. Esto es sobre todo importante si consideramos el trabajo clínico con adolescentes NANEAS, ya que la

predictibilidad del encuadre permitirá generar ese espacio seguro, desde el cual podrá reelaborar sus propias angustias.

Otra herramienta técnica importante son las entrevistas preliminares, tal como las propone Rother Hornstein (2018), donde se dispone no sólo a indagar respecto del requerimiento de terapia del paciente, sino también para evaluar si quien consulta "es analizable para mí. Entiendo que nadie es no analizable pero tanto paciente como analista tienen el derecho y deber de elegirse mutuamente" (p. 41). Esto tendrá un impacto significativo para generar el vínculo terapéutico estable ya mencionado.

Además, en las entrevistas preliminares es posible indagar aspectos como los que Rother Hornstein (2018) enuncia:

> Saber qué lo trae a consulta, motivo manifiesto y latente, si es algo nuevo o una cuestión que se repite, si atribuye a su sufrimiento actual una causalidad psíquica que tiene que ver con su historia o piensa que es producto de una causalidad proyectiva; biológica, el azar, o los otros. Si el compromiso con su historia le posibilita un recordar con la finalidad de aliviar el sufrimiento y cambiar los términos del conflicto (p. 41).

Lenarduzzi (2005) propone que para obtener estos indicadores, además de las entrevistas diagnósticas y la historia evolutiva, es posible utilizar algunos test proyectivos gráficos, ya que son de gran utilidad como proyección de aspectos yoicos y superyoicos, y para obtener nociones del tipo de funcionamiento mental predominante y de las características de los afectos.

Dilucidar estas cuestiones será importante una vez se inicie un proceso de análisis, ya que permitirá tener atisbos a priori de los alcances del tratamiento. Además, la detección precoz del estado de vulnerabilidad puede ser útil para la prevención, y la consideración de requerimientos interdisciplinarios o derivación a otros especialistas.

Aun así, tal como dice Lenarduzzi (2005) "la estrategia para lograr estos objetivos reside en el proceso de la transferencia y contratransferencia, y en el par dialéctico asociación libre- atención flotante (p. 117).

Es en el escenario de la transferencia donde se constituye el proceso en que podemos desplegar todas las herramientas con las que contamos para acceder a las metas y objetivos analíticos. Esta está condicionada por "la forma en que el analista piensa la tópica, las pulsiones, las identificaciones, el narcisismo, la historia" (Rother Hornstein, 2018, p. 43).

Será en la transferencia donde se repite y actualiza la relación objetal primaria, poniendo en juego el desvalimiento con intentos de fusión indiscriminada y temores consecutivos de intrusión, tal como han sugerido varios autores. De este modo el analista ha de percibir toda comunicación preverbal y somática, verbalizando estas observaciones y contextualizándolas en transferencia (Storti, L. Britos, A. Uhlemann, H. 2017)

Los vínculos narcisistas surgidos como defensa frente a carencias o traumas tempranos que lesionaron la autorestima, también serán repetidos en transferencia, y será ahí donde será posible buscar el sentido al síntoma somático (Lenarduzzi, H. 2005. p. 119).

Otro aspecto importante que debe ser sopesado en la transferencia, es la cantidad de libido del yo disponible en el proceso, ya que tendrá bajo su cometido la protección del cuerpo. Al respecto, dice Marucco (2005) "el desarrollo de la neurosis de transferencia con el analista tiene el peligro, cuando crece demasiado, de abandonar el cuidado del cuerpo" (p.255).

Aquí también es importante considerar lo que Goldstein (1965) plantea respecto a lo significativo que es la voluntariedad y libre disposición del paciente al análisis, sin ser extorsionado por otros para someterse al proceso, ya que suele desarrollarse el tipo de "transferencia que se ha llamado perversa, (…) que transforma el análisis en inofensivo y agradable y (…) lo peligroso, persecutorio se encuentra alejado de todo lo que es mental y permanece alojado en el cuerpo" (p. 103). Este aspecto es trascendental, sobre todo cuando el analista es parte de un equipo de salud, y el análisis se considera un requisito dentro de un grupo de prestaciones para acceder a determinados procedimientos.

Ahora bien, desde la mirada de la contratransferencia, es frecuente que el analista vivencie y sienta lo que el paciente no puede sentir ni vivenciar, desde los sentimientos de temor, angustia y preocupación hasta las sensaciones corporales renegadas como la fatiga y el dolor (Storti, L. Britos, A. Uhlemann, H. 2017).

Como dice Rother Hornstein (2018):

> El analista pone el cuerpo y la palabra y, si es necesario, su "figuración fantasmática" para construir lo que no pudo ser constituido en los comienzos de la vida, para intentar en ese marco de transferencia y contratransferencia restañar heridas, decepciones, frustraciones, intensas vivencias traumáticas, que produjeron heridas profundas" (p. 45).

Esto implica un ejercicio terapéutico que resulta extenuante y exigente para el analista, por lo tanto, es importante considerar ciertos límites al ejercicio profesional como por ejemplo, cantidad limitada de pacientes, horas de supervisión, de análisis personal y de actividades de otra índole que permitan mantener cierto grado de bienestar de la persona del terapeuta, con el fin de poder ejercer su labor adecuadamente. De todas formas, este es un tema que requiere profundizarse en detalle en otro estudio, sobre todo si se piensa en plantear un modo particular de atención para adolescentes NANEAS.

Goldstein (1965), aludiendo a un caso clínico plantea que a modo de defensa frente al duelo de la pérdida de objeto en la realidad, el paciente adquiere una posición más cercana a la melancolía, cambiando su actitud frente al proceso analítico, ocurriendo retrasos y faltas a sesión, pobreza en la capacidad de asociación libre, resistencia a las interpretaciones, monotonía, defensa contra los afectos, mecanismos de aislamiento y una profunda desconfianza. Así, provocará la reacción contratransferencial de modorra, somnolencia y una fuerte sensación de impotencia frente a la inutilidad terapéutica de las interpretaciones. Para la autora, esto correspondía a una *reacción terapéutica negativa*, que precedió a la aparición de una grave somatización.

Y por esto, las intervenciones analíticas además, consideran la ética como aspecto gravitante en la consideración contratransferencial, porque, tal como dice Rother Hornstein (2018):

> Lidiamos con nuestra contratransferencia y sabemos que en cada análisis también estamos implicados desde nuestra subjetividad, tramitamos esos afectos contratransferenciales para intervenir desde la palabra y el afecto, para no ser intrusivos con interpretaciones prefabricadas ni estar ausentes ante ciertas resistencias o reacción terapéutica negativa, frecuentes en pacientes que han sufrido traumatismos, heridas narcisistas precoces, que nos obligan a hacer un trabajo de elaboración paralela, para no quedar paralizados por la desesperanza al mismo tiempo que evitamos no quedar atrapados en una impostada neutralidad (p. 45).

Considerando técnicas psicoterapéuticas posibles de extrapolar para el trabajo clínico con pacientes adolescentes NANEAS, Lenarduzzi (2005) propone que por lo general, la psicoterapia individual es lo más adecuado, ya sea sola o combinada con entrevistas vinculares y/o familiares, salvo que por alguna razón particular se privilegie el enfoque familiar.

En el tratamiento, Lenarduzzi (2005) observa cuatro etapas. En la primera:

> El paciente generalmente no asocia, por lo tanto se expresa mediante el cuerpo, aunque sin integrarlo a una cadena simbólica. El proceso de la cura se propone ligar los aspectos disociados en el soma en una correlación de sentidos somático-psíquico (p. 119).

Durante esta etapa, que se emparenta con la etapa de entrevistas preliminares, prima la inhibición, por lo que la autora sugiere tener una o dos entrevistas previas con los padres para recabar algunos datos de la historia y de la enfermedad actual. Cuando en el paciente prevalece la retracción narcisista, persiste una actitud distante, aparentemente indiferente o con cierta soberbia, que es una manifestación del sentimiento de

desconfianza básica, que a su vez promueve desaliento, cansancio y hasta dolores físicos en el analista (Lenarduzzi, H. 2005).

Por esto, Lenaduzzi (2005) sugiere el acercamiento empático por parte del analista, prestando atención a los síntomas somáticos, las posturas, las expresiones preverbales y el estado de salud. Tomar contacto con los pediatras y otros especialistas que asisten al adolescente y atender a las necesidades del yo.

Durante la segunda etapa, se produce ese momento donde se establece una zona intermedia o lugar transicional en el cual se da pie al desarrollo de procesos simbólicos. Aquí, en ocasiones el terapeuta debe poner en juego su propia capacidad de regresión, para hallar un código de comunicación único con cada paciente (Lenarduzzi, H. 2005).

Crear un espacio de construcción de simbolizaciones, permite cimentar modos de ligazón capaces de tramitar aquello que hasta ese momento fue inelaborable, y así poder disminuir la tendencia a la evacuación (Sauane, S. 2014).

En este espacio, ocurre lo que Rother Hornstein (2018) denomina la *teorización flotante*, que acompaña la asociación libre del paciente. Sin embargo, hay momentos en que este ejercicio no es posible, ya que la angustia masiva del paciente se revela por medio del acto y no la palabra, o cuando el analista es para el paciente una parte de sí mismo. Es ahí cuando se hace necesario revisar la metapsicología heredada y desplegar nuevos recursos técnicos

Otras intervenciones estarán centradas en el trabajo de las distorsiones pragmáticas, comprensivas y semánticas propias de estos pacientes. Esto obliga al analista a constatar frecuentemente la recepción y comprensión de sus intervenciones. La contención, no sólo de los afectos y sensaciones no significados, sino también todo incremento de excitación tienden a ser evacuado por medio de la identificación proyectiva masiva (Storti, L. Britos, A. Uhlemann, H. 2017).

Por otra parte, es importante considerar que estos pacientes, por lo general, no toleran el silencio del terapeuta, porque puede incrementar su angustia de desamparo.

También resulta fútil que el analista intente copar de palabras propias aquello no dicho. Por eso, la palabra debe ser rescatada en el entramado del trabajo con el paciente a través de intervenciones pertinentes, ya que, en general, son sujetos que han padecido intromisiones de parte del adulto en su más tierna infancia (Sauane, S. 2014).

La tercera etapa se da cuando se ha creado un clima confiable, el holding terapéutico, y surgen transferencias narcisistas en sus modalidades especular o idealizada. En el transcurso de esta etapa se desarrollará la tarea de historización de los traumas tempranos, detectables a través de huellas en la transferencia (Lenarduzzi, H. 2005).

El trabajo de historización resulta central en la clínica con adolescentes, tal como lo explica Rother Hornstein (2018):

> En la adolescencia el yo incrementa su capacidad de elaboración, de significación de lo histórico vivencial. El trabajo de historización posibilita nuevos nexos entre pasado, presente y futuro. Pasado que cobra vigencia a partir de lo actual. La historización no repite ni elimina el pasado, lo altera, le da orígenes (p. 41).

El trabajo de simbolización historizante, cuya intención es creativa, ayuda al paciente a desplegar su propio proyecto de vida apropiándose y reconstruyendo los sentidos de esos fragmentos de su pasado libidinal, poniéndolos al servicio de su proyecto identificatorio actual. Así se le permite acceder a mayor libertad en el pensar, sentir, hacer (Rother Hornstein, 2018).

En la cuarta etapa se ponen de manifiesto las modificaciones en el funcionamiento psíquico del adolescente, es decir, disminuyen francamente la sintomatología física y empiezan a cobrar relevo las formaciones de compromiso (Lenarduzzi, H. 2005).

Aquí, el analista pondrá el foco no solo en develar el sentido inconsciente como retorno de lo reprimido, sino también deberá detenerse en el funcionamiento paradojal que prima en estos pacientes, facilitando una significación o simbolización faltante a modo de puente en los procesos de escisión. Este trabajo de simbolización o ligadura entre el soma y lo pulsional irrepresentable favorece la estructuración psíquica,

permitiendo la apropiación y el cuidado del cuerpo y el acceso al deseo, que se constituye como el guardián de la mezcla y desmezcla pulsional, necesaria y suficiente para mantener la vida (Storti, L. Britos, A. Uhlemann, H. 2017).

Es ineludible tener en cuenta que lo que no se ha podido elaborar esboza, por lo general, vivencias sumamente dolorosas, que pueden desencadenar angustias muy arcaicas, y que la inadecuación de las intervenciones puede producir recrudecimiento de la enfermedad somática (Sauane, S. 2014).

A la luz de un caso clínico, Sauane (2014) sintetiza las prioridades en el abordaje que son posible extrapolar para pacientes adolescente NANEAS: tratar de que el púber elaboré las situaciones de padecimientos somáticos, ayudarlo a aceptar y convivir con una enfermedad grave; poder sobrellevar los estudios y exámenes médicos necesarios; poner en palabras las situaciones dolorosas y/o traumáticas previas, así como tramitar sus perturbaciones emocionales. Esta organización puede servir de lineamiento al momento de construir un programa de intervención para este grupo específicamente.

El abordaje familiar en psicosomática, es otra herramienta terapéutica indicada sobre todo para pacientes adolescentes, e implica un proceso de decodificación, que consiste en "detectar dentro de un universo de signos y señales que exhibe una familia, los significantes no intencionales, que a su vez remiten a otros significantes desconocidos" (Lenarduzzi, H. 2005, pp. 37).

El proceso se inicia con la aproximación empática, donde la confianza se establezca paulatinamente, generando un espacio transicional de reencuentro (Lenarduzzi, H. 2005).

Frente a este proceso Lenaduzzi (2005) indica:

> "Es necesario estar atento a los gestos, las posturas, los cambios de coloración de la piel, los tonos de voz de los pacientes. Del mismo modo, resulta útil pedirles que se miren cuando hablan, o que intenten ellos interpretar el estado de ánimo de cada uno de los otros por la mímica que presentan. Poco a poco, hay que relacionar sucesos, actings, síntomas, con emociones. Hay que

destacar los tiempos, los lugares y los estados afectivos que va atravesando la familia, denotando los cambios y evoluciones (p. 37).

Es posible utilizar herramientas como el relato de la historia familiar, el dibujo de la casa, el árbol genealógico, que permiten casi siempre encontrar nuevas significaciones. También hay que tomar en cuenta el lugar que ocupa el enfermo, la forma de ayudarlo, las fantasías que cada uno tiene acerca de la salud y la enfermedad (Lenarduzzi, H. 2005).

Un punto importante es también prestar atención a los momentos de separación, pérdidas y muertes que ocurrieron en el grupo. Generalmente se observará que no hubo espacio adecuado para elaborar, ya que no se permitió llorar o preguntar lo suficiente. Estos temas resurgen en la terapia familiar en presencia del analista, permitiendo el despliegue de nuevas ligaduras para los afectos que habían quedado desconectados de la red de significantes (Lenarduzzi, H. 2005).

Algunos indicadores de cambio durante el tratamiento tanto individual como familiar pueden ser: cambios en el estilo comunicativo; disminución de los episodios de somatización o mejoría de los trastornos crónicos; mayor frecuencia de estados emotivos durante las sesiones; disminución de la autoexigencia; manifestaciones de humor; relatos de sueños (Lenarduzzi, H. 2005).

Si bien este escrito da luces sobre la técnica analítica para pacientes adolescentes NANEAS principalmente en lo que podríamos denominar atención ambulatoria, queda fuera de estas reflexiones, todas las implicancias y particularidades de la clínica psicoanalítica psicosomática en el encuadre hospitalario, que involucra instancias de intervención para larga, mediana y corta estadía. Este es otro ámbito de investigación que bordea este trabajo, y que es importante seguir desarrollando.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1971). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós.

- Aberastury, A. Dornbush, A. Goldstein, N. Knobel, M.Rosenthal, G, Salas, E. (1971) Adolescencia y Psicopatía. Duelo por el cuerpo, la identidad y los padres infantiles. En Aberastury, A. Knobel, M. (Ed) (1971) *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.

- Aberastury, A. (1964). La fase genital previa. Revista de psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica Argentina, v. 21, n. 3, pp. 203-213.

- Aisenberg, E. (2005) Revisión crítica de las teorías y de los abordajes de los estados psicosomáticos. En Maladesky, A. López, M. López, Z. (2005) *Psicosomática: aportes teórico-clínicos en el siglo XXI.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Cheja, R. Toronchik, H. (2016). Trastornos psicosomáticos en la infancia: clínica y teoría en psicoanálisis contemporáneo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Cesio, F; (1962). El letargo, la melancolía y el duelo en la reacción terapéutica negativa. Revista de Psicoanálisis. 19(04), pp. 317-322.

- Chemama, R. (2002). Diccionario de psicoanálisis: diccionario actual de los significantes, conceptos y matemas del psicoanálisis. Bs. Aires: Amorrortu.

- Erikson, E. (2000). El ciclo vital completado. Barcelona: Paidos.

- Fernández, R. (2002). El psicoanálisis y lo psicosomático. Madrid: Ed. Síntesis.

- Flores Cano JC, et al. Modelo de atención y clasificación de «Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud-NANEAS»: recomendaciones del Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. Rev Chil Pediatr. 2016. http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.03.005

- Freud, A. (1936). Defensa por angustia ante la fuerza de los instintos (Con un estudio psicoanalítico acerca de la pubertad). En El yo y los mecanismos de defensa (153-168). Bs. Aires: Paidos.

- Freud, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. En Obras completas Vol 7 (109-224). Bs. Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1914). Sobre la psicología del colegial. En Obras completas Vol 13 (243-250). Bs. Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En Obras completas. Vol 19 (21-29). Bs. Aires: Amorrortu.

- Goijman, L. (1998). Depresión en la adolescencia. En Goijman, L. Kancyper, L. (1998) Clínica Psicoanalítica de niños y adolescentes (87-98). Bs. Aires, Lumen.

- Goldstein, R; (1965). Duelo y somatización: notas sobre la regresión al predominio de la introyección respiratoria. Revista de Psicoanálisis. 22(12), pp. 98-119

- Knobel, M. (1971). El síndrome de la adolescencia normal. En Aberastury, A. Knobel, M. (Ed) (1971) *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico.* (29-79). Bs. Aires: Paidos.

- Lenarduzzi, H. (2005). Entre biología y cultura. Un estudio de la psicosomática en la infancia y la adolescencia. Bs. Aires: Biblos.

- Marucco, N. (2005). Cuerpo y representación en el campo analítico. Algunas reflexiones acerca de la "psicosomática hoy". En Maladesky, A. López, M. López, Z. (2005) Psicosomática: aportes teórico-clínicos en el siglo XXI. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Ministerio de Salud de Chile. (2018). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: Nivel especializado de atención abierta y cerrada. Recuperado 30 octubre, 2018, de file:///C:/Users/Javi%20Garrido/Downloads/Programa%20especializado%20adolescentes%20y%20jo%CC%81venes%20final%20Resolucion%20(1).pdf

- Rosenthal, G. Knobel, M. (1971) El pensamiento en el adolescente y en el adolescente psicopático. En Aberastury, A. Knobel, M (Ed)(1971) *La Adolescencia Normal, un enfoque psicoanalítico.* Buenos Aires: Paidós.

- Rother Hornstein, M.C.(2018), Teoría, clínica y práctica en el trabajo con adolescentes. En *Controversias en psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, N.22, pp. 38- 48.

- Sauane, S. (2014), Psicosomática: Teoría y clínica. Buenos Aires: Eudeba.

- Storti, L. Britos, A. Uhlemann, H. (2017), La experiencia psicoanalítica en psicosomática. *Psicoanálisis ayer y hoy*. Recuperado el 09 de diciembre, 2020 de https://www.elpsicoanalisis.org.ar/nota/la-experiencia-psicoanalitica-en-psicosomatica-lydia-storti-alberto-britos-helga-uhlemann/

- Urribari, R. (1998). Sobre adolescencia, duelo y a posteriori. En Goijman, L. Kancyper, L. (1998) *Clínica Psicoanalítica de niños y adolescentes* (241-279). Bs. Aires, Lumen.

- Valdivia, M. Condeza, D. (2006). Psiquiatría del Adolescente. Santiago, Chile: Mediterraneo ltda.

- Zukerfeld, R. (2005). Psicosomática: vulnerabilidad y resiliencia. En Maladesky, A. López, M. López, Z. (2005) Psicosomática: aportes teórico-clínicos en el siglo XXI. Buenos Aires: Lugar Editorial.