

## Pediatría práctica

# La tarea de diferenciar las demandas de los padres de las de sus hijos. Estudio de un paciente seguido durante quince años

Dres. HORACIO LEJARRAGA\* y GUILLERMO IZAGUIRRE\*\*

### RESUMEN

Para definir los problemas de salud de los pacientes, la práctica de la pediatría se basa, en gran medida, en el relato de los padres sobre los problemas del niño. En el presente trabajo se analiza la historia de un niño con baja estatura por hipocondroplasia, enfermedad de transmisión autosómica dominante, transmitida por el padre que también está afectado. Talla paterna: 143,2 cm. Talla adulta del paciente: 145,2 cm. Durante los quince años de seguimiento se evidenció por parte del padre una intensa presión sobre el pediatra para aumentar la estatura del paciente, junto con una aceptación sensata del problema por parte de la madre. El niño cumplió una escolaridad y vida social normales, y cuando tuvo 18 años, frente a la propuesta del pediatra de aumentar su estatura con una intervención quirúrgica de elongación de miembros inferiores, el niño rehusó y manifestó su aceptación del problema. La entrevista final mantenida con los padres y el análisis de la historia, desde el punto de vista psicoanalítico, evidenciaron la existencia de un desencuentro entre las verdaderas necesidades del niño, los deseos de la madre (que respetan la persona y la opinión de su hijo) y las demandas inconscientes por parte del padre, enredadas en las trampas de su narcisismo injuriado y cabalgando permanentemente entre la culpa y la frustración. El trabajo ejemplifica la necesidad de profundizar en las demandas de los padres, por más simples que éstas parezcan, reconocer las necesidades y demandas del niño, en cualquier etapa de su desarrollo y, si es necesario, efectuar las consultas correspondientes.

**Palabras clave:** entrevista pediátrica, baja estatura, hipocondroplasia, desarrollo del yo.

### SUMMARY

The practice of pediatrics includes the interaction with the parents in order to understand the complaints and symptoms of the patients. The present report is based on a child with short stature due to hypochondroplasia, an autosomic dominant syndrome with no other major problems. Since the moment of diagnosis, made when the child was three years old, the father (suffering from the same disease) insisted during the 15 years of follow up, on the need of doing any treatment leading to increase his son's stature. After the follow up, the patient, now 18 years old and with a mature height of 143 cm, refused the pediatrician's proposal of carrying out a leg lengthening surgical procedure for increasing his height. The boy had had a successful school period, was attending an university course on engineering, and experienced a well adapted and integrated social life. Retrospective analysis on the family dynamics showed a conflict among the boy's actual needs, his mother's acceptance of the problem, and the compulsive claims of the father, full of guilt and frustration. The father's behaviour is analyzed from a psychoanalytic perspective, unravelling the unconscious components of his narcissistic claim. This case exemplifies the complexities lying underneath an apparently simple pediatric consultation for short stature, but its psychoanalytic considerations can be applied to any other pediatric problem. The practice of pediatrics requires the effort of discriminating the problems of the patients him/herself, from their parental perception. In order to fulfill this end, it may be necessary a deeper insight into the family dynamics, and in some cases a specialised opinion.

**Key words:** hypochondroplasia, pediatric interview, short stature, development of the self.

ARCH ARG PEDIATR / 1998 / VOL. 96: 251

Si bien el eje y centro de atención de la consulta pediátrica es el niño, debido a las limitaciones en su capacidad de expresión, presentes sobre todo en sus estadios evolutivos iniciales, el pediatra se basa en

gran medida en la información brindada por los padres para evaluar y resolver sus problemas de salud. Esto es tanto más así cuanto menor es la edad del niño. A medida que éste se desarrolla, recogemos mayor información directamente de él. Habitualmente, los conflictos relatados por los padres y por los niños son coherentes o complementarios entre sí. Aunque necesariamente debe haber matices diferenciales, en general, los padres coinciden con los hijos en los aspectos globales de los problemas de salud de estos

\* Servicio de Crecimiento y Desarrollo. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". UBA.

\*\* Departamento de Salud Mental. Facultad de Medicina. UBA.

Correspondencia: Dr. Horacio Lejarraga. Servicio de Crecimiento y Desarrollo. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Combate de los Pozos 1881. (1245) Buenos Aires.

últimos. Sin embargo, hay casos en que los problemas, expresados por los padres y por sus hijos son diferentes. En este sentido, la diferenciación de un problema de salud, o del impacto de este problema sobre la salud general del niño y su calidad de vida, desde la perspectiva de los padres y del niño, es una genuina tarea pediátrica, y de la mayor importancia.

En este trabajo se describe un paciente con baja estatura, rasgo físico con fuertes connotaciones psicosociales, en que las diferencias entre las demandas planteadas por los padres y por el niño son grandes, analizándose los aspectos subyacentes de la dinámica familiar desde dos perspectivas: pediátrica y psicoanalítica. Pensamos que su análisis en forma interdisciplinaria puede contribuir a una mejor comprensión de la complejidad que hay tras de una aparentemente simple consulta por baja estatura. Los conceptos aquí vertidos, así como los elementos técnicos que se ponen en juego son, a nuestro modo de ver, aplicables a las consultas pediátricas por cualquier otra causa.

### Descripción del paciente

Se trató de un niño de 4 años de edad, cuyos padres consultaron por primera vez por baja estatura, buscando un diagnóstico específico, luego de haber hecho varias consultas a otros médicos. Primer hijo de una fratria de 3, tenía un déficit de talla de -4,00 desvíos estándar (DE), el examen físico mostraba miembros discretamente cortos, una ligera macrocefalia y una depresión del puente nasal. Nacido de un embarazo a término de 40 semanas, hijo de padres jóvenes. La estatura materna era de 162,0 cm y la paterna de 143,0 cm. Las radiografías tomadas al niño y al padre en la primera consulta confirmaron el diagnóstico de hipocondroplasia<sup>1</sup> en ambos. El árbol genealógico mostró también una abuela paterna afectada. La maduración psicomotriz del niño era completamente normal y no refirió haber tenido enfermedades importantes. Tratándose de una enfermedad que se transmite en forma autosómica dominante, se hizo el asesoramiento genético, informando a los padres que la probabilidad de tener un nuevo hijo afectado era del 50%. Los padres, ante la definición de un diagnóstico preciso que los tranquilizaba, plantearon algún tratamiento para aumentar la talla del niño, a lo que se respondió que no había en ese momento un tratamiento efectivo para ello.

El niño fue seguido durante 15 años, período durante el cual ocurrieron los siguientes eventos:

1) El niño manifestó una cierta preocupación por ser el primero de la fila en la escuela, pero sin que ello le trajera problemas de

importancia.

- 2) La madre no mostró demasiada preocupación, manifestando en todo momento su confianza en el futuro del hijo.
- 3) El padre, en cada una de las 23 consultas mantenidas en 15 años, reclamó insistentemente un tratamiento para mejorar la estatura del hijo; hacía llamadas telefónicas nocturnas para pedir información adicional sobre las entrevistas mantenidas durante el día, concurrió a la consulta reiteradas veces con recortes de diarios sobre crecimiento, y propuso viajar al extranjero. La insistencia del padre en hacer algún tratamiento produjo en el médico un sentimiento de exigencia y a la vez de frustración.
- 4) La madre se embarazó por cuarta vez queriendo proseguir el embarazo. El padre se opuso y le propuso al médico hacer una punción de líquido amniótico y fraguar un diagnóstico de hipocondroplasia in utero, aun habiéndosele informado que esta enfermedad no es pasible de diagnóstico prenatal. El objetivo de esta propuesta del padre era convencer a la madre de que interrumpiera el embarazo.
- 5) Mientras tanto, nuestro paciente experimentaba una escolaridad normal, aprendía a navegar y llevaba una vida social normal. Su crecimiento se muestra en el *Gráfico 1*.
- 6) Cuando el paciente cumplió 18 años, se mantuvo una entrevista con los padres (sin el niño) para plantearles que, habiéndose desarrollado con éxito técnicas quirúrgicas de elongación de miembros inferiores para aumentar la estatura y, dado que el paciente cumplía con las condiciones requeridas, era pasible de este tratamiento. El padre aceptó con mucho entusiasmo y la madre lo hizo "a condición de que mi hijo quiera".
- 7) Se citó al niño y se obtuvo la siguiente respuesta:  
"Doctor, yo no me quiero operar, yo tengo novia, amigos, soy campeón de navegación a vela, estudio ingeniería. Antes tenía algún problema en la escuela, pero me los banqué. Yo ahora estoy muy bien".
- 8) Frente a esta respuesta tan categórica, como médicos quedamos bastante sorprendidos, el padre quedó muy desilusionado y la madre, en cambio, aceptó los deseos de su hijo.
- 9) Se citó a los padres para una entrevista grabada, a los fines de hacer un análisis retrospectivo de la historia del paciente y sus padres.

### Entrevista final a los padres del paciente

—Pediatra (al padre): “¿Por qué insistió tanto y durante tanto tiempo para que se le hiciera algún tratamiento a su hijo?”.

—Padre: “No quería que sufriera como sufrí yo. El que no es común es diferenciado por la sociedad. Genera una agresión de los no-iguales.”

—Pediatra (al padre): “¿Cómo veía el futuro social de su hijo?”.

—Padre: “Siempre traté de mostrarle hasta qué punto la sociedad puede llegar a ser tan agresiva”.

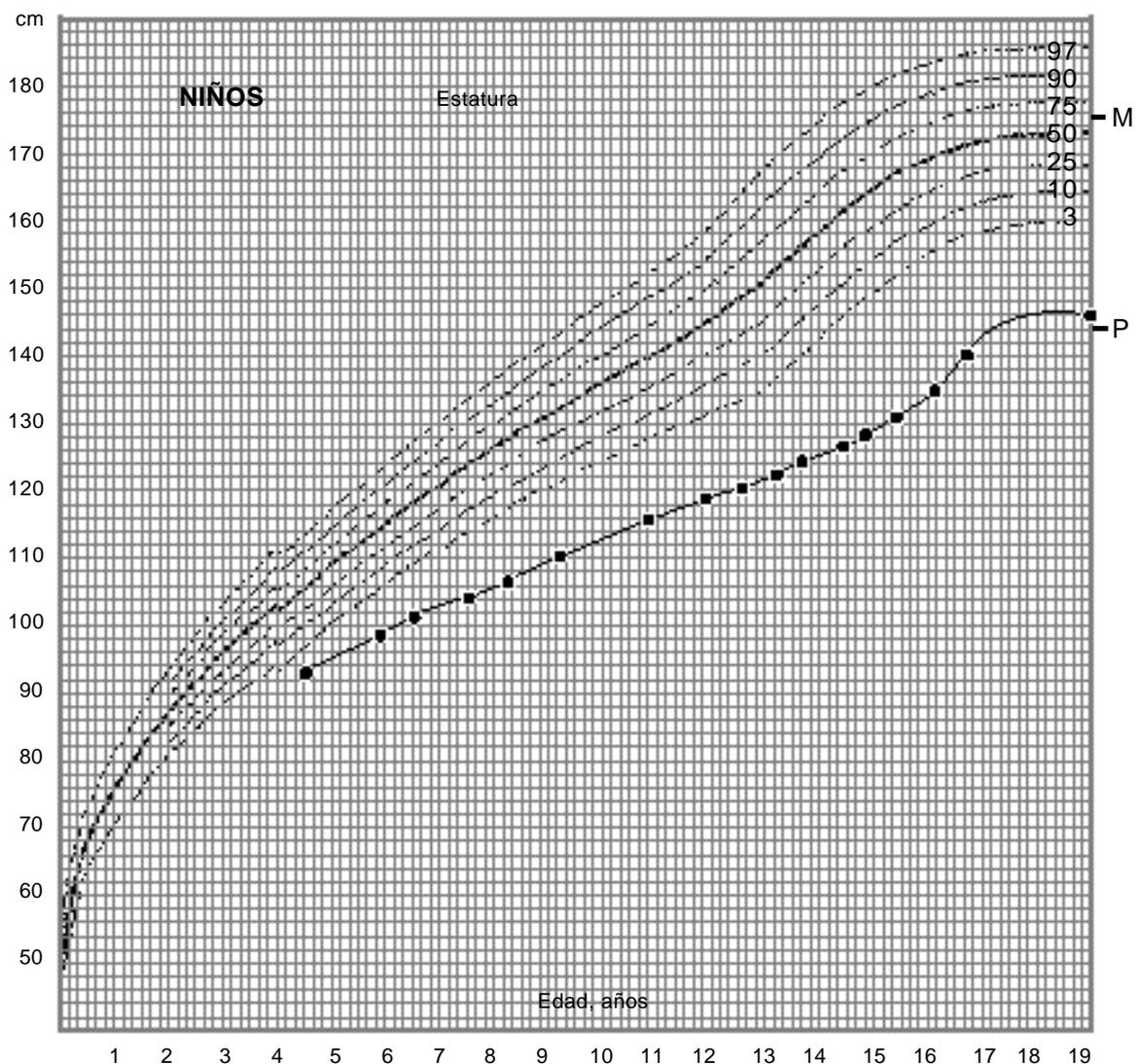
—Pediatra: (al padre): “¿Cómo pensó que él se iba a adaptar?”.

—Padre: “Tenés que ser fuerte en otras cosas, porque en lo físico no vas a ser fuerte”.

—Pediatra (al padre): “¿Por qué sufrió Ud. en la adolescencia?”.

—Padre: “Mi mujer me quiere ahora mucho más de lo que yo me quería entonces. En cambio mi madre me decía: ‘si midiera un poquito más, todo estaría mejor’”.

—Pediatra (a la madre): “¿Cómo veía Ud. la situación de su hijo?”.



P: talla del padre. M: talla corregida de la madre (talla real-12,5 cm). No se observan grandes cambios en la magnitud del déficit de talla, manteniéndose alrededor de -4 DE durante todo el período de seguimiento.

Gráficos preparados por Lejarraga, H. y Orfila J. Arch Arg Pediatr 85:209, 1987.

**GRÁFICO 1**  
**Curva de distancia de la estatura del paciente**

—Madre: “Yo lo veía muy bien, aunque otras madres me decían: ¿por qué no haces algo por ese chico?”.

—Pediatra (a la madre): “¿Cómo veía el futuro de su hijo?”.

—Madre: “Yo no estaba preocupada porque veía que él iba a ser como mi marido. Mi hijo es tenaz como el padre”.

## DISCUSION

### *Consecuencias psicosociales de la baja talla*

Los estudios dirigidos a evaluar en forma objetiva el impacto psicosocial de la baja estatura en niños han demostrado una asociación entre baja talla y baja autoestima,<sup>2</sup> así como una tendencia a asociar mayor competencia en el desempeño físico en niños de mayor tamaño.<sup>3</sup> Los adultos jóvenes visualizan a sus coetáneos bajos en forma negativa con respecto a sus coetáneos altos, y los hombres bajos se autodefinen como menos seguros, con menos confianza y menos competentes en situaciones sociales determinadas.<sup>4</sup> La estatura baja puede también tener efectos adversos en el mercado laboral en algunas sociedades<sup>5</sup> y, dado un trabajo determinado, los individuos más altos ocupan posiciones más altas.<sup>6</sup> En algunos casos de déficit nutricionales severos en grupos de población, la baja estatura puede ser considerada un mecanismo adaptativo de supervivencia.<sup>7</sup>

Con aquel marco de información científica, el paciente relatado presentaba un tipo de baja estatura que si bien se asociaba a ciertas alteraciones mínimas de las proporciones corporales, no presentaba deformaciones ostensibles, de manera tal que el problema psicosocial residía casi exclusivamente en la baja estatura. Este déficit de talla podía calificarse de severo; la estatura del niño en todo momento de su evolución estuvo a 4 DE por debajo de la media normal de la población. Se trataba de una talla que resultaba ostensiblemente baja ante la mirada de cualquier persona.

### *Momentos del seguimiento del paciente e interpretaciones*

El análisis del proceso por el cual pasaron los padres en esta historia puede hacerse sobre el esquema de tres momentos, que si bien son aparentemente secuenciales en nuestra descripción, podrían estar superpuestos en un solo plano en el espacio familiar (*Tabla 1*):

#### *Momento A*

La primera consulta hecha por la familia consistió básicamente en una demanda; una demanda

hecha por ambos padres hacia el médico, quien respondió con su saber técnico, con un diagnóstico específico, pronóstico, asesoramiento genético y oferta de seguimiento. En esta consulta hubo una satisfacción por parte del pediatra frente a la demanda de los padres, que fue homogénea y aparentemente lineal (única y sencilla).

Esto es lo que podemos llamar una demanda consciente. Si bien hay, indudablemente, componentes inconcientes de esta demanda parental que dependen de las diversas historias personales y fantasías de cada uno, en esta instancia no son manifiestos, ni contamos con elementos aparentes para pensar en su existencia. Sólo los veremos surgir más adelante.

#### *Momento B*

En el segundo momento, aparecieron nuevos fenómenos. La demanda inicial se desplegó en una serie de otras demandas; las del padre y de la madre se separaron, se diferenciaron, no coincidían. La del padre era insistente, reiterativa, insaciable. Su discurso podría expresarse así: —“Debe haber una solución para la minusvalía de mi hijo, que Ud. debe tener y dársela; o bien más allá de sus posibilidades, y yo quiero y puedo obtenerla”. Desde el saber de la Medicina, en ese momento no había posibilidades de satisfacer ese pedido. La madre no manifestaba demasiada preocupación (“yo no estaba preocupada”).

Es aquí el lugar en que se nos planteó una complejidad mayor: ¿era posible quedarnos solamente con esa “demanda explícita” o, de acuerdo a la clínica psicoanalítica, debíamos ir más allá de sus aspectos concientes y explorar los componentes inconcientes?<sup>8</sup> Eligiendo la segunda alternativa, debemos comentar el concepto de demanda un

**TABLA 1**  
***Momentos indentificados en el seguimiento del paciente***

Momento A	Demanda lineal, única, sobre el diagnóstico del problema y eventual tratamiento.
Momento B	Demandas múltiples, diferenciadas. Aparición de un nuevo sujeto (el niño, con comentarios propios sobre su problema).
Momento C	Fin del seguimiento, propuesta terapéutica. Negativa del paciente (ya maduro) al tratamiento propuesto. Nuevas demandas diferenciales de los padres.

poco más en profundidad, aun a costa de alejarnos por un momento del caso que nos ocupa.

Desde el punto de vista psicoanalítico, toda demanda conciente, explícita (en nuestro caso, las demandas expresadas por los padres) va acompañada también necesariamente de una demanda inconciente. Esta se organiza en dos vertientes: una de ellas, organizada en el mundo simbólico del sujeto consiste en una demanda de amor y es, en ese sentido, absoluta. En tanto demanda absoluta, lo que pide va siempre más allá, es algo que en ningún amante es saciado. Esta demanda se inserta en el cuerpo erógeno del sujeto, cuerpo deseante, cuerpo que los deseos maternos organizaron con sus caricias, sus palabras y sus fantasías.<sup>9</sup> La otra vertiente tiene que ver con la necesidad biológica, con el cuerpo biológico, organizado en los significados médicos y relacionado con las necesidades orgánicas, y es bajo estas formas que va a expresarse. En este caso, la necesidad de ser más alto. Por su misma estructura es natural que ambas vertientes no se complementen nunca; ambas buscan cosas distintas y dejan abierta una diferencia, un hiato imposible de llenar. En un dualismo destinado a mantenerse; ni la demanda de amor podrá ser saciada, ni esa demanda podrá dar cuenta de las necesidades. Queda abierto un espacio, una falta, que es desde donde emerge el deseo. Cuando el componente simbólico se expresa en una unidad del lenguaje, diremos que esos componentes constituyen el *significante* de la misma, concepto introducido por Lacan<sup>10,11</sup> y por la lingüística estructuralista.<sup>12</sup>

Es fácil comprender que las demandas simbólicas, el *significante* de la baja estatura para el padre (con todas las connotaciones vinculadas a los conflictos que tuvo en su infancia y adolescencia), no pueden nunca encontrarse con las *necesidades*, enraizadas en la naturaleza biológica del problema, que es la baja estatura del cuerpo de su hijo. En el caso del padre, es natural pensar que hay una organización inconciente que implica que hay algo "más allá" del pedido de aumentar la estatura, ya que el padre recibe la información objetiva de que no hay un tratamiento curativo para eso. Esa demanda está destinada a no ser satisfecha, porque lo que se está pidiendo es reparar el daño, un daño del cual el padre es responsable, ya que se trata de una enfermedad transmitida por él, quien quiere cubrir su falta, restituir su narcisismo dañado. Es casi un pedido incondicional de satisfacer todo, es un pedido de amor. Desde el punto de vista psicoanalítico se trata de una demanda *oral*, es decir, un pedido de alguien (que recibe en

forma pasiva) a alguien (que es todopoderoso) que lo da todo. Es una demanda del padre que no está dirigida al pediatra real, sino a un Otro absoluto que no está. Toda demanda dirigida a "alguien", a "otro" es, en lo inconciente, una demanda a un "Otro" simbólico, que está en el lugar donde se constituye lo simbólico, el lugar portador y proveedor de significantes que, durante la constitución del sujeto, de su personalidad, formarán (por su represión) el inconciente.<sup>12,13</sup> En nuestro caso el Otro está representado (y solo representado) por la figura del médico; hacia él se dirigen las demandas concientes e inconcientes. Los pacientes pueden atribuir al Otro una serie de capacidades, un saber científico y poderes determinados, etc. y, a su vez, se generan en el paciente una serie de fantasías sobre este Otro, que no están vinculadas a la realidad, sino precisamente a los componentes simbólicos que tienen en cada paciente sus problemas de salud y que son diferentes en cada persona.

En la madre prima la intención de satisfacer los deseos del hijo, antepone los deseos de aquél a los de ella. La madre respeta la *persona* del hijo. En el padre priman sus propios conflictos, para él, el hijo afectado es sobre todo una afrenta a su narcisismo que debe ser solucionada de cualquier manera, como veremos más adelante.

### Un accidente en el seguimiento

Durante el seguimiento, apareció un embarazo. La madre, de acuerdo al asesoramiento genético, estaba dispuesta a aceptar cualquiera de las dos alternativas (niño sano o niño afectado). El padre, en cambio, apostaba al 50% de un hijo afectado, puesto que quería a toda costa interrumpir el embarazo. No estaba dispuesto de ninguna manera a sufrir un nuevo golpe a su narcisismo. La madre, dispuesta a cualquiera de las dos alternativas, afirmaba que si ya había elegido un hombre de baja estatura, ¿por qué no habría de aceptarlo en su hijo? El padre, en cambio, ni siquiera quería correr el riesgo. Para él, el narcisismo se jugaba en la estatura. Las palabras de su propia madre —"si midiera unos centímetros más"— resonaban en sus oídos como la condición para ser querido. Pareciera que la estatura era lo único que le causaba sufrimiento, y le resultaba intolerable verlo repetido en sus hijos. Esto lo confrontaba no sólo a su padecer, a su historia, a su falta, sino incluso también a su culpa, en tanto transmisor del gen defectuoso.

Apareció también en ese momento un nuevo sujeto en el diálogo: el paciente, haciendo comen-

tarios desde sí mismo sobre las “cargadas” recibidas en el colegio, que por otra parte fueron relatadas con un escaso nivel de conflicto y percibidas por el pediatra de la misma forma.

### Momento C

El momento C puede ser caracterizado por la aparición del paciente ya maduro (desde el punto de vista de su crecimiento físico) y con una posición definida y fundamentada frente a las posibilidades terapéuticas que aparecieron y fueron planteadas por el pediatra. Volvió aquí a plantearse una nueva divergencia en las demandas. Mientras el padre apostaba a la implementación de la nueva técnica quirúrgica, la madre subordinaba todo a los deseos del hijo. Ella aceptaba la intervención quirúrgica “a condición de que mi hijo quiera”. En este sentido, podemos decir que la madre lo “pensaba” a su hijo como un sujeto, un protagonista de la situación capaz de sentir y de expresar sus deseos. Ella renunciaba a su lugar de demandante para enfatizar que el sujeto de quien se hablaba era su hijo; lo que decidía era el deseo y la demanda de él. En cambio, el discurso del padre prescindía o enmascaraba la demanda del paciente. En las actitudes del padre, los deseos de su hijo estaban ausentes pero estaba el temor de que se repitiera en los hijos no sólo su defecto físico, sino también su sufrimiento. Podemos agregar que en ese discurso paterno, también estaban ausentes los deseos de la madre. Así, la madre parecía estar más cerca de una posición que le permitía pensar en su hijo, mientras el padre estaba fijado en las trampas del narcisismo, cabalgando permanentemente entre la culpa y la frustración. La insistencia del padre sobre ese Otro, personificado por la Medicina, lo llevaba incluso a que se interviniera sobre el cuerpo de su esposa (interrupción del embarazo), aún utilizando la mentira y llevando las cosas al margen de la ley y de la moral. Había en todo esto, además, un componente que va “más allá del principio del placer” tal como fuera enunciado por Freud en 1919,<sup>11</sup> y que tiene que ver con el Goce, entendiendo por Goce a “un cierto placer en el dolor, en el sufrimiento”, en este caso, en las propuestas de intervenir sobre el cuerpo imperfecto y sufriente del hijo.

### Sentimientos y conducta del pediatra

En el momento A, luego de la primera consulta en la que se hizo el diagnóstico, el pediatra sintió que su figura se había consolidado al hacer un diagnóstico que no había sido hecho antes y que se había reforzado la relación médico-paciente.

En el momento B, cuando aparecieron nuevas demandas, y ante la intensidad de las demandas paternas, comenzó a instalarse en el pediatra un sentimiento de sobreexigencia para aumentar la talla del niño.

En el momento C, cuando apareció una alternativa terapéutica, la conducta médica ortodoxa, basada en la literatura científica, hubiera recomendado enfáticamente la intervención quirúrgica, apoyándose en la actitud del padre, insistiendo sobre la madre y el paciente. Sin embargo, el pediatra no aplicó el criterio de riesgo (social, psicológico) y respetó los deseos del paciente, apoyándose en la actitud materna. No obstante, luego de tantos años de sentirse sobreexigido por el padre, no dejó de sentir sorpresa ante la negativa del propio paciente, un adolescente maduro, y se arrepintió un poco de haberse sentido tan exigido durante tantos años, para luego tener este final.

Es cierto que en todo momento se exploró el desempeño social del paciente, su rendimiento escolar y comportamiento, sin encontrar ninguna perturbación ostensible y se mantuvo una buena relación médico-paciente como para que éste pudiera expresar siempre los conflictos eventuales surgidos de su baja talla. Pero en este caso, todo esto no fue suficiente para predecir la respuesta que el paciente tuvo a los 18 años, frente a la propuesta terapéutica.

### Los deseos del niño y los de los padres

En la introducción de este artículo decimos que “debido a las limitaciones en la capacidad de expresión del niño...”. Sin embargo, después de todas las consideraciones precedentes, debemos decir que *no solamente* es debido a estas limitaciones que el niño no puede expresarse completamente, sino que hay en mayor o menor grado, por lo menos, otros dos tipos de limitaciones: por un lado en las etapas iniciales del desarrollo posnatal el Yo es incipiente, aún el niño no está en el primer año de vida totalmente *individuado* y sus vivencias están confundidas con las de la madre (Winnicott dijo: “¿Un bebé? no hay tal cosa independiente de la madre”),<sup>14</sup> por otro lado, incluso en etapas ulteriores, con un yo formado, hay necesidades, deseos del niño inextricablemente ligados a las necesidades y deseos de los padres, o esencialmente provenientes de ellas. ¿O acaso aun en niños mayores no son en muchos casos las palabras de los padres (o quienes ocupan su lugar) su propio modo de expresarse? Es evidente que en muchas situaciones (hasta en la adolescencia), es el niño mismo quien forma parte de las fantasías de los padres.

## CONCLUSIONES

Pensamos que el análisis de este paciente puede contribuir a comprender mejor la complejidad de una consulta médica aparentemente simple o del seguimiento de un paciente. Los médicos somos profesionales que nos ocupamos de atender las demandas de personas que están afectadas por problemas de salud; lo que surge como ostensible son las demandas y es precisamente por esto que varias son las recomendaciones que merecen hacerse. Por un lado, debemos escuchar a nuestros pacientes, evaluar el impacto que la enfermedad tiene sobre ellos, cómo "viven" o sufren su enfermedad. En este caso, la diferenciación entre los *problemas* del paciente (serie de alteraciones definidas por el médico) y los *padecimientos* (aspectos de la enfermedad que hacen sufrir al paciente, *desde su perspectiva*)<sup>15</sup> y su adecuada jerarquización es decisiva. En segundo lugar, debemos pedir opinión al paciente sobre las medidas terapéuticas que vamos a tomar, aunque ellas tengan una indicación absoluta según nuestros códigos y normas. En tercer lugar, debemos saber que detrás de las demandas explícitas que nos plantean los pacientes se encuentran las fantasías y deseos, concientes e inconcientes, que están siempre actuando en la relación médico-

paciente. Cuanto más capaces seamos de descifrar estas fantasías y deseos, mejor podremos ayudar a nuestros pacientes. No se trata de hacer cursos cortos de psicoanálisis (esto puede ser sumamente peligroso para los pacientes), sino de escucharlos más, de ir un poco más allá del significado inmediato de las palabras y, en algunos casos, consultar a quienes puedan ayudarnos.

■

## BIBLIOGRAFIA

1. Lejarraga H, Malvarez H. Hipocondroplasia, una causa de baja estatura. Arch Arg Pediatr 1982; 80, 225-234.
2. Smith DW. Psychologic aspects of short stature. Growth and its disorders. Philadelphia: WB Saunders Co, 1977: 118-119.
3. Eisenberg N, Roth K, Bryniarsky KA. Differences in relationship of height to children's actual and attributed social and cognitive competence. Sex Roles 1984; 11: 719-734.
4. Martell LF, Biller HB. Stature and stigma: the biopsychosocial development of short males. Lexington: DC Heath and Co, 1987.
5. Deck L. Short workers of the world unite. Psychol Today 1971; 5: 102.
6. Schumaker A. On the social significance of stature in human society. J Human Evol 1982; 11: 697-701.
7. Bergman RL, Bergman KE. Nutrition and Growth in infancy. En: Falkner & Tanner. Human Growth. A comprehensive treatise. Cap 17, 389-414, 1986. USA: Plenum Press, 1986: 389-414.
8. Freud S. El Yo y el Ello. En: Freud S. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1976, tomo 19.
9. Yospe J. Clases de Salud Mental. Dpto de Salud Mental, Fac. de Medicina. UBA. Curso 1976, Hospital de Vicente López, Pcia. Buenos Aires.
10. Lacan J. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Madrid: Barral Editores SA. 1974.
11. Beckerman J. Psicoanálisis ilustrado. Buenos Aires: Emecé, 1996.
12. Saussure F. Curso de lingüística general. Buenos Aires: Losada, 1975.
13. Freud S. Más allá de principio del placer. En: Freud S. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu 1976, tomo 16.
14. Winnicott J. The constitution of the self. En: Davies & Dobbing. J. The Scientific Foundations of Paediatrics. London: WC Saunders, 1988.
15. Gianantonio C. La entrevista pediátrica. Dep. de Pediatría. Hospital Italiano, Conferencia, Abril 1984.