

REGRESIÓN: DISCUSIÓN DE LA PONENCIA DE J. SKLAR

Pedro J. Boschan

El rol de Discutidor de una ponencia es algo muy peculiar de experimentar; pues por un lado uno está en la difícil situación de refrendar lo que ha pensado alguien, y por otro lado uno debe exponer sus propias ideas; creándose una curiosa situación que a veces lo lleva a uno remarcar más las diferencias con un otro por sobre lo mucho en qué uno ha coincidido con él.

A los efectos de encuadrar lo que estamos discutiendo, quiero señalar que de los distintos conceptos implicados en el término Regresión, aquí nos ocuparemos fundamentalmente de la Regresión Formal en la transferencia, cómo instrumento para el abordaje en pacientes gravemente regresivos. De los tres tipos de regresión descriptos por Freud: **tópica, temporal y formal**, la primera pertenece netamente al ámbito de lo **intrasubjetivo**; en cambio, la regresión formal y en cierto modo la temporal, implican la regresión a un determinado modo de vincularse, entrañando una concepción **intersubjetiva**. Es esta misma diferencia la que hallaremos en muchas de las conceptualizaciones ulteriores sobre la Regresión: donde muchas de ellas, (por ej. Balint, Winnicott, Knapp, Searles) se refieren a una situación regresiva en un vínculo; en tanto que otras, por ej: como la de Kris, la describen desde adentro del sujeto. No es sorprendente, entonces, que los autores que enfatizan la concepción vincular de la regresión, sean los mismos que enfatizan la importancia de la disponibilidad del otro, del entorno, para hacer posible esta regresión terapéutica. Todo lo anterior nos lleva ineludiblemente a considerar lo que Ferenczi denominaba “la metapsicología del analista”. La regresión pensada así implica un fenómeno de interdependencia, y sin duda fue Ferenczi el primer psicoanalista en señalarlo.

También parece claro que el rol fundamental que Ferenczi atribuye a la regresión terapéutica, está claramente vinculado con su modo de reconceptualizar el trauma en la psicogénesis. En los pacientes severamente traumatizados la regresión está al servicio de revivir el trauma en la transferencia, siendo el único modo de hacerlo abordable por la pareja analítica; ya que la fragmentación psíquica que produce el trauma, lo hace mentalmente irrepresentable, y por lo tanto no este puede acceder a la superficie psíquica a través de las asociaciones o los sueños, cómo lo haría el material neurótico. Esto nos permite comprender porqué, en aquellas teorías que privilegian en la construcción de la realidad psíquica fundamentalmente el rol de las pulsiones y su devenir, se enfatiza más el aspecto “obstáculo” de la regresión: en efecto, ella tiene sentido terapéutico sobre todo si se busca un vínculo traumático que pueda ser modificado analíticamente al revivirse, re-experienciarse en una situación privilegiada; si se piensa qué en el modo de vincularse del sujeto con el otro son las pulsiones y las profantasías las que juegan un papel determinante, la regresión conduce a una situación repetitiva inmodificable por la reacción del medio.

La situación analítica en sí implica una regresión, tanto para el paciente cómo para el analista: para el primero, al llevarlo a aceptar una dependencia que significa dejar fuera de acción los mecanismos de censura, adquisición tardía en nuestra vida psíquica; y confiar (se lo logre o no) en un otro como receptor y codificador de nuestros aspectos más primitivos. Pero también lo es para el analista, en tanto demanda que éste despliegue su propio inconciente, cómo órgano receptor “para los derivados del inconciente que le son comunicados” (S.E. 12 115-116), -recordemos que la Atención

Flotante es la contrapartida de la Asociación Libre-. Y, si esto es así, en el análisis del paciente neurótico, esta demanda será de una regresión mucho mayor si lo es en el paciente gravemente traumatizado: la regresión qué ya no sólo exige desplegar nuestra atención flotante, sino aceptar y tolerar un cierto grado de

desestructuración psíquica (y hasta de repercusión corporal) que es requerida para poder acoger y procesar estos estados mentales tan arcaicos. Esto implica, sumar a la necesidad de ser receptivo aquello que en otro trabajo he denominado Comunicación Arcaica, y que refiere a aquello que moviliza en el analista elementos no representacionales mucho menos controlables racionalmente y por lo tanto, más amenazantes para su sentimiento de identidad. En este sentido, tomando el concepto de Bion, la función continente de la mente del analista implica poder no solamente entender y acompañar la transferencia regresiva, sino poner nuestra propia mente a “disposición” de este material para poder ser procesado. En este sentido, la vívida descripción que hace Bion de la falla de la función reverie de la madre

-que le devuelve al bebé cómo “terror sin nombre” las proyecciones que no pudo procesar-, se asemejan mucho a las descripciones que hace Ferenczi de la reiteración del trauma primitivo por la no receptividad del analista⁽¹⁾.

En mi discusión, comenzaré reseñando mi lectura del excelente trabajo del Dr. Sklar, con algunas apostillas; luego contrapondré mi visión personal. El Dr. Sklar señala las divergencias entre Freud y Ferenczi con relación al rol de la Regresión en el análisis y, en consecuencia, al modo de manejarlo; en consonancia con los distintos énfasis otorgados al revivir, re-experienciar cómo parte del proceso terapéutico de pacientes graves. También sagazmente, el Dr. Sklar, lo correlaciona con una diferencia fundamental en cuánto a la teoría de la transferencia, en tanto para Ferenczi ella es entendida a la luz de las intersubjetividades combinadas del paciente y el analista.

Señalaré algunas apreciaciones sobre este punto, es decir sobre la comprensión de la regresión cómo una experiencia intersubjetiva, y luego voy a retornar a mis comentarios. Pienso, que es coherente con esta posición concebir la actividad del analista no sólo cómo interpretativa, sino también como la de un soporte de la regresión. Yo, esto lo relaciono con los conceptos de Balint acerca de cómo el analista promueve o posibilita la regresión y cómo la administra; y pienso al respecto que vale la pena aludir a la idea de Balint de qué esta regresión es posible cuándo el paciente puede resignar los servicios cuidadores de su falso self y depositarlos en su terapeuta. De igual modo, debemos considerar la relación entre el concepto de trauma y el de regresión, y de paso recordar la advertencia de Balint del riesgo de verse ubicado en el rol del objeto omnipotente u omnisciente. En mi opinión, todo esto nos lleva a replantearnos la idea de acto analítico.

El Dr. Sklar ilustra su exposición con la presentación del material clínico de dos pacientes: la Sra. B, una mujer esquizofrénica frente a la cuál se plantea las dificultades de mantenerse en contacto con algunos de los estados de regresión patológica de la paciente; y algunas cuestiones técnicas en relación a la posición del analista, incluyendo la dificultad para poder diferenciar si el trauma inicial expuesto por la paciente “realmente ocurrió en algún momento, o fue sólo un sueño” o una alucinación.

La segunda paciente la Sra. A que presenta, es una histeria grave. Aquí se resalta la función defensiva de la erotización de la transferencia con la característica ambivalencia hacia lo fálico; estructura esta que encubriría una vivencia de vacío, transferida a la situación analítica. Su identificación femenina referiría a un estado vacío, representativa de la mente narcisista de la madre, por ello el autor lo refiere a “la madre muerta” de A. Green.

El Dr. Sklar compara el modo en qué ambas pacientes atacan, anulan o destruyen la interpretación; equiparando este “NO” de ambas pacientes a un instinto destructivo. (en mi opinión, una explicación “instintiva” de esta destructividad, me parece diametralmente opuesta a concebirlo como la internalización de destrucciones traumáticas, qué entiendo es la concepción de Ferenczi. Precisamente esta dialéctica entre lo instinto y lo traumático es uno de los ejes fundamentales de la controversia).

Sklar aporta para ambos pacientes un vívido cuadro de su representación mental del objeto materno, y describe en el caso de la de la Sra. B, que se trataría de una organización perversa o psicótica, en tanto en el caso de la Sra. A, se trataría de una organización narcisista con mecanismos de aislamiento. El, no

1.- Esto se agravará si consideramos, desde una perspectiva vincular o intersubjetiva, que la mente del otro, madre o analista, no sólo tiene una función continente, sino es la sede de su propia conflictiva.

se refiere a la representación del objeto paterno, e interpreta la estructura psicopatológica de los pacientes como santuarios en los que se mantiene viva a la propia madre. Su “no” al trabajo del analista debe estar al servicio de evitar el duelo.

Con respecto a la Sra. A, Sklar comenta que solo cuando la paciente está en condiciones de experimentar en el análisis un estado de regresión profunda a un estadio precedente, comienza a comprender su propio deseo de una falsa solución fálica. Si bien esto no se observa en el material presentado, debe provenir de otros momentos del análisis. Finalmente el Dr. Sklar concluye su trabajo con un comentario sobre la contratransferencia, subrayando la dificultad del analista de contener y transformar la experiencia frente a una paciente que espera y provoca los mismos ataques que ha sufrido en su historia, proyectándolo en la mente (y como he señalado, también en el cuerpo) del analista, y además, nos señala la necesidad de estar muy atentos a los deseos contratransferenciales de venganza en el analista, y al riesgo de que se puedan traducir racionalmente. Junto con excluir del proceso analítico a la paciente, rotulándola como “no analizable” Él señala el “horror al conocimiento” como una posible respuesta que la paciente puede evocar en el analista.

Querría aquí recordar que, en términos de Ferenczi es necesario un cuidadoso “dominio de la contratransferencia” de modo de no promover nuevamente el precoz trauma original del paciente, y distinguirlo del “asesinato que es inevitable repetir” que tan bien ha descrito en su Diario Clínico.

Mis comentarios:

Para un analista, hacer comentarios sobre el material clínico de un colega es una situación muy difícil: es cómo tratar de hacer la apreciación artística de un cuadro, habiéndolo visto por unos segundos en una diapositiva, sin saber donde se encuentra expuesto o cómo se lo fue pintando; uno desconoce mucho más de lo que conoce. Y sin embargo, cómo la presentación del material clínico constituye, a mi juicio, el eje vertebral de su exposición, me es inevitable usarlo cómo referente. Sin embargo, en mis comentarios sobre el material, intentaré ceñirme exclusivamente a lo que hace a nuestro tema, resistiendo heroicamente la tentación de entrar en una discusión clínica minuciosa. Ante todo quiero expresar mi honda admiración por la valentía, la profunda dedicación y capacidad analítica de Jon, lo que le permitió llevar adelante con tanta solvencia un análisis tan difícil cómo el de la Sra. B.

Comenzando por este caso: ¿qué queremos decir cuándo hablamos de su regresión?

¿Las voces, las alucinaciones son fenómenos regresivos en el sentido que repiten una situación previamente vivida, a un trauma que la psicotizó, o son mecanismos psicóticos de un desarrollo desviado? Balint señala la necesidad de diferenciar la desintegración de la esquizofrenia de la regresión profunda; a la vez que señala a la regresión profunda esquizofrénica cómo algo totalmente diferente de la que refiere a la falta básica. Por otra parte si consideramos, cómo yo lo hago, qué el trauma es una imposición de violencia a una mente indefensa, las voces deberían ser consideradas cómo una reconstrucción delirante de la situación traumática⁽²⁾.

Desde esta perspectiva, yo diría que la Sra. B, vive permanentemente en un estado de regresión psicótica; pero que puede **hacer una regresión terapéutica** cuándo, por ej., el analista puede contener el sentimiento de horror, de odio, de temor a verse arrastrado a la locura (¿Síntomas físicos?) y la paciente, (cf. pag. 7) detecta por su postura y su interpretación qué él está con ella, y que la comprende siendo ella quien es; esto produce un cambio en la sesión, y la sesión cambia. Esta regresión terapéutica implica varias cosas: Balint diferencia la regresión en busca de la gratificación (libidinal) y la regresión que busca su reconocimiento. Aquí claramente nos hallamos en este ultimo caso, y en este sentido el ser reconocida siendo ella quien es, y no cómo el objeto de las depositaciones del otro, es parte de lo novedoso de la experiencia. La regresión al reconocimiento implica dos aspectos aparentemente paradójales: la vivencia que hay un Otro para quien

2.- En este sentido, el desarrollo de un falso self y la esquizofrenia serían dos soluciones diferentes al trauma: en la primera, disociación mediante, se constituye un falso self: en la segunda hay una distorsión delirante de la situación traumática, una versión delirante; por ello dice Ferenczi que en todo delirio hay un resto de verdad. Desde una concepción vincular uno diría que es la única manera aceptada en la estructura de expresarlo; en la otra se lo desmiente como en el fetichismo, mediante una escisión.

yo existo, y al mismo tiempo un cierto tipo de unión inconciente con este otro, qué es radicalmente diferente de la vivencia de invadir-ser invadido mentalmente, propia de los procesos más psicóticos. Esta vivencia de ser, es la que experimenta contratransferencialmente la mente del analista, qué debe poder contenerla y transformarla mentalmente para qué la situación regresiva devenga terapéutica.

Esta cierta indiscriminación al cuál el analista se permite regresar, es lo qué le permite captar sin palabras el grado en qué la paciente se hirió al cortarse, o a poder anticipar el ataque con el cuchillo. A mi entender, cuándo el analista, o en su momento la madre, no pueden tolerar este grado y tipo de indiscriminación, desarrolla respuestas contratransferenciales de hiperdiscriminación, obliteración del otro, o una inhibición contratransferencial del deseo de curar. Esto, qué yo he descrito en un viejo trabajo sobre transferencia narcisista; creo qué en cierto modo es lo que existe en el trasfondo de los reproches de Ferenczi a Freud con respecto a su propio análisis, y que también, es algo qué se encuentra en la raíces de las aproximaciones “anti-regresivas” en el campo psicoanalítico.

Otro aspecto, que me gustaría considerar es la compleja interrelación entre regresión y repetición. En la regresión terapéutica está implicado un mecanismo repetitivo, pero al mismo tiempo hay una búsqueda ambivalente de algo nuevo, algo diferente. Cuándo la paciente se lleva la grava del jardín del analista para contrarrestar las voces; cuándo encuentra un refugio en el hiato entre la pared y el cuadro, está estableciendo un nuevo tipo de vínculo, un nuevo comienzo.

En este sentido es fundamental que consideremos con qué idea de trauma y de repetición estamos operando. En la obra de Ferenczi, cómo lo señale en otro trabajo, hay dos conceptos entrelazados de trauma: el del trauma cómo evento⁽³⁾ (violación, por ej.), pero también el de la imposición violenta a la mente del otro de una interpretación distorsionada de la realidad. Por ello Ferenczi señalaba dos tiempos del Trauma, siendo el segundo tiempo la desmentida impuesta violentamente a la mente del niño (nadie te violó, por ej.). Esto es importante a tener en cuenta, para no caer en la ingenuidad de suponer que lo que se repite en la sesión y lo qué se modifica terapéuticamente es exclusivamente **el evento traumático**; y esto nos lleva a cuestionarnos, junto con el Dr. Sklar, cuándo se pregunta (pág. 9) acerca de la realidad de la paidofilia parental, que en otros momentos parece aceptar cómo un hecho; o cuándo se pregunta si el trauma inicial ocurrió realmente o fue un sueño, o quizás una alucinación. A mi juicio lo que se repite es indudablemente la situación de violencia mental, encarnada en forma delirante por la voz que le ordena cortarse, o en la transferencia por el “No” con el que la paciente anula la interpretación.

A propósito de los cortes, que es un elemento tan impactante del curso de este análisis y de la vida de la paciente: creo que es importante discriminar dos clases de actividad: los tajos que ella se hace en la piel, creando nuevos orificios que comunican su interioridad con el exterior. En mi opinión, creo que son de otro orden que el de la exploración de su vagina y ano -orificios ya existentes que ella percibiría cómo sitios perversos-, a mi entender implican dos sentidos completamente diferentes de su relación con su analista.

Del mismo modo, me parece qué su exploración del cuadro no sólo es para encontrar una hendidura dónde poner su Yo a salvo; sino que también está explorando una nueva posibilidad, la de que se puede estar junto a... (la pared en este caso) sin que se esté fusionado o haya una penetración violenta en el otro. Me parece que a esto se refiere Jon, al señalar una disminución de la tensión al no ser vuelto a actuar el pasado en la pareja analítica (pág. 8). Esto sólo puede ocurrir, en mi perspectiva, cuándo el analista pudo contener y transformar los elementos fragmentados, informes, de la mente del paciente, y logró devolverlos de un modo más discriminado.

La negativa de la Sra. B a alimentarse, nos recuerda a Orpha, el paciente griego de Ferenczi; pues en ambos, se observa una transformación descalificante del alimento analítico; la Sra. B parece decir, yo me lo trago pero lo transformo en caca. Por otra parte, los sueños y/o alucinaciones en las que ella presencia pasivamente ataques extremos, imaginanizan su extrema disociación; representando la versión en psicótico de las permutaciones que Freud describe magistralmente en pegan a un niño.

Quisiera referirme, a continuación, al sueño del embudo. El analista, inicialmente, lo comprende cómo

3.- Véase: ¿Qué es lo traumático? Una agresión o sus consecuencias DC pag. 249.

la persecución por un genital combinado, en una concepción kleiniana de objeto parcial. Contrariamente a su modalidad, razona con la paciente, explicándole que podría salir por el otro lado. La paciente acepta esta interpretación, y trae el “recuerdo” de ser quemada por el padre con algo que le pone en la vagina. Aquí la interpretación vira hacia la teoría traumática, no sé si tomando el “recuerdo” como algo que realmente ocurrió. La siguiente interpretación del analista refiere el sueño fantasía a la situación analítica; en mi opinión, es posible que la paciente hubiese estado expresando su temor a quedar atrapada en otro no continente y desaparecer. Personalmente, me recuerda la definición de embudo que hizo una vez, hace muchos años, un niño: es nada, rodeada de hojalata (hoy sería de plástico). Me parece que ello puede expresar también una vivencia transferencial de ser dominada, de sentir que se le meten algunas interpretaciones como el agua caliente en la vagina, que la escaldan porque no las puede procesar. (¿versión delirante de la calentura?). Esta vivencia es registrada por el analista cuando unos párrafos más abajo (pag. 12 al pie) le interpreta que cuando él le habla, la paciente puede percibir la frase como un objeto (device) que la penetra.

En cuanto a la paciente A, me resulta más difícil referirme el material al tema que nos convoca; pues aunque aparece referido por el autor, yo no registro en el material expuesto momentos de regresión terapéutica. Si veo claramente lo que David Liberman describió en sus estudios sobre comunicación y psicoanálisis como **distorsión semántica**: esto es una distorsión inconciente del sentido del tratamiento. Pienso, que para la paciente, su cura está asentada en la fantasía de una fusión erotizada. El Dr. Sklar parece sorprenderse (pag. 14) de que esta erotización⁽⁴⁾ no se acompañe de una real penetración mental; pero creo que ella ocurre precisamente para evitarla. Pareciera que el Dr. Sklar supusiera que la regresión -más allá de la estructura sadomasoquista- llevará inevitablemente a la vacuidad de la relación madre-bebé, trasladada a la transferencia-contratransferencia.

A mi esta suposición me parece válida, aunque no aparezca en el material presentado. Las interpretaciones también aparecen en el nivel de lo fálico, de la castración, es decir que están en un nivel neurótico; como diría Balint, más acá de la falla básica. La paciente parece organizar su análisis en torno a una fantasía, la de que su falta básica se va a llenar en la fusión erotizada; esto es evidente en el sueño, donde la pasión está en la fusión narcisista con el hermano; (recordemos a Narciso besando su propia imagen, pero fálica) mientras que el análisis queda al margen, no le importa. Las interpretaciones del analista de cómo ella vive su castración, son equiparadas al deseo materno de un hijo con falo, y el decreto de inexistencia si esta condición narcisista no es cumplida.

Creo que en este punto es importante introducir una diferencia teórica significativa entre Ferenczi y Balint. Estamos acostumbrados, por muy buenos motivos, en pensaren una continuidad entre sus pensamientos; pero Ferenczi fue el analista que planteó por primera vez la importancia del deseo parental y la intersubjetividad. En el “Niño no bienvenido...” y la “Confusión de lenguas...”, él plantea el rol determinante de los deseos de los padres para con el hijo; y esto me parece importante diferenciarlo de su función de objetos de satisfacción, que es el aspecto más enfatizado por Balint (quizás por vivir en el Londres de las relaciones objetales). Creo que en esta paciente, de estructura histérica, el considerar a los padres como deseantes permite una concepción vincular que amplía el campo, y da cabida al orden simbólico. ¿Qué sabemos del padre? Sólo que la paciente se sentía desmesuradamente cercana a él. Pero, también relata que esta pareja deseaba un hijo varón; ¿de quien era este deseo? ¿Qué y quien era este padre para la madre, a quien describe como desdeñando a las mujeres como a los hombres? ¿Hubiera tenido que ser esta niña el falo que la madre deseaba para sí, y la vemos identificada con este deseo? Cuando el analista le interpreta (pág. 16) “Eso falta y eso se siente sin esperanza, y su envidia le impide apreciar lo que Ud., es”, se presta a que la paciente lo sienta como esta madre reprobante y descalificatoria.

Esta consideración acerca de los padres como deseantes también es válida con la Sra.

B. Más allá de las atrocidades concretas que pudieran haberse cometido contra ella, es evidente que al haber transcurrido su infancia en una estructura intersubjetiva psicótica o perversa donde falla o falta el

4.- Recordar como Ferenczi señala, a propósito de la paciente R.N., como la erotización encubre la hostilidad. Ver también Speziale R. Contratransferencia.

orden simbólico, tiene en sí mismo un efecto psicotizante. Creo que aquí es donde podemos pensar en el entrecruzamiento entre lo estructural y lo eventual ó histórico, que a mi juicio es fundamental en esta tarea de reconceptualizar que nos convoca. Ferenczi fue el primer analista en advertir la permeabilidad del niño pequeño a los procesos inconscientes de los padres, o del paciente en regresión a los deseos inconscientes del analista. Yo pienso que esta permeabilidad se amortigua o reprime notablemente, en condiciones normales con el pasaje por el Edipo; pero pienso que se amortigua y no que desaparece del todo; tal como lo pueden apreciar todos aquellos acostumbrados a trabajar con familias o parejas, donde es posible detectar esta permeabilidad en vínculos mucho más tardíos; a veces como manifestaciones somáticas.

La regresión terapéutica apunta, en mi criterio, a restablecer esta situación de permeabilidad mutua, que conlleva para el analista la posibilidad de albergar en su mente, y a veces en su cuerpo, los contenidos mentales más primitivos sin desintegrarse, sin verse arrastrado a la actuación narcisista, y así poder contenerlos, transformarlos en material pensable, y poder devolvérselos al paciente cuando este esté en condiciones de recibirlo y procesarlo, sin escaldarse con el agua hirviente; conteniéndolo, diríamos, hasta que se entibie.

Así también podemos visualizar las resistencias inherentes a esta regresión; para el paciente no sólo por el temor a revivir la situación traumática desorganizante, sino también por el temor de que ello desbordara o destruyera la capacidad de contención del analista. Esto lo plantea claramente Ferenczi y lo formula muy precisamente Winnicott, cuándo señala que para resignar el falso self protector, hay que tener mucha confianza que alguien se hará cargo de esta función por uno.

Pero también debemos considerar las resistencias a la regresión del propio analista, que el Dr. Sklar ha podido trasponer valientemente con su paciente; usando la metáfora previa, para dejar filtrar en nuestra mente el agua hirviente de la locura, el trauma, el horror o el desconocimiento del paciente, tenemos que estar muy seguros que no nos va a quemar los sesos. En otras palabras, que el grado de desestructuración que pueda producirnos, no nos arrastre a la regresión masiva, a la locura, o a vernos inmersos en nuestros propios traumas no resueltos. Que nuestro descenso a los infiernos no sea cómo el del Dante, que en su acceso advierte: “Lasciate ogni speranza”, sino cómo en la Flauta Mágica, donde el poder utilizar nuestro instrumento nos permita retornar sanos y salvos.

NOTAS AL MARGEN:

El análisis del neurótico se ajusta más a las pautas de la modernidad; priorización del relato, la linealidad, la historización, la búsqueda de una cierta coherencia; vs. la postmodernidad, la vivencia caótica, la oscilación.

En la modernidad el ser es el principio fundamental, la realidad como un sistema causa efecto, reduciendo al hombre a su subjetividad e historia (cf. Carrera laboral).

El análisis de los neuróticos cabalga en el polo de la modernidad; el del border requiere un pensamiento postmoderno, (cf. Green), estilo videoclip.

Ref: Congreso Internacional Sandor Ferenczi y el psicoanálisis contemporáneo. Madrid, 1998

Sklar, Jonathan: Regresión en la Psicosis y la Histeria (Ponencias y Discusiones) Ponente - Speaker, J. Sklar (London)

Discutidor - Discussants, P. Boschan (Buenos Aires).

Instituto de Desarrollo Psicológico. INDEPSI. LTDA.

ALSF-CHILE