

REGRESIÓN Y CONFUSIÓN CONTRATRANSFERENCIAL DE LENGUAS

Raúl Fernandez Vilanova

Durante los últimos años hay entre nosotros quienes tienden a “reconciliar” a Freud y Ferenczi minimizando sus diferencias, así como en años anteriores ocurrió principalmente lo contrario. Creo que la obra de Ferenczi -y sobre todo la del último período-, más que coincidir o discrepar con la de Freud, “restituye” al cuerpo doctrinal del psicoanálisis lo reprimido/escindido en su origen. Esto ocurre con la reapertura de la discusión sobre el origen exógeno o endógeno de la pulsión sexual -promovida por Ferenczi al final de su vida-, que había sido en mi opinión cerrada en falso con el abandono de la teoría de la seducción sexual traumática. Se ha señalado en ocasiones que aquel abandono nunca fue completo por parte de Freud. Sin embargo, tampoco fue nunca examinado en profundidad por él. Vistas en perspectiva, puede pensarse que incluso las polémicas novedades técnicas propiciadas por Ferenczi, obedecían a su necesidad de respuestas clínicas y técnicas para las patologías traumáticas, en ausencia de una concepción etiopatogénica pertinente.

En “Sobre la psicología de la conmoción psíquica” (1932 a), primera de cinco notas póstumas sobre el traumatismo, dice Ferenczi que el carácter repentino de la conmoción psíquica produce a quién la padece un “desagrado” insuperable, en tanto que no consigue apartar aloplásticamente la causa del problema, ni producir “una representación relativa al cambio profundo de la realidad en un sentido favorable”. En lugar de estas dos reacciones “saludables”, el traumatismo produce *angustia*, bajo la forma de un “*sentimiento de incapacidad*” para adaptarse a la situación “desagradable”.

La fecha de esta nota coincide con los días en que Ferenczi presenta su célebre ponencia al congreso de Wiesbaden (1932), donde destaca que uno de los motivos principales de tal conmoción psíquica es la seducción sexual de un niño por un adulto. En esa situación, una “enorme ansiedad” paraliza toda defensa de los niños ante el adulto fuerte y poderoso, cuyo acto seductor “los entorpece y les arrebató el sentido”. La extrema ansiedad les hace “*someterse como autómatas a la voluntad del agresor*”, identificarse con él e introyectar sus sentimientos de culpa. De lo que se deduce que esa paralización defensiva y esa “pérdida del sentido” lo que impide toda “producción de una representación relativa al cambio profundo de la realidad en un sentido favorable”, distinta de esa introyección de la culpa.

CULPA TRAUMÁTICA Y CULPA EDÍPICA

Tiendo a pensar que en tales situaciones, la “introyección del sentimiento de culpa del adulto” es parte de un funcionamiento primario, activado por regresión, por el que “el Yo primitivo... quiere introyectarse todo lo bueno...” (S. Freud, 1925). En este caso, un sentimiento que en un primer momento es bueno para el Yo, en tanto que lo devuelve a un orden intrapsíquico, restituyéndole “el sentido” perdido al permitirle ligar esa “enorme ansiedad”. Éste llamado “sentimiento de culpa” o, más precisamente, el sentimiento de culpa de origen traumático, sería una de las formas primarias de dominar la angustia. En particular, la destinada a ligar estímulos exógenos⁽¹⁾ que “desbordan” las categorías estabilizadas por la actividad fantasmática.

Así, si la culpa edípica resulta de la intervención superyoica ante la trasgresión de la norma en la fantasía, la culpa traumática se originaría en un **exceso de realidad que se superpone con el fantasma y paraliza su despliegue y elaboración** (aproximadamente así lo expresaba yo en 1995), **suprimiendo de este modo**

1.- “En un principio, lo malo, lo ajeno al yo y lo exterior son para él idénticos”. S. Freud, 1925.

el efecto para-excitatorio del “orden edípico”, y en particular el de sus restricciones represivas (R. Fernández Vilanova, 1990). Uno y otras son para Freud componentes del Yo. De ahí que Ferenczi llegue para estos casos “a la hipótesis de una psique compuesta solamente de ello y superyó, y que por tanto carece de la capacidad de mantener su estabilidad frente al displacer...” (1932).

Esto viene especialmente al caso porque ya en su trabajo sobre “Las fantasías provocadas”, dice Ferenczi que “una demasia en la experiencia (sexual), demasiado precoz o demasiado intensa, puede también suponer el rechazo (Urverdrängung⁽²⁾) y, de paso, la pobreza de la vida fantásica” (1924). Entonces, esa “pobreza de la vida fantásica” es un efecto del traumatismo que a su vez se convierte en causa, porque la falta de recursos fantasmáticos que se origina en el choque traumático, produce la falla/culpa básica⁽³⁾ (M. Balint, 1968). Y así la “enorme ansiedad” inelaborable, y el sentimiento de culpa en que se convierte, encuentran como única “válvula de escape (...) *la autodestrucción*”, y en particular la de “la conciencia, (o sea la de) *la cohesión de las formaciones psíquicas* en una entidad”, puesto que “la unidad corporal no obedece tan prontamente al principio de autodestrucción”⁽⁴⁾ (1932 a).

ESCISIÓN PSÍQUICA

Se ve de paso que aquella idea según la cual la experiencia sexual traumática (tanto como “las fantasías infantiles de los niños demasiado bien educados” (1924), aunque en estos últimos por falta de “anclaje en la realidad”) cae bajo la “**represión primaria**” (1924), es de hecho abandonada por Ferenczi en años ulteriores, a favor de una revalorización del papel de la **escisión psíquica**. Y así en 1930 Ferenczi piensa que lo que ocurre ante el choque traumático es una “división psicótica de parte de la personalidad..., (y) esta parte rota sobrevive en secreto y se esfuerza constantemente por manifestarse...”.

Pero a esta idea, que es la idea de una escisión psíquica, de una escisión del Yo, llega Ferenczi en sus últimos años, luego de debatirse mucho tiempo entre el acatamiento a la teoría etiológica oficial⁽⁵⁾, y la necesidad de afrontar y explicar hechos que no son nuevos, pero que no han sido atendidos suficientemente por Freud desde la innovación etiopatogénica de 1897 a la que alude Ferenczi en 1924. En ese sentido cabe sostener que los procedimientos de la “técnica activa” -ya desde “Dificultades técnicas de un análisis de histeria” (1919), y en particular desde el trabajo “Las fantasías provocadas” (1924)- son un antecedente lógico de ulteriores trabajos sobre la construcción. Pero también un camino de aproximación a una teoría psicoanalítica del trauma psíquico y un anticipo de las dificultades transferenciales y contratransferenciales planteadas por las patologías traumáticas. Todo ello desemboca en el serio esbozo de una teoría de la escisión de origen traumático⁽⁶⁾.

Es por ese camino que Ferenczi, libre de la necesidad de diferenciarse de las concepciones organicistas de Breuer y Janet que habían condicionado a Freud, se “reencuentra” con la escisión (o “disociación”), que perpetúa la dinámica proyectiva/introyectiva, modalidad de conflicto correspondiente a estados donde el orden edípico no se ha constituido, o ha sido renegado. Y se adelanta en mi opinión a Freud en la formulación de una teoría de la **escisión psíquica** adecuada para entender las patologías traumáticas y los problemas clínicos planteados por la regresión.

REGRESIÓN

Porque la distinción freudiana entre regresión tópica, temporal y formal de 1900, es sin duda el primer

2.- Que hoy hay acuerdo en traducir por represión primaria u originaria

3.- “Fault” es tanto “falla” como “culpa”. El traductor de “The basic fault” al castellano probablemente trató de recoger ambas connotaciones en el título “La falta básica”, con éxito sólo relativo.

4.- Queda aquí sugerida una concepción etiopatológica de las enfermedades psicósomáticas.

5.- “Este hecho (o sea, la comprobación que cierto número de experiencias sexuales infantiles favorecen ulteriormente la capacidad normal de imaginación), nos lleva a atribuir menos importancia al traumatismo (sexual) infantil. Antes se creía que éste estaba en el origen de la histeria, pero luego el propio Freud ha reducido considerablemente su alcance descubriendo que el factor patógeno residía en las fantasías inconscientes, no en las experiencias infantiles reales”. (S. Ferenczi, 1924).

6.- No me interesan aquí hipótesis sobre escisiones estructurales, en el sentido de inherentes a la organización misma del aparato psíquico como las que propone en otro lugar el propio Ferenczi, y también Freud, Lacan, Zukerfeld, Marucco, etc.

intento psicoanalítico serio al respecto. Pero el propio Freud relativiza enseguida el interés de esa distinción⁽⁷⁾, que parte de una concepción unitaria y simbólicamente articulada del yo y de la regresión: tanto en el sueño como en la transferencia neurótica, por ejemplo, se activan por regresión **representaciones reprimidas**, que son representaciones que no han dejado de producir efectos simbólicos, aunque éstos sean sintomáticos⁽⁸⁾. En este caso, la regresión funciona por “un camino en zig zag”, jalonado cada tanto por detenciones de la asociación, y saltos propiciados por la interpretación del analista a los “estratos interiores”, con la guía del “hilo lógico” que nos conduce a través de un sistema lógico coherente, conforme a las “leyes psicológicas generales de la asociación de ideas” (Freud, 1895).

Así se devuelven las representaciones reprimidas a su plena eficacia simbólica, a favor del hecho que la represión no impide que las representaciones reprimidas continúen “ramificándose” bajo su efecto. Porque por definición⁽⁹⁾ la represión es móvil, se relaja durante el sueño, tiene que ser ejercida continuamente para evitar el retorno de lo reprimido, opera retroactivamente, etc. (S. Freud, 1915).

Un paso importante sería entonces distinguir entre una regresión edípica, o sea una regresión sometida a los encadenamientos de la organización simbólica edípica, y a sus restricciones represivas, de una regresión que transcurre en la zona escindida del yo, sin “topes” represivos. En lugar de estos, solemos encontrar resistencias a la regresión y a la elaboración bajo formas proyectivas, actuadoras (que incluyen la erotización del vínculo transferencial) o somatizadoras. Precisamente porque en el análisis de las patologías traumáticas lo que con gran frecuencia tiende a ocurrir es una verdadera regresión temporal, donde se “confunde el pasado y el presente, pudiendo revivir con toda su carga emocional experiencias pasadas (que) no puede integrar o sintetizar” (C. Paz, 1963), o si se quiere, donde el pasado se integra en el presente de la relación transferencial, sin pérdida del principio de realidad (A. Green, 1997) en todo lo demás.

La transferencia crea así un “pasadizo directo” por el que se accede a un grupo representaciones también integrante del yo, pero originado y regido en su funcionamiento por procesos defensivos distintos de la represión. Sin embargo, la “lengua” con que eso escindido (y presente) sería abordable, suele permanecer oculta durante mucho tiempo, al cabo del cual sólo es aproximable mediante una construcción, porque el trauma ha perturbado la arborización fantasmática, y eso conlleva una discontinuidad simbólica y una ruptura metonímica.

Esta idea de una regresión que activa un grupo de representaciones escindidas y sometidas a un régimen asociativo especial, y da lugar a un tipo especial de transferencia y contratransferencia (S. Ferenczi, 1931, M. Little 1958), es la que permite, en mi opinión, entender el sentido de las acusaciones de los pacientes de Ferenczi, y la imposibilidad de aprovechar las interpretaciones transferenciales de los pacientes de Little. Porque es respecto de este problema, precisamente, donde Ferenczi acierta y se confunde a la vez.

Cuenta en su trabajo de Wiesbaden, con amarga ironía, que en algunos de sus pacientes “la repetición, estimulada por el análisis (y por su técnica activa), terminó por ser demasiado buena”. Con estos pacientes, “la sesión analítica degeneraba, una y otra vez, en un ataque de histeria de angustia” (o “traumático-histérico”, como lo llama más adelante).

En estos “fenómenos impresionantes” que van acumulándose en su práctica, Ferenczi cree reconocer “repeticiones casi alucinatorias de vivencias traumáticas”. O sea, resultados del tipo de regresión que más tarde Balint considerará “maligna”. Pero no avanza directamente en esta dirección, sino que, desconcertado, lo hace por el camino de “dar rienda suelta a su autocrítica”.

Y así nos dice que comienza a prestar atención a sus pacientes “cuando el medio de sus ataques (le)

7.- “Estas tres clases de regresión son en el fondo una misma cosa, y coinciden en la mayoría de los casos, pues lo más antiguo temporalmente es también lo primitivo en el orden formal, y lo más cercano en la tópica psíquica al extremo de la percepción”. S. Freud, 1900.

8.- “La segunda fase de la represión, o sea la represión propiamente dicha, recae sobre las ramificaciones psíquicas de la representación reprimida, o sobre aquellas series de ideas procedentes de fuentes distintas pero que han entrado en conexión asociativa con dicha representación. (...) Así, la represión propiamente dicha es una fuerza opresiva (“nachdrängen”) posterior” (S. Freud, 1915).

9.- Verdrängung es traducido por el diccionario bilingüe Amador como “desplazamiento, suplantación”.

trataban de insensible, frío y hasta duro y cruel..., egoísta, hombre presumido y sin corazón...” etc. No menos sorprendente le resulta que tales sesiones terminaban, frecuentemente, con “una impresionante y a menudo desvalida complacencia y buena voluntad para aceptar mis interpretaciones” (1932).

En de sobra conocido que de éste funcionamiento Ferenczi acaba por deducir su concepto de “identificación con el agresor”, y más precisamente, identificación con el sentimiento de culpa del agresor, en este caso el “hipócrita” analista que es su partenaire en la “situación analítica”, situación similar en lo esencial “a la que en la infancia del sujeto condujo a la enfermedad”. Y no olvidamos que, para Ferenczi, la situación que condujo a la enfermedad es aquella en la que tuvo lugar el traumatismo. Como puede verse, Ferenczi llega a la acertada idea que las quejas, críticas, sometimiento y actuaciones del paciente están vinculadas con el trauma infantil. Pero inmediatamente se confunde, o más precisamente, hace una contraidentificación proyectiva en la que siente justificados los reproches que sus pacientes le dirigen, y se siente culpable. Responde a la culpa traumática, con la culpa edípica.

REGRESIÓN Y CONTRATRANSFERENCIA

A mi modo de ver no es exacto considerar que son la “hipocresía”, “distancia” y “frialdad” del analista (junto con la “interpretación” del trauma) las que producen la repetición de la escena infantil. Sino que es la situación analítica la que desencadena en ciertos pacientes una forma de regresión que propicia fenómenos transferenciales alucinatorios (S. Ferenczi, 1932), o delirante (M. Little, 1958). Y también eventuales actuaciones contratransferenciales como la frialdad, la distancia y hasta la crueldad, que inciden a su vez en el proceso. Y ello sin perjuicio de concederle a Ferenczi que los límites del análisis del analista impone límites a su capacidad de entender.

A través de esa confusión (tal vez no era posible por otro camino), Ferenczi aborda de hecho el acontecimiento traumático en la actualidad transferencial. Y lo hace en un plano dual, al entender que su comportamiento “hipócrita” y “frío” es la causa del ataque de su paciente. Lo que va en la línea de la constatación posterior de M. Little: el neurótico es alguien que puede reconocer en el analista una persona real, y a la vez un representante del objeto, a lo que accede mediante la interpretación verbal de esa transferencia. No sucede así en las patologías traumáticas, donde el psicoanalista es el objeto, y la transferencia la actualización “directa” de vínculos y representaciones escindidas por el traumatismo. Si esas representaciones escindidas (referidas sobre todo al objeto primario), están sometidas a formas de conflicto y defensas primarias, la interpretación ha de ser dual y no cabe, al menos durante un largo período, la interpretación transferencial triangular edípica. Y si los contenidos de representación escindidos han quedado desconectados de la parte principal del Yo y han dejado de evolucionar con él, el enlace no puede producirse mediante la interpretación simbólica, metafórica, edípica, sino mediante una construcción. Su antecedente está tal vez en las “fantasías forzadas” que “inducía” Ferenczi a ciertos pacientes.

En lugar de sentirnos culpables, como Ferenczi, ante el “ataque traumático-histérico”, hoy podemos entenderlo como la repetición “directa” del vínculo infantil traumático, con su correlato de culpa traumática, que es la que produce lo que es tanto un “ataque histérico”, como un ataque proyectivo desencadenante a su vez, en ocasiones, de una contraactuación. Pero el “ataque” está integrado también por la proyección de un esbozo de culpa edípica, que fue renegada y escindida junto con la reorganización edípica. Es esto último lo que impide que el paciente pueda aceptar, no ya las interpretaciones transferenciales, como afirmaba Little, sino las interpretaciones triangulares edípicas, como percibe sutilmente Balint.

Una paciente grave, aunque socialmente exitosa, intercalaba largos silencios que yo no conseguía evitar, entre frases breves y aparentemente inconexas, pronunciadas unas veces en tono casi inaudible, y otras con airado reproche. Cosas tales como la inundación del garaje, mi supuesto olvido de cosas que me había dicho, el robo del radio casete, la seguridad de que no podía fiarse de mí, la muerte de un antiguo novio, la incompreensión y frialdad de su madre, la enfermedad del canario, la hostilidad de sus hijos, la incomunicación de su padre, etc, podrían ser una muestra de sus “temas”. Sus omisiones, y el sistemático rechazo de todas mis intervenciones, me hacían sentir a veces la tentación de replicarle que era poco lo que yo podía tejer con esos mimbres, y hasta desear que cumpliera su amenaza de marcharse. Alternándose con esto último, me sentía culpable por mi irritación y por no entenderla (era uno de sus reproches) causando así un prolongado *impasse*, y valoré con preocupación la posibilidad de no estar escuchándola con la suficiente atención, lo que constituía otra de sus quejas.

Las interpretaciones transferenciales que usé en aquel momento, partían del supuesto que yo representaba la madre incomprensiva de la que no se podía fiar, que impedía su comunicación con su padre, representado también por mí. Estas interpretaciones respetaban aspectos centrales de su historia, pero eran rechazadas por ella porque no eran adecuadas al momento.

Sólo hubo un cambio cuando en sesiones posteriores pude decirle, primero que ella creía que yo era capaz de escuchar sus palabras inaudibles, y entenderlo todo pese a sus omisiones. Me contestó que sí, que era así, y se quedó mirándome con extrañeza, como si por primera vez contemplara una posibilidad distinta. En una sesión posterior agregué que si bien ella deseaba unirse completamente a mí a través de mi comprensión, tenía mucho miedo de que yo superase los obstáculos que me ponía y entrase en su pensamiento, porque eso la haría sentirse dominada por mí. Permaneció unos minutos en silencio y luego asintió claramente, y me dijo: “¿Tengo que protegerme, no?, por eso no le cuento muchas cosas”.

Creo que ésta viñeta muestra que el conflicto no era en ese momento edípico sino narcisista, del tipo fusión/intrusión, y que en consecuencia la interpretación transferencial triangular edípica no era la adecuada. En cambio sí lo era la interpretación transferencial que usé posteriormente.

Con la nota clínica también he querido mostrar lo próximos que en este tipo de casos estamos de la contraactuación, aunque ésta no sea tan aparente, por ejemplo, como la de intercambiar reproches o facilitar la interrupción del tratamiento. Y ello por efecto de la regresión del paciente, que puede llevar a confundir planos y discursos. En casos como éste, suelen producirse en el vínculo analítico actuaciones y “confusiones contratransferenciales de lenguas” (como le ocurre a Ferenczi), que se traducen principalmente en errores clínicos y contraactuaciones (H. Rosenfeld, 1987), que pueden ser desencadenantes adicionales del “ataque traumático histérico” y profundizar innecesariamente el inevitable carácter delirante de la transferencia.

No es nada fácil mantener en estos casos la neutralidad benevolente y la regla de abstinencia. Aunque éstas deben ser todo el tiempo en nuestro interior un referente ideal del que sólo nos aparten los límites de nuestra capacidad de entender. Así, muchas veces nos resulta difícil distinguir si la rabia o la culpa que experimentamos proviene de una identificación proyectiva de nuestro paciente, o de nuestros escotomas o falta de análisis. La verdad es tanto una como otra, sólo que nuestro paciente está pulsando zonas de nuestra organización que tal vez nunca se hubiesen podido activar en nuestro propio análisis. Por eso cabe pensar que en los análisis exitosos de este tipo de pacientes, se completa de hecho nuestro propio análisis. Y ésta es tal vez una de las posibilidades más verosímiles del “análisis mutuo” (S. Ferenczi, 1932b), o mejor, una suerte de cooperación “textual” (Lozano, J. et. al., 1982; Eco, U., 1979 y 1990) especializada.

Pienso que Ferenczi nos ha abierto un fecundo camino para pensar patologías que muchas veces han quedado subsumidas sobre todo en la histeria y las psicosis. Pero creo, como Balint, que no se trata de darle al paciente el amor que le faltó, ni de hacer con él otra cosa que interpretar la transferencia y construir, aunque para hacerlo adecuadamente hemos de distinguir niveles organizativos, que determinan formas diferenciadas de regresión, transferencia y contratransferencia. Todo lo demás incrementa el peligro de contraactuación, entendida ésta con referencia al “hacer” del analista, pero también a todo decir o callar que no sea coalescente con el conflicto en juego en la expresión del paciente. Definida en estos términos, a la vez rigurosos y abarcativos, es fácil imaginar que la contraactuación no es evitable, sobre todo en el tratamiento de patologías traumáticas. Pero me parece mejor aceptar la inevitabilidad de la contraactuación, y obligarnos a analizarla cuando ocurre, que diluirla en la amorfa permisividad de un “encuadre flexible”.

BIBLIOGRAFIA:

BALINT, Michael.

1968 *The basic fault*, Tavistock Publications, Londres; *La falta básica*, Paidós 1982, Buenos Aires. ECO, Umberto.

1979 *Lector in fábula*, Bompiani, Milán; *Lector in fábula*, Lumen 1981, Barcelona. 1990 *I limiti dell'interpretazione*, Bompiani, Milán; *Los límites de la interpretación*, Lumen 1992, Barcelona.

FERNÁNDEZ VILANOVA, Raúl.

1990 *El orden edípico*, en “*La contención*”, Asoc. Española de Neuropsiquiatría, Madrid. 1995 *El trauma psíquico como perturbación de la organización fantasmática*. Revista de la APM N° Extra de 1996, Madrid.

FERENCZI, Sandor.

1919 Dificultades técnicas de un análisis de histeria, Espasa Calpe 1981, T. III, Madrid.

1924 Las fantasías provocadas, Espasa Calpe 1981, T. III, Madrid.

1930 Principio de Relajación y neocatarsis, Espasa Calpe 1984, T. IV, Madrid. 1931 Análisis de niños con los adultos, Espasa Calpe 1984, T. IV, Madrid.

1932 La confusión de lenguas entre los adultos y el niño, Espasa Calpe 1984, T. IV, Madrid.

(1932^a) Sobre la psicología de la conmoción psíquica, en Reflexiones sobre el traumatismo, Espasa Calpe 1984, T. IV, Madrid.

(1932^b) Diario clínico, Conjetural 1988, Buenos Aires. FREUD, Sigmund

1895 Psicoterapia de la histeria, en “Estudios sobre la histeria”, Biblioteca Nueva, 1948, Madrid.

1900 La interpretación de los sueños, Biblioteca Nueva, 1948, Madrid.

1913 Interés psicológico del psicoanálisis, en Múltiple interés del psicoanálisis, Biblioteca Nueva 1948, Madrid.

1915 La regresión, Biblioteca Nueva 1948, Madrid. 1925 La negación, Biblioteca Nueva 1948, Madrid.

1933 Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis, Revisión de la teoría de los sueños, Biblioteca Nueva 1948, Madrid.

GREEN, André

1975 El psicoanalista, la simbolización y la ausencia, en... 1997 Prospective, les cas-limites vus depuis l'hystérie.

Rétrospective, l'hystérie vue depuis les cas-limites, en Bulletin 49 de la Fédération Européenne de Psychanalyse.

LITTLE, Margaret

1958 Sobre la transferencia delirante (Psicosis transferencial), en Revista Argentina de Psicoanálisis, nº 3, 1979, Buenos Aires.

LOZANO, J., Peña-Marín, C. y ABRIL, G

1982 Análisis del discurso; Hacia una semiótica de la interacción textual, Cátedra, Madrid. PAZ, Carlos

1963 El paciente fronterizo en la psicopatología actual y su importancia en psicoanálisis. Abstractus, en Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina Nº.

ROSENFELD, Herbert

1987 Impasse and interpretation, Tavistock Publications, Londres; Impasse e interpretación, Tecnipublicaciones, Madrid, 1990.

ROUGHTON Ralph

1992 Useful aspects of acting out, Journal of de American Psychoanalytic Association, nº 40.

Instituto de Desarrollo Psicológico. INDEPSI. LTDA.

ALSF-CHILE