



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

T. I. F.

**TÍTULO:**

***ABORDAJE PSICOANALÍTICO EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOPITAL DE  
EMERGENCIAS CLEMENTE ÁLVAREZ***

**AUTOR:** Capano, Sebastián

**LEGAJO:** C-5057/1

**DOCENTE RESPONSABLE:** Faccendini, Jorge

**MODALIDAD:** Ensayo

**-Año 2018-**

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, quisiera agradecer a Jorge Faccendini por haberme acompañado en el armado de este trabajo. Asimismo, por haber sido el primer docente durante mi tránsito por la carrera en fomentar y habilitar una lectura propia del material bibliográfico.

En segundo lugar, a Gabriela Gastaldi, cuya transmisión de la práctica, en acto, me ha sido invaluable. Es imposible poner en palabras los efectos que esta produjeron.

## ÍNDICE

• RESUMEN, PALABRAS CLAVE	4
• INTRODUCCIÓN	5
• PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL	7
• DISPOSITIVOS CLÍNICOS INSTITUCIONALES	8
• INTERDISCIPLINA	11
• TRANSFERENCIA, DEMANDA, SÍNTOMA	12
• VIÑETA CLÍNICA	14
• CONCLUSIÓN	
21	
• BIBLIOGRAFÍA	22

## **RESUMEN**

El presente ensayo tiene por fin establecer ciertas dimensiones para pensar el lugar y trabajo del psicólogo en un Hospital de Emergencias desde las coordenadas de la clínica psicoanalítica. Para esto, se problematizará una serie de fundamentos nodales para pensar la práctica, con el fin de articularlos en el quehacer del profesional en dicho ámbito. Considero que es imposible separar el trabajo clínico del marco institucional en el que se lleva a cabo, razón por la cual se mencionarán las limitaciones y posibilidades particulares del encuadre de trabajo en una institución de este tipo.

Finalmente, se presentará una viñeta clínica en un intento de articulación teórico-práctica, entendiendo a la lectura clínica como un retrabajo y una teorización sobre la práctica y sus efectos.

## **PALABRAS CLAVE**

Psicoanálisis – Hospital - Síntoma – Transferencia – Demanda

## INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo tiene por objetivo establecer ciertas dimensiones para pensar el lugar y trabajo del psicólogo en un Hospital de Emergencias desde las coordenadas de la clínica psicoanalítica. El escrito retoma la práctica de pregrado que llevé a cabo en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (en adelante, H. E. C. A.). La elección se basa en que el recorrido por la práctica ha constituido un punto de inflexión respecto a mi tránsito académico, ya que me ha permitido interrogar continuamente ciertas transmisiones axiomáticas que recibimos a lo largo del cursado de la carrera y comenzar a practicar la escucha y la lectura analítica. Por otro lado, en el transcurso de la práctica pude resignificar una frase que se escucha en demasía en la facultad: “poner el cuerpo”. Pasé de una mera inferencia *intelectual* a una vivencia, a experimentar *en* el cuerpo que efectivamente se trata de alojar la angustia que desborda el cuerpo del paciente. Que la posición del analista tiene que ver con ocupar el lugar del “a” y que eso no es sin consecuencias.

Por esta razón, llegado el momento de escribir el Trabajo Integrador Final, opté por un ensayo que me permita tomar un posicionamiento ético. Coincidió plenamente con Silvia Amigo (2009) cuando plantea que “en la práctica del psicoanálisis no hay distancia ni diferenciación posible entre técnica y ética” (p. 223).

Con relación al posicionamiento ético, Lacan (2015) hace explícita la distinción entre el deseo por curar y el deseo del analista. El primero se relaciona directamente con una frase que el autor menciona en el Seminario 7, “La ética del psicoanálisis”; frase que puede sonar paradójal: debemos “designar nuestro deseo como deseo de no curar” (1998, p. 264). Implica no caer en la “trampa benéfica de querer el bien del sujeto” (*sujeto* entendido aquí como analizante o usuario, según sea el caso). Al referirse a los bienes, Lacan habla de la “vía americana” (p. 264). Si se descuida lo Real, la imposibilidad que habilita el campo del deseo y el del goce se puede caer en la “ilusión” de que el sujeto puede acceder al Supremo Bien. Como explica el autor, “Promover en la ordenanza del análisis la normalización psicológica incluye lo que podemos llamar una moralización racionalizando” (p. 360). En otras palabras, se responde desde una posición no ética, sino moral. Solo se trataría de una domesticación del sujeto, para utilizar el término con el que Lacan asocia la ética aristotélica.

Respecto del segundo, es la función que sostiene la posición del analista. Mucho se ha escrito sobre el deseo del analista, pero quisiera recuperar una cita de Amigo (2014):

Todo el peso ético del deseo del analista se asienta en esta capacidad del analista de usar el goce fálico que atraviesa su cuerpo no como la ocasión, tal como lo dijera Freud, de ‘sentir un agradable cosquilleo’; sino el momento de percibir su resistencia... al goce fálico para que pueda hacerse presente el semblante de a.

Considero que cuando se dice que el deseo del analista es sin fantasma, se refiere justamente a que quien encarna la función de analista no debe responder desde su fantasma. Esto sería “desyoizar” (Colovini, 2005, p. 32) al analista, no escuchar los dichos de los usuarios desde los propios ideales. En lo personal, un ideal que tuve que empezar a dejar en suspenso fue un supuesto saber académico. En las primeras entrevistas a las que asistí en la práctica de pregrado, me resultó imposible no intentar articular el relato de los pacientes con ciertas categorías teóricas, y si bien es esencial hacer una lectura de cada caso en función del marco teórico con el que trabajamos, eso no debe obturar la escucha. Se

puede *comprender* sin más que la posición del analista requiere que el yo de quien encarne la función no interfiera, pero llevarlo a la práctica no es tan sencillo.

Lacan (inédito) establece que es necesario que el analista sea al menos dos, aquel que ocupa la función en el abordaje clínico y aquel que, en un momento posterior, teoriza sobre los efectos de este. En este sentido, en el ensayo se problematizará una serie de fundamentos psicoanalíticos nodales para pensar la práctica, con el fin de articularlos con el trabajo de los psicólogos en un hospital de emergencias. Con esto en mente, se comenzará haciendo una breve descripción institucional, con el objetivo de ofrecer al lector un acercamiento a las particularidades institucionales que dan origen a este ensayo, y se mencionarán las limitaciones y posibilidades particulares del encuadre de trabajo en una institución de este tipo. Para finalizar, se presentará una viñeta clínica y se situarán ciertas categorías teóricas que posibiliten el análisis de esta con el intento de generar una marca de escritura en el autor respecto de la práctica.

## **PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

El Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez” (H.E.C.A) es un efector público Municipal, que se ubica el 3.º nivel de complejidad de la red de salud y brinda atención a pacientes adultos, a partir de los 13 años, con patologías clínico-quirúrgicas de mediana y alta complejidad. Dispone de 132 camas de internación, incluyendo los servicios de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Sala de Quemados y Unidad Renal, que tiene como responsabilidad la diálisis de los pacientes renales agudos y crónicos. A esto se suma el servicio de Guardia.

Con respecto al servicio de Salud Mental, este está integrado por cuatro Psicólogos y dos Psiquiatras. El trabajo que llevan a cabo diariamente consiste en realizar intervenciones, utilizando como herramienta la entrevista, y “acompañando” el proceso de atención e internación del paciente. En situaciones específicas, se trabaja con familiares o acompañantes de los pacientes. Con las nuevas políticas respecto del ámbito salud, ya no se trabaja con la modalidad de consultorio externo.

En los casos en los que se le otorga el alta al paciente, este es derivado a un efector de 2.º nivel de complejidad en la red o se lo referencia con el centro de salud que corresponde según la territorialización. En situaciones determinadas, ya sea por la complejidad del caso, o en aquellas situaciones en las que no se ha logrado la referencia con otro efector, el paciente continúa siendo atendido provisoriamente por el servicio de salud mental del Hospital, a través de encuentros pautados con anterioridad.

Los pedidos de interconsulta hacia el servicio pueden llevarse a cabo:

- Por parte del *Servicio de Enfermería*, en cuadernos que se encuentran distribuidos en el Hospital, por sectores. (Hay 4 en sala, 1 en UTI, 1 en sala de quemados y 1 en el área de diálisis).
- Por parte de los médicos (o cualquiera de las otras disciplinas que transcurren el trabajo diario) el pedido de interconsulta es directamente con salud mental, ya sea telefónicamente o a través del encuentro con alguno de los profesionales.
- A través de los médicos que están ese día de turno en Guardia. Cada profesional que integra el servicio de Salud Mental es responsable de tomar los casos que se presenten en la Guardia un determinado día de la semana.

## **DISPOSITIVOS CLÍNICOS INSTITUCIONALES**

En esta sección, quisiera hacer un breve desarrollo acerca de dos dispositivos que se llevan a cabo en el hospital debido a su importancia para la práctica. Pero antes, considero pertinente hacer una mención acerca del concepto de dispositivo.

Etimológicamente, la palabra dispositivo proviene del latín *dispositus*, que quiere decir “dispuesto”. En sentido amplio, un dispositivo es un mecanismo o artificio construido para producir una acción determinada, prevista. Es decir que, mediante su implementación, se espera obtener un resultado establecido con anterioridad, y por lo tanto, anticipable.

Por otro lado siguiendo a Foucault (1977), el autor define al dispositivo como un conjunto heterogéneo que envuelve discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos; tanto lo dicho como lo no dicho. Estos elementos se articulan en una compleja red de relaciones. Se trata además, de una formación que tiene una función estratégica en un momento histórico determinado.

Por su parte, Colovini (1995) recupera la noción de dispositivo presentada por Lacan al plantear que este se trataría de algo creado especialmente con un fin en particular, como un instrumento para producir un determinado efecto. Con esto en mente, retomo a la autora cuando establece que

hay una determinada legalidad que sostiene un dispositivo, hay una disposición en cuanto a que hay lugares y elementos que mantienen una relación que permite su funcionamiento, y hay una puesta en función tal que nos hace pensar que posee distintos tiempos (p. 119).

### **La reflexión acerca de la práctica**

En esta sección, quisiera hacer una breve mención sobre las secciones clínicas que se llevan a cabo mensualmente en el hospital, espacios en los que uno de los profesionales del equipo de Salud Mental presenta un caso con el que ha venido o está actualmente trabajando. Luego de leer una experiencia de trabajo similar, pude comprender que la riqueza de estos encuentros no solo tiene que ver con la posibilidad de contar con un analista que oficie como terceridad y pueda otorgar una lectura reflexiva sobre un caso en particular, sino que en este mismo movimiento,

como hecho de discurso, como hecho de palabra, lo que se escucha pasa a ser diferido para un segundo tiempo en el que se discute en torno a lo que ha sido escuchado y, entonces, en este tiempo surge que se escuchó de una manera y se escuchó de otra. Y se abre un tiempo de comprender que se configura como síntoma (Manino 2008, p. 105).

Esto apareció más que claro en una sección clínica en la que la analista invitada hizo una devolución, en función de los dichos de los profesionales, en donde invitó a reflexionar acerca de las posibles resistencias del equipo con relación a otros profesionales de la institución. Es decir, se configura un espacio en donde no solo se reflexiona sobre un caso en particular, sino sobre la práctica misma. Considero que esto habla del posicionamiento

ético de los miembros del servicio. Asimismo, constantemente he presenciado que los casos se comentan y trabajan con todo el equipo. Si bien es un solo profesional (o dos, en los casos en los que se trabaja con una de las psiquiatras) el que se encuentra a cargo del usuario, se buscan estrategias de abordaje a nivel grupal.

Esto me lleva a pensar en un aspecto esencial: el analista debe poder elaborar la herida narcisista que la práctica conlleva. Una dificultad inherente a la lógica institucional es el corte abrupto del trabajo con el paciente debido a su externación. Existen casos en que, debido a su complejidad o a que se han logrado establecer las coordenadas de un espacio de trabajo analítico, se sostienen entrevistas posteriores al alta; no son los más frecuentes ya que, como se ha mencionado, el hospital no opera con consultorio externo. Por otro lado, si bien ocurre en otros ámbitos clínicos (entrevistas de admisión, consultorios externos, clínicas privadas) que el usuario decida dar un cierre al tratamiento, considero que la diferencia radica en que estos casos la decisión parte del lado del paciente; mientras que en el H. E. C. A. ha habido algunas situaciones en las que el usuario recibe el alta sin que el psicólogo antes pudiera ofrecer una referencia a otro efector o un método de contacto en caso de ser necesario.

Este es otro punto en el que el servicio constantemente trabaja con el resto del equipo de profesionales, en un intento de verdadero trabajo interdisciplinario. A saber, que los mantengan informados acerca del estado del usuario. En una institución donde el trabajador constantemente se ve enfrentado con la muerte, creo que resultaría intolerable poder sostener su posición si no se realiza un trabajo de elaboración respecto a la herida narcisista que podría implicar la *pérdida* del paciente.

### **Dispositivo lúdico-clínico**

El dispositivo surge de manera espontánea en 2017, habiendo existido antecedentes previos en el hospital. Este es llevado a cabo por los residentes de pregrado de psicología. En una institución que establece e impone a los pacientes su propio orden temporal (horario de desayuno, de almuerzo, de visitas, etc.) y donde el cuerpo se ve intervenido por un discurso que porta un saber, la apuesta del dispositivo es instaurar un lugar Otro en donde pueda ponerse en juego la elección, la singularidad y el deseo de los pacientes que deciden participar de este. En consonancia con esta fundamentación, es el paciente quién decide la actividad (lectura, dibujo, coloreo, juego de cartas).

Es claro que la posición que ocupamos quienes hemos transitado por dicho dispositivo no es la misma que ocupan los analistas. Si fuéramos a situarla en el grafo del deseo que elabora Lacan, a mi entender, podríamos ubicarla en el piso inferior, es decir, sostenida en la relación especular. Hay situaciones en las que el narcisismo del paciente se ve trastocado (arriesgaría a decir que en el caso de los usuarios que llegan al servicio, esto es bastante frecuente) y mantener un trabajo desde estas coordenadas (es decir, como semejante) puede generar un efecto de alivio para el usuario. Considero fundamental quedar advertidos de que en esta situación, como explica Colovini (1995, p. 44), “vamos a hacer de modelo permitiendo sostener una ilusión como ideal del yo”, por lo cual es preciso que tengamos en cuenta que podríamos actuar al modo de la sugestión si no somos cuidadosos. Por otro lado, a riesgo de sonar taxativo, creo que el dispositivo carecería de valor clínico, o al menos de la especificidad de que sea llevado a cabo por residentes de salud mental, sin un retrabajo, que no puede dejar de incluir al psicólogo. Es decir, en lo personal, considero la pertinencia del dispositivo allí donde queda claro por qué razón forma parte de la estrategia de abordaje. Por este motivo, y luego de los primeros dos meses, hemos comenzado a

preguntar al profesional a cargo información acerca del paciente (en los casos en los que esta no fue provista proactivamente) cuando hay un nuevo ingreso y la hemos incluido en el registro que mantenemos el grupo de residentes para que todos podamos estar al tanto de ella.

El dispositivo me ha permitido, por más básico que suene, experimentar (en un lugar diferente al de analizante) cómo un simple “hmm” o devolver una pregunta puede habilitar un despliegue discursivo, si uno logra abstenerse de llenar silencios o responder por el otro. Quisiera hacer una mención de un caso particular que refleja lo recién expuesto. Se trató de un joven de 29 años, llamémosle José, con un retraso cognitivo donde la inclusión al dispositivo tenía por finalidad principal instalar un espacio que pudiera configurar un momento de separación, física, respecto de un Otro materno estragante. Lo primero que pude observar en mi encuentro inicial con el paciente fue cómo, por un lado, la madre respondía por su hijo (incluso cuando las preguntas no iban dirigidas a ella) y, por otro, que José respondía al modo del eco. Luego de algunos intentos fallidos con relación al material proporcionado, la psicóloga le ofrece diferentes opciones más allá de la lectura y José dijo que quisiera pintar, pero que el residente se quede con él. Como José había comentado en diversas oportunidades que le gustaban las motos, busqué imágenes de motos para colorear. Pasados unos minutos, repitió en diversas ocasiones que le alegraba que haya ido porque *ya* estaba aburrido. Esto me llevó a preguntarle: “¿Hace mucho que estás en el hospital?”. Responde: “Sí, primero estuve allá (señala UTI), después allá (señala la otra sala de internación) y ahora estoy acá”. Su respuesta me llevó a pensar, luego, que contaba con un registro de las categorías simbólicas de tiempo y espacio. Me pide que baje la baranda de la cama para sentarme con él y ayudarlo a pintar. Le pregunto si siempre le gustaron las motos y en su respuesta se puede escuchar un punto de identificación especular con su hermano menor, que maneja y arregla motores, como hobby, y con quien asiste a corridas. Me comenta que tal vez le den el alta y “mi mamá me dijo que voy a tener que ayudar en casa”. “¿Ayudar...?” respondo, y dice: “Sí, colaborar porque ella no va a poder sola con mi recuperación”. “Ah, claro, ayudarte a vos mismo con *tu* recuperación”. El comentario intentó marcar una diferencia entre José y un Otro que se presenta como pura presencia. En el discurso del paciente, se puede escuchar una posición de objeto respecto al goce del Otro. Este me resulta un claro ejemplo del material que puede desprenderse de estos encuentros y cómo podría habilitar una puerta de entrada para un trabajo posterior.

## INTERDISCIPLINA

Quisiera retomar lo que Maciel (2001) elabora respecto a la interdisciplina. Cada disciplina se constituye mediante el recorte de su objeto de estudio y, en este mismo movimiento, delimita un modo de abordaje y deja otros por fuera. Esto establece lo que el autor denomina “obstáculo clínico”, es decir, el resto que se produce a partir de la delimitación del campo específico de trabajo. Es este punto, me parece interesante recuperar la categoría de “mirada integral”, que el autor plantea como “una mirada omnivoyer”. Mediante la sumatoria de las diferentes disciplinas, se buscaría hacer desaparecer el resto imposible de abordar de cada una. Esto implicaría, el borramiento de la mirada específica de cada disciplina, ya que cada una necesita de este resto inaccesible, de este punto de imposibilidad, para constituirse como tal. ¿Es de esto de lo que se trata? Sostenemos que no es la posición de un verdadero trabajo interdisciplinario. Retomando al mismo autor, la interdisciplina surge como efecto del trabajo clínico de un equipo, mediante la formulación de un problema. El motor de la interdisciplina, sería la interconsulta, que apuntaría a bordear simbólicamente la articulación de una pregunta de los profesionales sobre aquello que resistente en tanto Real.

Ya hemos situado que los usuarios “llegan” al servicio mediante un pedido de interconsulta. Un punto que me parece importante, porque trabajamos con la palabra, es la manera en la que se presentan las interconsultas. Más allá de si el pedido de asistencia al Servicio de Salud Mental es relevante o no, que en última instancia dependerá del usuario determinarlo, en diferentes oportunidades he encontrado frases como “es etilista de alta jerarquía”. Independientemente del eufemismo utilizado, la frase remite al *ser*. Una parte imprescindible de la posibilidad de existencia del trabajo interdisciplinario es manejar un código lingüístico en común. Sabemos que lógicamente la noción de “cuerpo” que aborde el discurso médico no será la misma, en el mejor de los casos, que con la que opere un trabajador de la salud mental, e incluso es necesario que así sea. Reiteramos que el trabajo interdisciplinario no apunta a un borramiento de las especificidades de las prácticas. Sin embargo, teniendo en cuenta que el análisis apunta a la caída de las identificaciones que petrifican al sujeto en su modalidad de goce, que obturan su falta en ser, es necesario que todos los practicantes de salud acuerden en lo contraproducente que sería reinstalar al usuario en esa posición. Considero que es nuestra responsabilidad como trabajadores de la salud mental relevar la importancia de estas marcas discursivas con el resto del equipo de trabajadores intervinientes. La finalidad de esta observación no es hacer una crítica al esfuerzo que se evidencia por parte del equipo de salud mental del hospital para producir intervenciones que no dejen al usuario como objeto de diferentes saberes, sino, por el contrario, señalar cómo tal vez las “ceremonias mínimas”, “pequeños actos que tienen el carácter de grandes acciones que se van enlazando entre sí, gestando nuevas redes discursivas y fácticas” (Minnicelli, 2010, p. 6-7), podrían llegar a tener efectos de gran alcance. Por otro lado, sitúo esto porque es un vicio discursivo que forma parte de todos los involucrados en el campo psi (practicantes, docentes y estudiantes) y es necesario que constantemente nos recordemos que reducir el ser a una etiqueta diagnóstica (“es ADD”, “es autista”) puede tener grandes impactos en la estructuración subjetiva.

## **TRANSFERENCIA, DEMANDA, SÍNTOMA**

Una de las preguntas que fundamentaron la elección del efector al momento de llevar a cabo la práctica profesional supervisada fue cómo pensar la dimensión de la transferencia en dicha institución. El interrogante fue sufriendo transformaciones e incorporó dos dimensiones que, hoy, considero que no pueden pensarse de manera desarticulada con la transferencia, a saber, la demanda y el síntoma. Digo *hoy* porque el pasaje por el hospital me permitió precisamente pensar la interrelación conceptual desde otro lugar.

El trabajador de salud mental se acerca al usuario en respuesta a un pedido. Creo que esto es esencial y no puede ser pasado por alto. En primera instancia, incluso cuando el paciente acepta hablar con alguien del equipo, nos encontramos al nivel del pedido, no de la demanda. Al referirse a la dialéctica de la frustración, Lacan (2013) dice que la necesidad (biológica), representada por un llanto, un grito, por ejemplo, es transformada en llamado al ser leída por el Otro. En ese movimiento, el objeto de la necesidad (que podríamos clasificar como mítico) se pierde, y el llamado toma la dimensión de demanda. ¿Demanda de qué? De presencia-ausencia del Otro, demanda de amor. Por esa razón el autor sitúa que el objeto con el cual el Otro responde, o no, adquiere su valor simbólico en tanto don (de amor). El deseo es el resto de la falta de reciprocidad (o de la no relación, podríamos decir) entre necesidad y demanda.

Lacan (1995) introduce la noción de “sujeto supuesto saber” (p. 241) y dice que cada vez que alguien encarna esta función “la transferencia queda desde entonces ya fundada”. Ese mismo seminario, el de *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, ubica el amor de transferencia con relación al saber, saber acerca del deseo. El analista, en función sujeto supuesto saber, estaría en posesión del ágalma, “ese objeto al que el sujeto cree que apunta su deseo, y en que lleva al extremo el desconocimiento del objeto como causa del deseo” (Lacan, 2010, p. 82). Es decir, se dirige al analista ya que supone que él posee el saber acerca de su deseo; la función sujeto supuesto saber es así la dimensión simbólica de la transferencia. Esto puede leerse en la frase: “Lo que hace del psicoanálisis una aventura única es la búsqueda del ágalma en el campo del Otro” (Lacan, 2015, p. 365). Por otra parte, antes de que esta operación se ponga en juego, primero es necesario que el paciente logre interrogarse acerca de su sufrimiento, que logre implicarse en él. Creo que recién aquí estaríamos en condiciones de hablar de síntoma, o de construcción sintomática en el trabajo analítico. En este sentido, la demanda toma una doble dimensión, por un lado se encuentra la demanda de amor, de presencia-ausencia, y por otro lado la “verdadera dialéctica de la demanda (en análisis) que es la que le impone hablar” (Colovini, 1995, p. 48), la “demanda de análisis” (Heinrich, 1996, p. 17). Así, llegamos a la articulación necesaria entre demanda-transferencia-síntoma.

### **¿Cómo se ponen en juego estos elementos en el hospital?**

He presenciado en diversas ocasiones cómo mediante una intervención por parte de un psicólogo del servicio, sea esta un señalamiento, puntuación o una pregunta, algo comienza a producirse. En los casos en los que las intervenciones lograron dicho estatuto, es decir, en los que pueden ser escuchadas, leídas, como tales, se genera un cambio en la expresión del usuario, podríamos decir que aparece un desconcierto. Creo que esto es un indicio, una manifestación de que la posición del usuario respecto al saber, saber que muchas veces se encuentra cristalizado, se trastoca. En otros términos, se abre la dimensión de la división subjetiva, como así también el circuito mencionado en los párrafos anteriores. Debo admitir que solía pensar que la transferencia se generaba, básicamente, de manera

espontánea, o tal vez jamás siquiera me había puesto a pensar qué se necesitaba para que aconteciera. He podido presenciar cómo se van instalando las condiciones de su posibilidad mediante las intervenciones de los analistas. Por supuesto que esto no ocurre con todos los usuarios ni en todas las entrevistas. En múltiples casos las condiciones para hacerlo no están dadas, principalmente en función del estado de vulnerabilidad subjetiva del usuario, y forzar una división subjetiva allí donde el usuario no puede soportarlo sería una interpretación salvaje. Durante mi paso por el hospital pude ver la importancia del *timing*, “el tiempo propio o personal de cada entrevistado, que depende del grado y tipo de organización de su personalidad para enfrentar sus conflictos y para resolverlos” (Bleger, 1985, p. 18), y, en función de esto, “calcular” el momento preciso, oportuno, de una intervención.

Por otra parte, pude comprobar que efectivamente se trata del “caso por caso”; que no existen recetas o intervenciones mágicas que puedan replicarse porque, por más parecidas que puedan llegar a parecer en un primer momento dos problemáticas, jamás serán leídas de la misma manera por quienes la transitan. Bien conocemos que desde los primeros trabajos de Freud de lo que se trata es de la realidad psíquica. En otros términos, podríamos decir que el analista opera con la construcción fantasmática del analizante, con su relación con un Otro que ha construido y que sostiene, sin saberlo, en sus síntomas, y que dicha relación se reconstruye a nivel discursivo.

## VIÑETA CLÍNICA

A continuación se presentará una viñeta clínica de un paciente que fue asistido por una psicóloga del Servicio de Salud Mental del H. E. C. A. Se han modificado los nombres de los involucrados con el fin de mantener el anonimato de estos.

Ramiro (16 años) ingresa a la guardia del H. E. C. A. debido a una infección urinaria. Siendo su ingreso un día feriado, en un primer momento se llama a la guardia soporte de salud mental para que lo evalúe, ya que Ramiro presenta, además de la infección urinaria, *rigidez y catatonía en los miembros inferiores y crisis de ausencia*. Manifiesta temor de que se le “haya ido la infección a las piernas”.

Luego de la evaluación, la Guardia Soporte indica una medicación y transmite la situación al Servicio de Salud Mental para que continúe con el abordaje de la situación.

Ramiro, en el marco de una de las entrevistas con la psicóloga del Servicio, expresa: “así como estoy no voy a caminar más”. En función de la complejidad del caso y de poder realizar un diagnóstico diferencial, el paciente es abordado con el Servicio de Neurología del hospital. Al acercarse a la habitación, la psicóloga ve que Ramiro se encuentra caminando por el pasillo de la sala de internaciones acompañado de una joven, Lorena, quien saluda a la psicóloga al verla. Se trata de la pareja de un expaciente, Martín, que había estado internado en el hospital luego de sufrir un accidente. Dicho accidente le produjo una cuadriplejía y, luego de una larga internación, falleció dos meses antes del ingreso de Ramiro al hospital. Durante la entrevista con la psicóloga, Ramiro relata que “está saliendo con Lorena hace dos meses”; “fuimos juntos a la primaria y nos reencontramos en el velatorio de Martín”. Dice: “Me hicieron un cóctel de medicación que me alivió y ahora puedo caminar”. Ramiro menciona que tuvo una internación previa en el hospital cuando le “habían dado una apuñalada”. En otro momento de la entrevista relata que no asiste a ningún Centro de Salud ya que “tiene muchos problemas en el barrio”.

Transcurrido unos días, Ramiro comienza nuevamente a *renguear*. “Tengo una pierna muerta”, “tengo todo el afecto puesto en las piernas”, relata. Solicita constantemente una muleta. Expresa una serie de *miedos*, cargados de certeza y especificidad terminológica del discurso médico, con relación a complicaciones de su *enfermedad*. En este punto la psicóloga interviene señalando que lo que describe fue lo que le pasó a Martín. “Ah, ¿sí? No me había dado cuenta...”, responde Ramiro.

Durante una entrevista con su madre, ella aclara que la primera internación de Ramiro no se había debido a una apuñalada, sino que se trataba de una apendicitis. También menciona que su hijo se dirige directamente de la escuela a la casa y no sale de su cuarto.

Una semana luego de su externación, Ramiro regresa a la guardia del hospital y solicita hablar con la psicóloga. Manifiesta que sus síntomas pueden ser producto de “(su) cabeza”. Relata que, al bañarse, se le presentó la idea de no poder mover un brazo e inmediatamente lo sintió paralizado. “Tuve que concentrarme mucho para poder volver a moverlo”; “me siento confundido”. La psicóloga pregunta a partir de qué momento puede comenzar a situar su confusión y él responde que luego de su primera internación.

## **¿Por qué Ramiro?**

La elección de este recorte clínico encuentra su fundamento en las diferentes lecturas que se suscitaron a lo largo del abordaje clínico. En lo personal, fue un primer acercamiento concreto a la importancia del tiempo de espera que se pone en juego en la práctica analítica, a la suspensión del juicio, la abstinencia. ¿Abstinencia de qué? De cargar de sentido, de llegar a “respuestas” apresuradas que lejos de habilitar el despliegue discursivo del analizante, lo obturan, lo clausuran. Podríamos pensar que a eso se debe que, en el discurso del analista, el S2 se encuentre debajo de la barra que lo separa del “a”, lugar del analista. Es decir, en el momento en que se ocupa el lugar del analista, el “saber”, la teoría, debe quedar suspendida, hasta un momento posterior, como ya se ha situado previamente. Aquí nos topamos con algo que puede resultar paradójico, porque si bien la abstinencia es la regla fundamental de la práctica psicoanalítica, esto no implica descuidar la importancia del diagnóstico. Vale aclarar que no se piensa este como entidad clasificatoria, sino como hipótesis provisoria, fundamental para determinar la dirección de la cura. Decimos “hipótesis provisoria” porque si algo puede extraerse de este caso, y retomando lo mencionado al comienzo del párrafo, es que la hipótesis se modificará en función del material que se desprenda de las entrevistas. Con esto no queremos insinuar que el diagnóstico estructural sea moldeable, sino que en el caso de la adolescencia es justamente la estructuración subjetiva misma la que está puesta en juego.

## **Aproximaciones de lectura**

En una lectura de las primeras entrevistas del caso, podríamos pensar que el síntoma de Ramiro, a saber, la parálisis, podría ser resultado de una identificación histérica. Sobre este mecanismo, Freud (1921) nos dice que la identificación es el mecanismo mediante el cual el yo puede adquirir propiedades del objeto. De esta manera, y desde una lectura muy freudiana, podríamos considerar que Ramiro generó una identificación al síntoma de Martín que lo aproximaba a su objeto de deseo. Digo “muy freudiana” porque debo admitir que durante este periodo de entrevistas me resultaba “de manual”. Me recordó de inmediato el análisis que hace Freud (1905) respecto a diversos síntomas de Dora al decir que “ella había averiguado cuán provechosamente pueden usarse las enfermedades” (p. 35). Recordemos que en el mismo texto Freud sitúa que aquello que diferencia a la histeria del resto de las psiconeurosis es la “solicitud somática que procura a los procesos psíquicos inconscientes una salida hacia lo corporal” (p. 38).

Sin embargo, durante las siguientes entrevistas, comienza a entreverse el sinsentido y la certeza en el discurso. Ramiro sitúa el comienzo de sus estados confusionales luego de su apendicitis. Considero que aquí se encuentra una de las claves para habilitar otra lectura del caso, en tanto representa un acontecimiento traumático para este usuario.

## **Puntualizaciones teóricas**

En el seminario 20, Lacan (1992) dice “La contingencia es aquello en que se resume lo que somete la relación sexual a no ser, para el ser que habla, más que el régimen del encuentro” (p. 114). Con esto en mente, se puede vincular lo contingente con lo posible, en tanto algo puede, o no, acontecer. La contingencia también presenta una dimensión de lo inesperado, que irrumpe, y por lo tanto puede adquirir una dimensión de acontecimiento, es decir, marcar un antes y un después en la vida del paciente. Dicho en otros términos, puede constituirse como un trauma. Por supuesto que sabemos desde Freud que dependerá del

caso por caso que una situación particular adquiera o no valor traumático. Es decir, no es un hecho en sí mismo, o la “gravedad” de este, lo que lo vuelve traumático, sino el lugar que ocupe para el analizante y la lectura que este pueda, o no, hacer de él. Es precisamente por esta razón que el trauma y lo contingente se articulan: cualquier situación del orden de lo posible puede tener un impacto traumático.

El trauma, nos dice Laurent (2005), “es un agujero en el interior de lo Simbólico” (p. 46). El síntoma es la respuesta que se ha podido construir a lo traumático de lo Real. Recordemos que la elaboración sintomática se asentará sobre la construcción fantasmática, es decir, dependerá de la forma singular en la que el ser hablante responda a la pregunta sobre el goce del Otro.

En este punto, resulta relevante hacer ciertas precisiones acerca de la adolescencia. Retomando a Stevens (2000), la adolescencia es “el surgimiento de una novedad, es decir que ella misma es un nuevo síntoma al cual se introduce el sujeto” (p. 51). Se produce un segundo despertar de la sexualidad, en donde se pondrán a prueba las operaciones que el niño haya realizado al atravesar el primer despertar de la sexualidad. Lacan (2013) explica que mediante la interiorización paterna, el niño “tiene en reserva todos los títulos para usarlos en el futuro” (p. 201). Continúa: “El niño tiene todos los títulos para ser un hombre y lo que más tarde se le pueda discutir en el momento de la pubertad se deberá a algo que no haya cumplido del todo con la identificación metafórica con la imagen del padre” (p. 201). Es decir, que la adolescencia de por sí implica un momento traumático, y el ser hablante podrá responder a esta en función de las vicisitudes de su pasaje por el complejo de Edipo. En palabras de Fabrikant y Heffes (1993):

Hay un armado antiguo y los fantasmas de la primera infancia se reactivan en este segundo momento de la sexualidad. La pubertad actualiza la imposibilidad de la relación sexual en el momento en que el sujeto está dispuesto biológicamente para realizar ese acto. Hay trauma sexual, justamente porque la relación entre los sexos es imposible. (p. 99)

Esta cita remite a la famosa frase que Lacan (1992) pronuncia en el Seminario 20 en el que indica que “No hay relación sexual”. ¿Qué significa esta frase? Sin adentrarnos en la complejidad que implican los matemas de la sexuación desarrollados a lo largo de dicho seminario, podemos situar que, retomando a Freud, Lacan plantea que la sexualidad no es una cuestión de sexo biológico, sino de una elección inconsciente que tiene por consecuencia una modalidad de goce particular, y las formaliza. En el lado izquierdo, Lacan desarrolla la posición “Todo”, caracterizada por la función fálica, lo que posibilita una regulación, un límite, una localización. Del lado derecho, ubica el goce “No-Todo”; esto significa que los seres hablantes que se inscriban en esta lógica de goce estarán inscriptos también en lo fálico, pero No-Todo; es decir, existe algo que escapa a la regulación, a la significación. La modalidad de este goce particular remite a una relación con el S ( $\mathcal{A}$ ), que se vincula con el lado ilimitado, no localizado, no simbolizable, “loco”, en tanto se encuentra más allá de la función fálica. Explica que el goce No-Todo es suplementario y no complementario, he aquí la causa de la no proporción sexual; lo que lleva a Lacan a decir que no existe la relación sexual. Es decir, ambos sexos no se complementan, no encajan justo como dos piezas de rompecabezas. Este punto de imposibilidad sexual es, como ya mencionamos, lo que caracteriza el encuentro con un Real, traumático, en la adolescencia.

En “Clínica de los fracasos del fantasma”, libro que considero de un riquísimo valor clínico, Silvia Amigo (2012) relata que ha trabajado con pacientes que, durante el segundo despertar sexual, encuentran complicaciones para “rearmar una nueva investidura imaginaria, una nueva asunción de su cuerpo que pueda operar la cobertura del nuevo real que irrumpe” (p. 142). Sitúa que “hay una enorme diferencia clínica entre tener un *yo* dependiente de la imagen, de regulación frágil, alienada y dependiente de la relación especular, y poder contar con un *yo* más allá del espejo” (p. 126). La autora hace mención al estadio del espejo elaborado por Lacan. “Algo tiene que agregarse al autoerotismo, una nueva acción psíquica, para que el narcisismo se constituya”, dice Freud (1914, p. 74). Lacan sitúa esta “nueva acción psíquica” en la identificación imaginaria, en donde el *infans* ve su imagen reflejada en el campo del Otro que, en el mejor de los casos, permitirá la incorporación del “yo ideal” para la conformación del narcisismo; a esto se refiere con un “yo más allá del espejo”. La autora sitúa que se necesita de una instancia tercera que actúe como mediadora para que el niño no quede capturado en el campo del Otro. “En las elecciones que hace el sujeto en los momentos de su constitución, el Otro tiene un papel fundamental (...) pero también el sujeto ha de efectuar su decisión más allá del Otro” (Cazenave, 1999, p. 47). Podemos ver cómo la lógica de la alienación y la separación se pone en juego.

Lacan (2014) desarrolla las dos “operaciones de la realización del sujeto en su dependencia significativa respecto del lugar del Otro” (p. 214), a saber, la alienación y la separación. Plantea que ambas operaciones implican una superposición de dos faltas.

Para comenzar con la alienación, operación que Lacan sitúa anterior (pensando siempre en tiempos lógicos) a la separación, quisiera citar una frase del Seminario recién mencionado. “El sujeto depende del significante y el significante está primero en el campo del Otro” (p. 213). De esta cita se desprenden ciertas conclusiones. En principio, el sujeto depende del significante, es decir, es un efecto de este. Asimismo, si el significante se encuentra en el campo del Otro, se deduce lógicamente que dicho campo antecede al sujeto y que este deberá pasar por él para lograr su constitución. Por último, y entendiendo que para Lacan el significante no significa nada sino en su articulación con otro significante, planteamos que el sujeto es efecto de la articulación significativa, de la cadena significativa. La alienación es entonces la operación mediante la cual el sujeto se identifica a un significante del campo del Otro que lo representa para otro significante. En otras palabras, el sujeto sólo puede aparecer escindido, dividido entre dos significantes, “si aparece de un lado como sentido producido por el significante, del otro aparece como afanisis” (p. 218), a entender, desaparece bajo la cadena significativa. Encontramos aquí la primera de las dos faltas antes mencionada, la falta del lado del sujeto, la falta en ser.

La segunda falta remite al campo del Otro. Acabamos de situar que el niño se encuentra, en principio, alienado al campo del Otro. El niño encontrará tropiezos, fallas en el discurso del Otro, ausencias, lo que llevará a interrogarlo acerca del deseo de éste. El ser hablante ofrece el primer objeto que conoce para taponar esta falta, su desaparición. Como ejemplo, podemos decir que esto es lo que se encuentra en juego en la anorexia mental, donde el sujeto le ofrece su propia desaparición al Otro. Debe ponerse en juego una terceridad que actúe como separación entre el sujeto y la cadena significativa del Otro.

La función paterna opera como cote del goce devorador del Otro materno, evitando que el niño sature (por completo) la falta de la madre y, por tanto, habilitando el campo del deseo. La metáfora paterna sustituye el significante del Deseo de la madre por el significante Nombre-del-padre, introduciendo la significación fálica y dando origen a la simbolización. Como acabamos de situar, esta operación implica una sustracción de goce en el Otro, que

hasta entonces podríamos situar como *Das Ding*; nótese que decimos sustracción y no vaciamiento total, ya que de esta operación queda un resto de Goce que resiste cualquier intento de simbolización e imaginización... aquello que Lacan denominará “objeto a”. El objeto a es entonces un condensador de goce que se extrae del cuerpo, produciendo una separación entre goce y cuerpo. La metáfora paterna introduce un punto de imposibilidad, habilita el discurso, entendido como lazo social, ya que el ingreso a la cultura se paga con una renuncia de goce. El recubrimiento de ambas faltas, la del Sujeto y la del Otro, es lo que posibilita la construcción fantasmática.

Con estas categorías teóricas en consideración, retomemos el análisis del caso.

### **Otra vuelta de tuerca**

Habíamos situado que Ramiro replica el cuadro clínico de Martín al mencionar, con absoluta certeza, posibles complicaciones. Freud (1921) nos dice: “la identificación es parcial (...) pues toma prestado un único rasgo de la persona objeto” (p. 101). El autor también explica que “Sólo se discierne que la identificación aspira a configurar el yo propio a semejanza del otro, tomado como *modelo*” (p. 100). ¿Pero qué sucede si, como planteaba Silvia Amigo, el ser hablante no puede prescindir del soporte especular? Es decir, para la constitución del narcisismo, incluso del cuerpo tal como lo pensamos desde el psicoanálisis, es imprescindible el pasaje por lo especular, a condición de que pueda producirse una separación mediante una terceridad simbólica. ¿Podríamos pensar que las condiciones no estuvieron dadas para que Ramiro pudiera hacer ese pasaje? Recordemos que, en el Seminario 3, Lacan (2013) menciona que en la psicosis, al no producirse la inscripción del significante Nombre-del-Padre, el ser hablante debe apelar al uso de una compensación, de una prótesis imaginaria que le permite suplir, hasta cierto punto, la carencia simbólica. De la misma manera que Schreber realizó una identificación especular a sus pares, identificación que pudo utilizar como prótesis. Es importante situar que Ramiro en repetidas ocasiones solicitó “una muleta”. ¿Podríamos considerar que frente a una irrupción de lo real Ramiro hizo un “calco” especular frente a una dificultad con lo simbólico? Considero que en la identificación se pone en juego algo de lo Uno, es decir de la primera marca que da cuenta de lo más singular del ser hablante. ¿Podemos hablar de identificación en este caso, o podríamos pensar algo más del orden de lo “idéntico”?

Lacan (1995, p. 245) plantea que existen situaciones en las que “la primera pareja de significantes se solidifica, se holofrasea”. La indicación de Laurent (1989) respecto a esta frase es clara: no es la pareja hijo-madre, sino de la primera pareja significativa. Es decir, es la cadena lo que se solidifica. Situar la petrificación al nivel de la cadena significativa es por tanto diferente a plantear una simbiosis madre-hijo. Ubicarla en el no intervalo de la cadena implica una imposibilidad de deslizamiento metonímico. Lacan (1995) explica que la holofrase se produce en “toda una serie de casos; si bien hay que advertir que el sujeto no ocupa el mismo lugar en cada caso” (p. 245). Por esto entiendo que según el lugar de la cadena en la que se produzca la holofrase, habrá diversas presentaciones clínicas.

En la psicosis, podríamos situar que la petrificación se produce en el intervalo entre S1 y S2; hay sentido puesto en juego, evidenciado por el delirio como posibilidad de arreglo sintomático. Podríamos hipotetizar, de todas formas, que es la holofrase la que explicaría la certeza psicótica; es decir, que no se produce una articulación significativa respecto al saber, sino que este se fija. Es importante, por otro lado, aclarar que la certeza que se pone en juego en la psicosis es que aquello le concierne. Es decir, la certeza no está en “creer” que el

contenido de una alucinación tenga un correlato empírico, por ejemplo, sino que aquello que le retorna está dirigido a él.

Si la única manera de tramitar una vivencia traumática es mediante el sentido, es decir, velar vía sintomática el agujero que se “presentifica”, ¿podríamos encontrar en el “me apuñalaron” la respuesta que pudo ofrecer Ramiro? Silvia Amigo (2012) dice: “Es de notar la fuerza de ese real en la adolescencia, ya que la mayoría de los brotes psicóticos acaecen en el medio del segundo despertar sexual” (p. 142). Es decir, las diferentes operaciones que se llevan a cabo en la niñez determinarían un modo particular de relacionarse con el Otro y responder a la pregunta “¿Quién soy”, pregunta que atraviesa los momentos lógicos desarrollado por Lacan, pero el desencadenamiento se produciría recién en la adolescencia. La adolescencia es el “tiempo de puesta a punto, es el tiempo que llamamos verificación de la estructura” (Fabrikant, Heffes, 1993, p. 100). ¿Podemos sin embargo *afirmar* que Ramiro produjo un desencadenamiento que dio por resultado un síntoma delirante o se trata acaso de lo que Silvia Amigo denomina como “fracasos del fantasma”, es decir, aquellas presentaciones clínicas que dan cuenta de una manera particular de atravesar “el estadio del espejo”? Considero que falta material clínico para poder determinarlo, pero esta última opción me resulta una interesantísima propuesta de lectura de diversos casos clínicos que no “encajan sin más” en la tripartición estructural desarrollada por Freud y que, en lo personal, creo que responden a transformaciones contemporáneas del lazo social.

Por otro lado, podemos situar que en la última entrevista se pone de manifiesto la producción de una fisura, un movimiento en el marco fantasmático que Ramiro había construido como velo de lo traumático. Esto se escucha en el “me siento confundido”. Retomemos lo ya indicado anteriormente en el trabajo. La “confusión” suele ser indicio de la interrogación de un saber que hasta el momento ocupaba un lugar de verdad. En el seminario 10, Lacan (2015) describe que la angustia emerge en el momento en el que se produce una vacilación del fantasma, lo cual genera por resultado un sentimiento de extrañeza. En esta entrevista puede leerse un deslizamiento, en el que aparece la dimensión de la implicación en el síntoma, que puede ser producto su “cabeza”. Podríamos quizá ubicar aquí lo que constituiría las condiciones de posibilidad de entrada a un análisis.

## CONCLUSIÓN

Para finalizar, quisiera hacer una breve mención sobre la importancia de la presencia de psicoanalistas en el ámbito hospitalario. La práctica tiene por objetivo que durante la internación de los usuarios, tiempo de ruptura de su vida cotidiana, se pueda generar un interrogante con relación a su modalidad de goce. Lacan (1966) advierte sobre la importancia de no descuidar la dimensión del goce de los pacientes, insistiendo en que la dimensión ética es aquella que apunta a la dirección del goce. Nos encontramos en un momento donde la tecnociencia avanza a pasos agigantados y, al mismo tiempo, se crean instrumentos para poder analizar elementos cada vez más reducidos con el fin de llegar a explicaciones electroquímicas. Creo que es imprescindible que en el servicio de salud mental de un hospital se opere desde otra lógica de trabajo; que aloje el sufrimiento, en lugar de intentar nombrarlo o limitarlo al soma. En esta línea, retomo la importancia del valor social que tiene no reducir al usuario a una etiqueta diagnóstica y, asimismo, el de recordar constantemente que no es el profesional quien posee el saber acerca del sufrimiento del paciente, sino éste mismo.

Con respecto a la aplicación del psicoanálisis en el H. E. C. A., puedo concluir que considero que se trata en principio de un abordaje de la situación traumática mediante la posibilidad de la puesta en palabras. Es decir, apostar a permitir, mediante el relato, que la situación traumática forme parte de una historización y no quede en un presente continuo. Freud (1920) establece que “el análisis se descompone en dos fases nítidamente separadas” (p. 145). La primera fase podríamos decir que tiene que ver con la construcción del síntoma; ya hemos hecho mención de que el síntoma no es aquello con lo que el usuario o analizante llega, sino que es una construcción que surge en el trabajo analítico. En la segunda, una vez establecida la interrogación e implicación por parte del usuario, podemos decir que se entra al análisis propiamente dicho. Considero que el trabajo de los psicólogos del H. E. C. A. podría situarse en esta primera fase descrita por Freud, con el objetivo de que el usuario, si así lo desea, pueda comenzar un trabajo de análisis en el efector correspondiente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Amigo, S. (2009) *Paradojas clínicas de la vida y la muerte*. Buenos Aires, Argentina: Homo Sapiens.
- Amigo, S. (2012). *Clínica de los fracasos del fantasma*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Amigo, S. (2014) *Deseo del analista... un deseo sin fantasma*. Extraído de en <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=2127>.
- Bleger, J. (1985). *La entrevista psicológica*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión SAIC.
- Cazenave, L. (1999). *El tiempo lógico en Lacan. Los tiempos de subjetivación en la enseñanza de Lacan. A) En referencia a la identificación*.
- Colovini, M. (1995) *Un dispositivo para la admisión*. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.
- Fabrikant, C. R.; Heffes, P. (1993). La pubertad. En *II Jornadas Nacionales Centro Pequeño Hans*. Buenos Aires, Argentina: Atuel.
- Foucault, M (1984). El juego de Michel Foucault. En *Saber y Verdad*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- Freud, S. (1901). *Fragmento de análisis de un caso de histeria*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Heinrich, A. (1996). *Cuando la neurosis no es de transferencia*. Buenos Aires, Argentina: Homo Sapiens.
- Lacan, J. (1966). *Psicoanálisis y medicina. El lugar del psicoanálisis en la medicina*. Traducción de Rodríguez Ponte, R. Extraído de: <http://elpsicoanalistalector.blogspot.com.ar/2008/05/jacques-lacan-psicoanlisis-y-medicina.html>
- Lacan, J. (1992). *Seminario 20, Aún*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1995) *Seminario 11, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1998) *Seminario 7, La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (2010). *De los nombres del padre*. Buenos Aires: Argentina, Paidós.
- Lacan, J. (2013). *Seminario 3, Las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (2013). *Seminario 4, La relación de objeto*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (2013). *Seminario 5, Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (2015) *Seminario 10, La angustia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Laurent, E. (1989) Vigencia de tres exigencias deducidas de las enseñanzas de Lacan acerca de las psicosis. En *Estabilizaciones en las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Manantial.
- Laurent, E. (2005). El tratamiento de la angustia postraumática: sin estándares, pero no sin principios. En *La urgencia generalizada 2*. Buenos Aires, Argentina: Grama ediciones.
- Maciel, F. (2001). Lo posible y lo imposible en la interdisciplina. Revista de L'Associació Catalana D'Atenció Precoç, 17-18. Disponible en <http://latintraining.sysprop.net/latintraining/fepi/biblio/INTE/Macielloposibleeimposibleeninterdisciplina.pdf>

- Manino, J. A. (2008) Clínica y transmisión. En *Nadja* n.º 12. *La herencia de Lacan: lo vivo y lo muerto*. Rosario, Argentina.
- Minnicelli, M. (2013). *Ceremonias mínimas. Una apuesta a la educación en la era del consumo*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens.
- Stevens, A. (2000). Nuevos síntomas de la adolescencia. En *Lazos*. Rosario, Argentina: Editorial Fundación Ross.