

XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2023.

El concepto de discurso como articulador entre escucha analítica e interconsulta hospitalaria.

Fernández, Analía.

Cita:

Fernández, Analía (2023). *El concepto de discurso como articulador entre escucha analítica e interconsulta hospitalaria*. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-009/374>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ebes/GqG>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

EL CONCEPTO DE DISCURSO COMO ARTICULADOR ENTRE ESCUCHA ANALÍTICA E INTERCONSULTA HOSPITALARIA

Fernández, Analía
Hospital Manuel Belgrano. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo se desprende de la investigación en curso De la interconsulta a la situación de interconsulta. Aportes de la escucha analítica, correspondiente a la maestría en Psicoanálisis de la Facultad de Psicología, UBA. En esta ocasión, nos proponemos abordar el concepto de Discurso propuesta por Jacques Lacan (1969-70) a fin de problematizar las modalidades de lazo que se establecen en el trabajo diario entre colegas en el hospital. Tanto la cuestión de la verdad velada de cada discurso, como la posibilidad de la rotación de sus elementos serán los elementos claves a considerar en nuestro trabajo.

Palabras clave

Discurso interconsulta - Verdad saber - Escucha analítica - Lazo social hospital

ABSTRACT

THE CONCEPT OF DISCOURSE AS ARTICULATOR BETWEEN ANALYTICAL LISTENING AND HOSPITAL INTERCONSULTATION
The present work is derived from the ongoing investigation From interconsultation to the situation of interconsultation. Contributions of analytical listening, corresponding to the master's degree in Psychoanalysis of the Faculty of Psychology, UBA. On this occasion, we intend to address the concept of Discourse proposed by Jacques Lacan (1969-70) in order to problematize the bond modalities that are established in the daily work between colleagues in the hospital. Both the question of the veiled truth of each discourse, as well as the possibility of rotating its elements will be the key elements to consider in our work.

Keywords

Interconsultation discourse - Truth to know - Analytical listening - Analytical listening - Hospital social bond

Introducción

El presente trabajo se desprende de la investigación en curso *De la interconsulta a la situación de interconsulta. Aportes de la escucha analítica*, correspondiente a la maestría en Psicoanálisis de la Facultad de Psicología, UBA. En esta ocasión, nos proponemos abordar la noción de discurso propuesta por Jacques Lacan (1969-70) a fin de problematizar las modalidades de lazo que se establecen en el trabajo diario entre colegas en el hospital. La cuestión del poder -y el saber, que con él se entrama- son temas que se ponen en juego de modos diversos en el hospital y, especialmente, en lo que hace a los pedidos de interconsulta. Silvina Gamsie (2009) afirma que en la interconsulta somos convocados como psicopatólogos, es decir, como representantes de una de las tantas especialidades que existen en los nosocomios. Esto implica que se nos adjudique un saber especializado, en tanto el especialista es aquel que tiene conocimientos profundos en un campo determinado. Sin embargo, también sucede que nos convocan porque nos suponen cierto *saber-hacer* con lo insoportable, con lo amoroso -y su carencia- y/o con lo desconocido. Allí no se trata entonces de que aportemos conocimiento sobre la *enfermedad mental* exclusivamente, sino sobre lo que pertenece, para aquel que pide, a un campo completamente desconocido y/o que prefiere evitar.

Lacan (1969-70) formaliza modalidades posibles de lazo social con el establecimiento de sus cuatro -o cinco- discursos, en los cuales pone en juego el entramado *saber-poder*. Por lo tanto, proponemos trabajar el concepto de discurso como herramienta de lectura del entramado entre escucha analítica e interconsulta, a partir de considerar que el psicoanálisis lo postula sobre la base de la relación del significante con el deseo y el goce (Murillo, 2021).

La verdad verdadera

Los cuatro discursos que inicialmente propone Lacan (1969-70) son el del Amo, el universitario, el del analista y el de la histérica, cuya estructura común parte de cuatro lugares: agente, otro, producción/plus de goce y verdad, siendo éste último velado por excelencia. A su vez, formula que cada discurso se elabora sobre la base de un cuarto de giro de otro; es decir, rotando uno a uno los elementos en relación con los lugares antedichos: es esto lo que permite el cambio de discurso, y con él, la posibilidad de modificar el modo de enlazarse. Tanto la cuestión de la verdad velada de cada discurso, como la posibilidad de la rota-

ción de sus elementos serán los elementos claves a considerar en nuestro trabajo.

Ahora bien, si nuestra intención es hacer de los discursos una herramienta de *escucha-lectura-escritura* en terreno hospitalario, resulta imprescindible diferenciar el estatuto de saber del de verdad para el psicoanálisis Lacaniano. Como dijimos, los discursos son un modo de explicitar, entre otras, las relaciones de saber que se establecen, incluyendo siempre en su estructura y en articulación con el saber, el estatuto de verdad. El discurso Universitario, por ejemplo, busca estipular un saber completo, que diga *la* verdad. Sin embargo, desde la escucha analítica no nos referimos a *lo verdadero* como aquello velado que se revela; desde este posicionamiento, el saber no arroja verdad alguna. Esto es central para nuestros planteos. “El énfasis no está puesto en el contenido de la verdad, sino en la letra que ocupa el *lugar de la verdad* y los efectos que produce a nivel de los discursos” (Kahanoff & Laje, 2016, p.195). Al respecto, Lacan (1969-70) postula que el saber no se parece en nada con la verdad, sino que más bien son incompatibles entre sí.

La verdad es, para el psicoanálisis y desde donde proponemos orientar nuestra escucha, imposible por estructura ya que se produce en relación con lo real. Se trata de una verdad sostenida en una hiancia, que importa por lo que ella pone en su lugar. Por lo tanto, no nos interesa saber qué es la verdad, sino que su efecto produce justamente la caída del saber, la cual “...es la que hace producción, que luego debe retomarse” (Lacan, 1969-70, p.202). Desde esta concepción, la verdad -en relación con el saber- sólo se puede presentar como un *medio-decir*.

Entonces, todo discurso produce una verdad que está medio dicha. En el discurso del Amo, la verdad que se escabulle es que el Amo está castrado, es decir que queda enmascarada la división del sujeto. Por el hecho de que esta verdad esté velada es que el discurso Amo se cree unívoco. En su reverso, el discurso analítico apuesta a instalar un sujeto que no es unívoco, quedando el saber en el lugar de la verdad, donde la clave está en que no se trata de cualquier saber, sino de un saber interrogado. Por lo tanto, se produce allí un saber medio-dicho, ya que toca algo de lo real -imposible de decir por estructura. En el discurso universitario, en cambio, el saber se propone como posible de ser completo y se ubica en el lugar dominante, del orden, del mando, en donde Lacan (1969-70) sitúa que “de ahí proviene el movimiento actual de la ciencia” (p.108).

Se entiende, así, que Lacan (Ibid.) haya intentado estructurar -vía los discursos- las tres profesiones imposibles que postuló Freud (1937): gobernar -con el discurso Amo-, educar -con el universitario- y analizar -con el del analista-. Agregando, además, lo imposible del *hacer desear* representado en el discurso de la histórica. Es decir, se esfuerza en formalizar aquello que es imposible de realizar, transmitiendo vía sus discursos estructuras de imposibilidad: “Imposibles en tanto se trata de una praxis que pretende ceñir un real en juego, donde verdad y mentira quedan del mismo lado respecto al lugar de causa” (Kahanoff. & Laje,

2016, p.200). En este sentido, nos preguntamos por el estatuto del acto de curar, entendiéndolo al mismo, también, como un imposible, que por momentos incluye características del *gobernar* y/o del *educar*. Lo que resulta claro, entonces, es que el psicoanálisis tiene lugar siempre que haya algún imposible a tratar.

Se propone, así, una lógica en donde no todo puede ser dicho, de donde se desprende que no hay saber ni verdad absoluta. De allí que el psicoanálisis promueva un trabajo donde el obstáculo de lo imposible queda dentro de su campo de acción. “Lacan, advertido de que no hay acceso directo a lo real, propone que la verdad es un lugar necesario en los discursos, en un borde con lo imposible” (Kahanoff. & Laje, 2016, p.198). Es justamente esa verdad velada de cada discurso lo que deja abierta la hiancia para que el cuarto de vuelta, el cambio de discurso sea una posibilidad. La verdad como no-toda habilita un lugar a la emergencia de la contingencia que, cuando aparece, produce una subversión, cambia el discurso y algo nuevo se escribe.

Una búsqueda de verdad como equivalente de saber sólo señala su impotencia respecto de lo real (del síntoma). La inclusión de la escucha analítica en la interconsulta es clave para ir más allá de estas posiciones, al situar lo imposible en aquello que escapa a cada discurso y que no se puede escribir mediante lo simbólico. Se trata, por lo tanto, de una subversión de la verdad que implica un *no sin verdad*. Que la verdad sea no-toda es parte de una toma de posición que implica, del lado del analista, dejar algo como no sabido y, del otro lado, soportar la impotencia de la verdad. Esa es la hiancia que da lugar a lo novedoso, al establecimiento de una nueva modalidad de lazo social más allá de las estructuras organizativas de una institución.

La ciencia y la verdad

En su enseñanza, Lacan (1969-70) hace referencia, además, al discurso médico y al de la ciencia, de los cuales pueden situarse características que les son propias. Sin embargo, los mismos no son formalizados en sus esquemas ni tampoco se corresponden, estrictamente, con uno u otro de los cuatro discursos estipulados. A modo general, destacamos el hecho de que no existe situación que se corresponda con un único discurso, por esto mismo es que podemos encontrar el discurso analítico en ámbitos que poco tienen que ver con el dispositivo clásico de atención. En su obra, Jean Clauvrel (1978) realiza un esfuerzo por caracterizar el discurso médico, situando su punto de partida en el nominar y separar lo normal de lo patológico, siendo necesario privilegiar ciertos hechos y excluir otros que pudieran contradecirlo en su consolidación. En este sentido, señala que se trata de un discurso normativo -en donde el médico retendrá exclusivamente lo que resuena respecto a dicho discurso- que, por ende, incluye una sanción terapéutica. Propone que su preocupación no es el hombre sino la enfermedad, aunque en él se incorporen cierta idea sobre el hombre, su libertad y su Ser. Afirma, incluso, que es la enfermedad la que constituye al médico como tal, aunque es dicho discurso el que constituye a la enfermedad como

“causa del sufrimiento del enfermo y causa de la intervención del médico” (p. 136). Sostiene que la medicina afirma su carácter científico mediante diferentes teorías que van cambiando según pasan los años, destacando que su permanencia no se produce por los hechos en sí, sino porque el discurso médico constituye a los hechos como tales.

Al respecto, el autor propone que lo que interesa al psicoanálisis no es la permanencia de dicho discurso sino su inmovilidad y, con ella, lo que constituye y destituye. Con esta orientación, sitúa que es el discurso médico el que hace que alguien se constituya como médico y otro como enfermo. Esto insta un *Orden médico* en el cual todos estamos inmiscuidos, lo sostenemos y nos sostiene (Ibid.).

Hace un tiempo, una analizante que estaba por empezar a estudiar medicina, justificó su elección de carrera explicando que le entusiasmaba *salvar vidas*. El Orden médico insta -para todos, como partes de dicho discurso- que el profesional debe saber curar o, de lo contrario, que debe haber alguien más que podrá hacerlo y al que deberá convocar. Señalamos que, cuando dicho *saber curar* se presenta como una verdad absoluta, cuando dicho *deber* se instala como Ideal inamovible, el sufrimiento de quien lo sostenga -sea profesional, *enfermo* o familiar- se vuelve aplastante.

En este sentido, Clauvrel (1978) explicita que existe un único discurso sobre el sufrimiento y es el de la persona que lo experimenta, “es decir, el del «enfermo», aun cuando no podemos designarlo con ese nombre sin entrar ya en el discurso médico” (p.182). Sin embargo, destaca que la medicina no quiere ni puede saber nada de *ese* sufrimiento, nombrándolo, en su lugar, como dolor, opresión, fiebre, etc., ya que existe en dicho campo como síntoma “en tanto es formulable en los significantes que constituyen un síndrome que tiene un lugar en la nosología” (Ibid.).

Por lo tanto, el llamado discurso médico -que nada tiene que ver con la persona del médico- puede ser concebido como un campo en sí -hablamos, aquí, del discurso médico clásico que se inaugura con el juramento hipocrático-, asemejándose en su estructura, generalmente, al discurso del Amo. Con el tiempo y los cambios históricos, dicho discurso se fue *cientificando* poco a poco, quedando entremezcladas las características de éste con las que Lacan adjudica al discurso de la Ciencia. Cuando el mismo se presenta con esas particularidades, situamos su modo de lazo social más cercano al discurso universitario. A esto se suma la inclusión de la técnica en la Ciencia -y sus adelantos, que no frenan-, complejizando y modulando, aún más y de manera diferente, el discurso médico. Situamos, incluso, que en ciertas circunstancias el avance de la técnica es tal que casi no pueden encontrarse vestigios del discurso médico clásico, quedando el mismo estructurado -por momentos- con las características del pseudo discurso capitalista.

Como interconsultores, desde una escucha analítica, partimos del hecho de que todo discurso produce un sujeto. Postulamos que en los pedidos de interconsulta escuchamos, inicialmen-

te, *lo que el médico dice acerca de lo que le pasa al paciente* (Fernández, 2021). No tomar esto como verdad absoluta y, en su lugar, abrir -vía preguntas- a la emergencia del decir del paciente al respecto (¿de qué sufre, más allá de lo que otros digan, más allá de lo que sugiera determinado discurso en el que está entramado el sujeto?) introduce no sólo la subjetividad de éste último, sino también la posibilidad de escuchar analíticamente cómo esto se entramó, entrama y entamará -a partir de nuestra devolución- con los profesionales que solicitaron la interconsulta. Escucha analítica que se propone como apertura, que va más allá de lo que se dice, buscando situar una hiancia en aquel discurso que se ha instalado como único y que da lugar a la sorpresa, al introducir lo inesperado. En este sentido, el trabajo con el discurso médico -que, como situamos, puede presentarse tanto en los médicos, como en el paciente, en la familia, entre otros- apunta, justamente, a la emergencia de una subjetividad otra, allí donde se interviene sobre un cuerpo, con cierta conceptualización sobre la salud y la enfermedad.

Benjamin Uzorskis (2002) analiza cómo ha ido cambiando la función del médico al entramarse con los avances de la ciencia. Sitúa que, en sus orígenes, el acto médico tuvo mucho de *artesanal*, bajo una modalidad cercana al *Uno por Uno*. En la actualidad, los datos referidos a lo que le sucede al paciente están al alcance del médico, pero a través de un objeto intermedio: los resultados de laboratorio, las imágenes, las placas radiográficas, etc. “Es importante ubicar que esta *ausencia de lejanía* con relación a lo que sucede en el organismo del paciente es, paradójicamente, la omisión de la *proximidad* del médico con relación a ese paciente que se angustia y sufre por la enfermedad que se localiza en su organismo” (p.79). Uzorskis, siguiendo a Heidegger, propone que el saber proporcionado por la Ciencia es compulsivo: realizarle cada vez más estudios al paciente, estudiarlo más, saber más... Postula, así, como producto de la intermediación de aparatos y de estudios diversos, la lenta desaparición del concepto de *relación médico-paciente*, volviéndose ésta última cada vez más anónima e impersonal. Debido a esto, el autor señala que comienza a aparecer también el *burn out* en los profesionales por la falta de gratificación en la tarea. Al respecto, agrega ciertos elementos de coacción que trastocan el discurso médico: *la presión de la industria farmacéutica, la presión sociocultural* -que incluye un cambio de actitud ante el sufrimiento del paciente, devenido ahora en cliente (Ibid.). Un ejemplo de esto es la exigencia del giro cama más allá del criterio clínico-.

Uzorskis articula, entonces, los avances de la Ciencia con el discurso médico, pero también precisa lo imprescindible de considerar los efectos de su mercantilización. En este sentido, propone que ya no podemos seguir hablando de la relación médico-paciente exclusivamente, sino que debemos incluir en dicha diada, la institución. Entendemos que, en la actualidad, el discurso médico bajo esta modalidad -es decir, leyéndolo como trípode: médico-institución-paciente- potencia el olvido del sufrimiento del sujeto singular y su necesidad de ser escuchado.

Los discursos y el hospital

Situamos, con lo antedicho, que en la tarea diaria de la interconsulta nuestra apuesta es *preservar* el discurso médico, en el sentido de no buscar completarlo ni destruirlo, sino revalorizarlo a fin de recuperar lo particular en lo general del acto médico. Proponemos, por lo tanto, que el médico pueda responsabilizarse de su acto.

Hoy en día escuchamos una dificultad cada vez mayor por parte de los profesionales en situarse en la función que les compete, justificado muchas veces en los derechos del paciente y su posibilidad de decidir si saber o no sobre lo que lo aqueja, entre otras cosas. Es desde allí, entonces, que por ejemplo a veces deciden no informar sobre un diagnóstico argumentando que si un paciente no pregunta, es porque no quiere saber. Se borra allí la necesidad de que el saber disciplinar ocupe su lugar, ya que velar por los derechos del paciente está en íntima relación con que el mismo cuente con la información necesaria y, a partir de allí, tome alguna decisión[i]. Se evita conversar, darle información al paciente sobre su diagnóstico y tratamiento posible e, incluso, emitir una opinión médica sobre lo que consideran conveniente realizar. Evitarlo y directamente preguntarle al paciente cómo quiere seguir es no sólo cancelarlo en sus derechos y en su subjetividad sino, además, cancelarse ellos mismos en su función médica (Fernández et al, 2022). Al respecto, Uzorskis (2002) destaca que el paciente necesita la asimetría: “La posición del médico no es confortable sino responsable en el sentido de tener que, deontológicamente, saber responder a lo que el enfermo demanda” (p. 61). Es en este sentido que señalamos la importancia de *preservar* el discurso médico con la consecuente responsabilización en llevar adelante el acto médico.

Proponemos, entonces, trabajar a la par de los médicos, *con* el discurso médico, a fin de situar qué verdad se está intentando sostener velada, es decir, qué es aquello medio-dicho que se *pretende* desconocer -y que, a la vez, produce malestar. Poder escuchar el discurso dominante en determinada situación, poder leer su entramado para intervenir con la apuesta a escribir algo novedoso.

Es así que, trabajando como interconsultores en un hospital, siendo psicólogos contratados por una institución, estamos advertidos de que también formamos parte del discurso circundante. Esto introduce que “el diálogo sólo es posible situándose en el discurso” (Lacan, 1969-70, p.58), es decir que es necesario mantenernos dentro de su campo a fin de establecer y sostener lazos, darle su consistencia para, así, poder salir de él en el momento oportuno (Lacan, 1972-73).

Los pedidos de interconsulta realizados por los colegas médicos -así como aquello que se despliega en las entrevistas con familiares, pacientes y otros- podrán clamar en su enunciación que *la cosa marche*, o bien que se intente *saber un poco más* y, hasta incluso, que nos dispongamos a dar respuestas -y más respuestas- a preguntas que no se satisfarán jamás. Escuchar analíticamente desde dónde se enuncia aquello, desde qué en-

tramado alguien está pidiendo nuestra intervención, introduce la posibilidad del acto analítico cuyo fin es el de apostar a introducir algo de la castración en juego, de aquello imposible que quedó por fuera en la red de relaciones que se establecieron. En este sentido, situamos que “hay emergencia del discurso analítico cada vez que se franquea el paso de un discurso a otro.” (Íbid, p.25).

Fundamentado en estos desarrollos es que proponemos, específicamente, el trabajo con el/los médicos que realizan el pedido de interconsulta: a fin de que se abra un espacio para lo que el paciente tiene para decir, para que emerja la posibilidad de subjetivar ese real en el cuerpo. Lacan (1966) nos recuerda, en este sentido, que el médico no puede ser considerado una máquina de diagnosticar ya que, además, es un sujeto -como todos- tomado por un discurso inconsciente que determina su respuesta al paciente. Destacamos que en aquellas situaciones en que surge que determinado pedido tuvo que ver con el malestar singular de determinado profesional, el hecho en sí de poder situarlo -sin analizarlo- habilita la toma de cierta distancia de éste y, por ende, la emergencia de la subjetividad del paciente que había quedado hasta el momento aplastada en la del médico.

Conclusión

Es en lo que no funciona del discurso hegemónico, es decir en su *verdad*, que el psicoanálisis puede encontrar un lugar. Así, identificar lo fijo del discurso prevalente en juego es sinónimo de poder situar el malestar que produce el impasse del acto médico. En este sentido, circunscribir aquello que escapa a cada discurso, lo cual queda silenciado para quienes están entramados en él -pero gritando a viva voz con sus efectos- introduce su propia imposibilidad y, por ende, el hueco que posibilita el cuarto de vuelta para que emerja un nuevo entramado posible. Se introduce, de este modo, la diferenciación y separación entre impotencia e imposibilidad. Esto es fundamental ya que, si se trata de que algo no sucedió como se esperaba por mi posibilidad de hacer o de saber, no hay salida posible salvo seguir haciendo y/o sabiendo, lo cual no hace sino sostener el malestar. En cambio, si se reconoce algo de lo imposible estructural en juego, se habilita un lugar vacío para el saber. Nos referimos al saber interrogado que introduce la *transferencia de trabajo*, dando lugar así al *deseo de saber* y, por ende, al sondeo del malestar y el relanzamiento del trabajo con otros.

NOTA

[i] Lejos estamos de suponer que una decisión se toma solamente a partir de contar con la información necesaria, como si fuera una cuestión de voluntad. Destacamos el lugar de lo inconsciente y la importancia de que alguien *escuche* allí. Sin embargo, si no se cuenta con información acerca del diagnóstico, pronóstico, tratamiento y opinión profesional al respecto, no hay de entrada nada acerca de lo que el sujeto pueda decidir.

BIBLIOGRAFÍA

- Clauvrel, J. (1978). *El orden médico*. Barcelona: Editorial Argot. 1983.
- Murillo, M. (2021). ¿Por qué hay cuatro (o cinco) discursos para el psicoanálisis?. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Fernández, A. (2021). Aportes de la escucha analítica a la interconsulta hospitalaria. Entre el pedido y la demanda. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Fernández, A., Ferreyra, J., Podestá Papalardo, C., Tey, J., Cangaro, E. (2022). "Presentación equipo de interconsulta". Inédito.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. En *Obras completas*, Vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992.
- Gamsie, S. (2009). *La interconsulta. Una práctica del malestar*. Buenos Aires: Ediciones del Seminario. Col. Filigrana. 2009.
- Kahanoff, D. & Laje, M. (2016). Subversión de la verdad y lo real como imposible en psicoanálisis: entre enunciación y decir. *Revista Affectio Societatis*13(25), 192-202. medellín, colombia: Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia. Recuperado de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis>
- Lacan, J. (1966). Psicoanálisis y medicina. En *Intervenciones y textos 1*. Buenos Aires: Manantial, 2006.
- Lacan, J. (1966a): La ciencia y la verdad. En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2008.
- Lacan, J. (1969-1970): El Seminario de Jacques Lacan. *Libro 17: El reverso del Psicoanálisis*. Buenos Aires, Paidós, 2009.
- Lacan, J. (1972-1973): El Seminario de Jacques Lacan. *Libro 20: Aún*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2009.
- Uzorskis, B. (2002) *Clínica de la subjetividad en territorio médico*. Buenos Aires: Letra Viva Editorial.