

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, 2021.

Psicoanálisis en el Hospital General: de la urgencia a la hospitalidad.

Grancho Alvarez, María Laura.

Cita:

Grancho Alvarez, María Laura (2021). *Psicoanálisis en el Hospital General: de la urgencia a la hospitalidad*. 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.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/660>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/9Nw>

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>.

PSICOANÁLISIS EN EL HOSPITAL GENERAL: DE LA URGENCIA A LA HOSPITALIDAD

Grancho Alvarez, María Laura
Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo está guiado por algunos interrogantes que se presentaron en mi práctica como residente en un hospital general. ¿Qué hace unx psicoanalista en internación en un hospital de agudos? ¿Qué podemos aportar desde nuestra especificidad al incorporarnos al trabajo en un equipo interdisciplinario? ¿De qué podemos servirnos en este trabajo entre varixs? Intentaré ensayar algunas posibles respuestas partiendo de un caso clínico, para reflexionar sobre lo que el psicoanálisis en tanto discurso pudo haber aportado allí. Para ello haré hincapié en las coordenadas en que llega la paciente a la internación y en las dificultades en el armado de una estrategia terapéutica centrada en el -entre- de lo general y lo singular del caso. Por último intentaré dar cuenta brevemente de algunos de los ejes trabajados durante dicho período.

Palabras clave

Psicoanálisis - Hospital - Psicosis - Discurso médico

ABSTRACT

PSYCHOANALYSIS IN THE GENERAL HOSPITAL: FROM THE EMERGENCY TO HOSPITALITY

This writing is guided by some questions that arouse me during my practice as a resident in a general hospital. ¿What does a psychoanalyst do with people who are hospitalized for mental health in an acute hospital? What can we contribute from our specificity when joining the work in an interdisciplinary team? How can we nurture ourselves in this work with others? I will try to rehearse some possible answers starting from a clinical case, to reflect on what psychoanalysis as a discourse could have contributed there. For this, I will emphasize the coordinates in which the patient arrives at hospitalization and the difficulties in putting together a therapeutic strategy centered on the -between- the general and the singular of the case. Finally, I will try to give a brief account of some of the axes worked during that period.

Keywords

Psychoanalysis - Hospital - Medical speech - Psychosis

Con otros

En “La dirección de la cura y los principios de su poder” Lacan (1966) dice que el analista es menos libre en su estrategia, es decir en el manejo de la transferencia, que en su táctica, aludiendo a los modos de intervenir en el dispositivo analítico. Quizás sea la sala de internación uno de los ámbitos donde más podamos captar esta libertad de el/la analista en sus intervenciones. Maniobramos de un modo incauto, haciendo una apuesta a que algo suceda sin poder predecir alcances de nuestras intervenciones. Esto dificulta, al mismo tiempo que enriquece, el trabajo con otras disciplinas. Lo más específico de nuestra intervención, y lo que nos distancia de otros discursos que se encarnan en el ámbito hospitalario, implica el hecho de orientarnos hacia aquello particular del caso que no puede recibir ningún nombre, lo que agujerea todas las clasificaciones y rompe con las nosografías. El discurso analítico opera con la función de la palabra, y esto es lo que se intenta recuperar en el tratamiento de las psicosis, en tanto suponemos unx sujetx allí. Sin embargo, las situaciones atravesadas por la urgencia, donde se conmueve el esquema de referencias del/la paciente, nos confrontan con lo inefable. Un desafío para el trabajo vía la palabra.

Al mismo tiempo, insertarse en un equipo de trabajo interdisciplinario (junto con psiquiatras, traumatólogos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadorxs sociales, musicoterapeutas, enfermerxs, etc) en el hospital conlleva la necesidad de poder bascular entre el discurso amo y el discurso analítico. Este último, operando desde su extraterritorialidad, intenta sostener la tensión entre lo universal de la salud y lo singular de cada unx que obstaculiza la respuesta “para todxs”. Belaga plantea que “La salud es un universal esencialmente social, regida por el discurso del amo que determina qué es estar *sanx*. Para el psicoanálisis (en cambio) no hay universal de la salud en tanto verdad del cuerpo.” (Belaga, 2015, p 112). Los casos que llegan a la sala de agudos en general están signados por la urgencia, por la necesidad inminente de identificar síntomas, evaluar riesgo, esbozar diagnósticos y avanzar con la terapéutica adecuada a fin de compensar el cuadro lo más rápido posible. Lo cual resulta fundamental a la hora de resolver situaciones de guardia y de definir criterios de internación, así como también al momento de pensar estrategias para una internación en sala de agudxs.

¿Qué puede hacer allí un psicoanalista además de molestar, de interrumpir esa lógica de respuesta a la demanda, que da cuenta muchas veces de la urgencia (¿y angustia?) de lxs profesionales y su prisa ante situaciones tan agudas?

En lo institucional, podemos pensar al psicoanalista como aquel que tiene la misión de preservar el vacío, tanto en el diálogo interdisciplinario como en el interior de una institución. Introducir un “no saber”, hacer inconsistir un prejuicio o una nominación estigmatizante, agujerear el para todxs, son modos de preservar un vacío. ¿Para qué preservar el vacío? Para dar lugar a la invención. (Mitre, 2018, p 32)

Entre el rechazo y la hospitalidad.

Paula tiene 25 años, llega a la guardia del Hospital traída por ambulancia del SAME, sola, luego de haberse arrojado a las vías y haber sido arrollada por el subte. En dicho momento contaba el episodio como un “accidente” que “no sabía cómo pasó” refiriendo: “me caí al bajar”. Permanece un tiempo en guardia externa del hospital donde recibe los cuidados necesarios en su estado de salud general, entre ellos la amputación de una de sus piernas. Con el correr de los días comienza a dar cuenta de la intencionalidad suicida de sus actos pero sin embargo no puede precisar los motivos que la llevaron a esto. Había presentado intentos de suicidio previamente de los que tampoco puede especificar desencadenantes. Presenta 3 internaciones previas por salud mental recibiendo diagnóstico de esquizofrenia por lo que se encontraba realizando tratamiento interdisciplinario con buena adherencia en un hospital de CABA, asistiendo diariamente a hospital de día.

Desde la guardia, se intentan implementar estrategias con su red de apoyo, sin embargo ningún familiar se muestra predispuesto a acercarse al hospital y mucho menos a hacerse cargo de los cuidados de Paula. La paciente, junto con su hijo (Darío, 5 años) conviven desde el nacimiento del mismo con Melisa, una amiga, quien se niega a volver a recibirla en su hogar. Al contactar familiares surge la posibilidad de volver a la provincia de Misiones, de donde es oriunda, para vivir con algunx de ellxs, sin embargo lxs mismxs no se hacen presentes en el hospital para concretarlo. Se intentó también remitirla a continuar tratamiento de manera ambulatoria en el hospital donde se atendía, pero lxs profesionales se negaron a readmitir a la paciente dado que no contaba con familia continente. Esta serie de rechazos determinó la decisión de internar a Paula en el servicio de Salud Mental. Al llegar a la sala se define un equipo tratante para acompañarla durante su internación en el que me incluyo. En un comienzo se muestra poco colaboradora “sin ganas de hablar”, *estoy dolorida, pero ya estoy bien, me quiero ir a Misiones con mi tío*. Agrega: *iba al hospital de día y me tiré al subte, estaba deprimida, cansada de la vida*. Con cierta actitud de hostilidad dice que no tiene ganas de seguir hablando sobre esto, que todxs le siguen preguntando lo mismo y ya lo repitió muchas veces.

En este punto resulta imposible rastrear las coordenadas que la llevaron a la actuación. Luego de dicha entrevista me reúno con las médicas que coordinan el tratamiento de Paula, ellas transmitían haber tomado una decisión al respecto: dado que Paula rectificaba ideación suicida (“ya estoy bien”, dice) y no presenta una descompensación psicótica al momento actual, “*se va de alta, este es un servicio de agudos*”. Con más dudas que certezas les comento acerca de la entrevista realizada, planteo desde mi escucha un -no entender- acerca de ese “*estoy bien, me quiero ir a Misiones*”, transmito lo que desde mi lugar interpreto como una dificultad para armar un relato que dé cuenta de lo sucedido, pese a verse compelida a hacerlo en reiteradas oportunidades durante su permanencia en guardia, y la posición de Paula de indiferencia frente a la reciente amputación sufrida en su pierna. Una internación podría permitirnos generar un lazo con ella y escucharla, para intentar dar cuenta de la coyuntura que desencadenó este acto y así apostar a introducir alguna diferencia en esto que, al parecer, le viene sucediendo. Por otro lado, en caso de irse a Misiones con su tío sería necesario realizar alguna entrevista con el mismo para evaluar la existencia de dicha posibilidad y en qué condiciones sería, ya que Paula no tenía a donde ir hasta que pudiera gestionarse esta alternativa. Sería prudente conseguir una derivación a la provincia dado que, si bien podía dudarse del criterio de internación de Paula, era indudable la necesidad de que realizara ambulatoriamente un tratamiento interdisciplinario. Frente a esto las médicas acuerdan entrevistar a Paula, con quien no habían conversado hasta el momento, y evaluar la posibilidad de que permanezca en sala de internación hasta concretar estas cuestiones. Agregan que deberíamos indagar más acerca del hijo de la paciente, que se encuentra a cargo de su amiga (quien tiene la tutela del mismo) para establecer qué pasaría con él en caso de que Paula retorne a Misiones.

¿Cómo ofrecer desde la institución una estrategia terapéutica acorde a las normativas y requerimientos institucionales pero que al mismo tiempo contemple la complejidad de la situación planteada y no deje por fuera la subjetividad?

“El psicoanalista, como se sabe, tiene que estar en posición éxtima en las instituciones, estar adentro pero afuera: ni en rebeldía, ni identificado a los ideales de la institución para poder operar” (Mitre, 2018, p 33)

Estrictamente hablando, si tomamos en cuenta la Ley Nacional de Salud Mental, una persona que concurre por un intento de suicidio a la guardia, rectificando ideación suicida, sin un cuadro de descompensación, no presentaría criterio de internación. Asimismo, conocemos que este recurso por ser restrictivo debe ser excepcional y lo más breve posible. La estrategia sugerida por parte del equipo tenía en cuenta, además de esto, los dichos de la paciente en tanto enunciados que eran interpretados desde esta lógica del “para todxs” propia del discurso médico. Por otro

lado, Paula se encontraba adhiriendo a un tratamiento ambulatorio, contaba con un plan de medicación y no había suspendido el mismo. Es por esto que, en principio no había nada por hacer desde el punto de vista farmacológico, no había síntomas que curar y la paciente no refería ningún padecimiento más allá del dolor en su pierna. No se encontraba angustiada ni preocupada por los cambios corporales que debía afrontar, a pesar de no contar con muletas ni silla de ruedas para desplazarse en caso de retirarse de alta. Paula se encontraba más cerca de la dimensión del hacer que del decir, y por lo tanto no podía formular ninguna demanda al equipo.

Si estamos dispuestos a soportar la tensión que esto genera, detenerse a intentar un diálogo donde se encarnen distintos discursos permite poner una pausa a la urgencia por dar respuesta y habilitar otras dimensiones de escucha.

Al analista conviene pensarlo como el que ayuda a la institución a respetar la articulación entre normas y particularidades individuales. (...) Se trata no solo de escuchar y darle lugar a la singularidad de quien consulta, sino de transmitir en el seno de la institución sobre la importancia crucial de dar lugar a la singularidad del caso, así como a lo imposible de saber. (Mitre, 2018, p 33)

Comprender, compadecerse, responder desde la prisa expulsiva o actuar caritativamente eran posibles respuestas frente a la conmoción que causaba en el equipo la gravedad del cuadro de Paula. Su situación nos confrontaba una y otra vez con la impotencia, con esta imposibilidad de saber. Sospechando del *“ya estoy bien, quiero irme a Misiones”* podía captarse que algo no podía decirse, o se decía sin decirse y esto permitía la oportunidad de interrogarse. ¿Cómo introducir un corte en esta serie de conductas de riesgo a las que la paciente recurre? ¿En qué circunstancias recurre a esto?

La función de la ignorancia constituye un resorte operativo del dispositivo analítico. Miller retoma el concepto de “ignorancia apasionada” que postula Lacan para hacer referencia a aquello que animaba a los profesionales de guardia que atendían las urgencias en el hospital. A diferencia de la ignorancia pura, constituye:

La ignorancia de alguien que sabe cosas, pero que voluntariamente ignora hasta cierto punto su saber para dar lugar a lo nuevo que va a ocurrir. (...) A partir de esta posición el analista puede decir, o hacer entender, que no sabemos con anterioridad lo que el paciente quiere decir, pero suponemos que quiere decir otra cosa. (Miller, 1997, p.33)

El saber en falta que implica la ignorancia docta permite motorizar el deseo del/la analista guiando una posible lectura que tenga en cuenta la singularidad, pero al mismo tiempo nos confronta con la necesidad de soportar y de sostener el no saber. Desde este punto de vista, la estrategia de posponer el alta de Paula brindaba en principio una oportunidad para escucharla.

En un primer momento de la internación, Paula se encontraba con actitud reticente y de hostilidad hacia los profesionales, personal de enfermería y sus compañeras, lo que generaba el rechazo de estos para con ella. Al no poder movilizarse con facilidad requería de mucha asistencia lo que aumentaba la reticencia y el cansancio de enfermería por tener que realizar actividades poco comunes con otros pacientes del servicio (bañarla, cambiarle el vendaje, acompañarla al baño, ayudarla a vestirse y desplazarse, etc.). Por otro lado la posición de Paula parecía la de alguien que -se hacía rechazar- solicitando estos pedidos de un modo no muy cordial y requiriendo que se la asista siempre en lo inmediato. En paralelo a esto, las entrevistas con ella eran muy breves ya que no presentaba ganas de hablar y parecía molestarse por la presencia del equipo en su habitación.

El equipo médico a cargo decidió tomarse el tiempo para intentar abordar la situación de Paula en su complejidad: convocar familiares, gestionarle muletas, realizar interconsultas con kinesiología, evaluar la posibilidad de recibir y gestionar una prótesis, repensar el plan de medicación y la posibilidad de simplificarlo, etc. Al mismo tiempo yo continuaba mostrándome a disposición de la paciente en caso de que quisiera conversar conmigo, respetando su decisión de no hacerlo y procurando no tornarme una presencia invasiva, *“no me gustan los psicólogos, no me gusta que se metan”* decía. Asimismo actuaba como mediadora entre personal de enfermería y sus quejas respecto a las demandas excesivas de la paciente y el testimonio de Paula sobre los malos tratos que recibía por parte de ellos.

Con el tiempo, la sala comenzó a volverse un lugar de hospitalidad para Paula. Allí, se le brindaba la atención que necesitaba y se intentaba pensar posibles alternativas para su situación de alta. De su actitud hostil, pasó a mostrarse amable e incluso generar lazo con profesionales y compañeras de internación. Asimismo convocaba mi presencia asiduamente solicitando hablar. La inscripción en el Otro institucional tiene para el paciente un efecto apaciguador, que puede evaluarse en la práctica, ya que el solo hecho de alojar el sufrimiento produce alivio. Se procura una ética en una institución que aloje sin obstáculos burocráticos la urgencia (...). Son estas urgencias, “urgencias generalizadas”, las que se intentará transformar en una urgencia subjetiva, que tiene como horizonte que el paciente se implique en ese sufrimiento produciendo una nueva lectura del mismo. (Belaga, 2015, p 116)

Del “accidente” al intento de construir una ficción.

De a poco Paula comenzó a poder decir algo más acerca de su intento de suicidio, a vincularlo con determinadas situaciones de su vida y a ponerlo en serie con los momentos de crisis anteriores. *“Ese día tenía bronca porque Melisa no me quería dar más las llaves de la casa, no tenía donde ir hasta que ella llegaba de trabajar. Iba a la casa de mi novio a hacer tiempo después del hospital de día, pero sus papás no querían que yo esté ahí, así que ya no podía ir más”*. Como éstos, contaba múltiples

acontecimientos en los que el rechazo del otrx se hacía evidente, coordinadas en las que Paula parecía caerse de la escena. Con el correr de las entrevistas comenzamos a construir una versión de su historia, que luego escribió en un diario. En dicho relato insistía el rechazo del otrx en tanto ser expulsada en prácticamente todas las etapas de su vida. Así es como armamos una línea de tiempo: a los 3 días de nacer, su madre no puede cuidarla y la entrega a sus abuelos paternos. Al fallecer su abuela, a sus 15 años viene a vivir a Buenos Aires con sus tíos. Luego de una situación de abuso por parte de su tío la echan del hogar. Paula retorna a Misiones de donde regresa a sus 19 años para tener a su hijo, ya presentaba lo que nombra como “brote psicótico” que motiva su internación. Luego de esto y dado que ningunx de sus hermanxs accede a alojarla en Buenos Aires, Melisa, una amiga de la escuela, se ofrece para hospedarla con su hijo y se hace cargo de los cuidados del mismo logrando la tenencia hasta la mayoría de edad (¿desalojada de su lugar de madre?). En el contexto actual Melisa refiere que vivir con Paula ya es insostenible ya que se pone agresiva constantemente. Por otro lado agrega que tiene escaso vínculo con el hijo siendo ella quien se encarga de la totalidad de los cuidados del mismo. Esto de -no tener un lugar en el otrx- se volvía actual para Paula durante su internación. Sus familiares y allegados de CABA no venían nunca a visitarla, y al momento de encontrarse de alta su tío de Misiones le prometía que la vendría a buscar en determinadas fechas y la “dejaba plantada” una y otra vez, ignorando las llamadas telefónicas y prolongando así su estadía en el servicio. Al parecer en este contexto no había ningún lugar para Paula donde algo se pueda decir, no había a quién dirigirse. A partir de estas entrevistas comienzo a advertir la importancia de orientar el trabajo del equipo para que su externación, derivación asistida, migración y distanciamiento de su hijo no sean vividos por Paula como una nueva expulsión, como un nuevo rechazo del otrx. Al mismo tiempo continuo posicionándome como unx otrx amable, dispuesto a escucharla.

Poner el cuerpo

Conforme avanzábamos en la construcción de cierta ficción sobre el origen de Paula y su historia, que a su vez se relacionaba con la coyuntura que desencadenó su actuar, se fueron evidenciando efectos en el cuerpo, que en un principio era un cuerpo arrasado, doliente y prácticamente postrado. Paula dejó de estar permanentemente recostada en su habitación con la pierna tapada para no verla, para pasar a circular primero en silla de ruedas, luego en muletas. Al principio se caía constantemente y esto le generaba inseguridad para desplazarse sola y redundaba en sus ganas de permanecer acostada y recurrir permanentemente a enfermería. Me ofrecí para acompañarla a caminar algunos tramos que se iban haciendo cada vez más largos. Cuando Paula refería cansancio al deambular, era yo quien usaba las muletas y ella quien me enseñaba la técnica que le habían transmitido lxs kinesiólogxs. Mediante el humor,

al captar mi dificultad en hacerlo, Paula se animaba a ir ejercitando esta actividad, fue ganando seguridad y comenzó a salir más de su habitación, a interactuar con otrxs compañerxs y a interesarse por su imagen corporal. “*Hoy me caí y me levanté sola, hay que seguir probando, aunque me caiga me levanto*”. En ocasiones ella proponía que actuemos una escena juntas, en estas caminatas por el pasillo, como si fuera una pasarela y estuviéramos desfilando. Paralelamente la paciente comenzó a ubicarme como su espejo, “*me gusta tu trenza, me haces una a mi?*”, “*yo también tengo una camisa floreada como la tuya en mi casa*” “*¿me ayudas a delinear los ojos como vos?*”. Así fue que, mientras conversábamos, en ocasiones me pide que la asista a la hora de peinarse o maquillarse.

Con el tiempo Paula solicita ayuda para cortar algunos pantalones y así adaptarlos a su nueva anatomía. Comienza a expresar angustia y bronca frente a haber perdido la pierna y a poner en palabras algunas preocupaciones: “*¿cómo voy a quedar con la prótesis? ¿voy a poder caminar bien?*” Al acercarse el momento del alta, se volvía inminente la separación de su hijo y Paula comenzaba a desplegar ideación delirante de tinte paranoide (sintomatología que no había presentado durante la internación) respecto de las intenciones de Melisa de quedarse con Darío. Según refería había sido objeto de distintos tipos de brujerías durante los últimos años, mediante fragancias la habían vuelto loca, etc. Estas ideas tenían un núcleo de verdad dado que durante años distintxs familiares se acercaron exclusivamente por interés en el niño, llegando incluso a pedir dinero por él y desencadenando procesos judiciales mediante los que se determinó la tutela de Melisa.

Paula hablaba con Darío casi todos los días pero no sabía cómo transmitirle la decisión de volver a Misiones: “*Tengo miedo, ¿y si se olvida de mi?*”. Conversamos acerca de la importancia de poder ir poniendo palabras para que Darío también pueda ir procesando estos cambios. Le propongo que ensayemos posibilidades de cómo decirle esto, Paula propone: “*Mamá por un tiempo se va a ir a Misiones*”. Decido subrayar el “por un tiempo” señalándole la importancia de transmitir que esta situación es circunstancial y que en algún otro momento podrían volver a estar juntos (como posibilidad asintótica). Por otro lado recalco el valor en tanto madre de reconocer la importancia de recuperarse, ya que por ahora no puede hacerse cargo de los cuidados de Darío, pero que sin embargo mediante una “decisión maternal” y responsable lo deja con una persona que demostró poder hacerse cargo y cumplir con los cuidados del niño durante estos años. Con el tiempo pudimos ir diferenciando esta situación de la que le ocurrió a ella con su madre, quien no pudo dejarla con alguien que pudiera quererla y cuidarla. Con esto se intentó apuntar a alojarla en su lugar de madre, independientemente del contacto físico y concreto con su hijo, y pudo evidenciarse un apaciguamiento en esta idea de “*me lo quieren robar*” que se le imponía.

Reflexiones Finales

“Saber y sostener en acto que no todo es psicoanálisis es lo que permite que el psicoanálisis tenga su lugar.” (Mitre, 2018, p33) Para finalizar, me gustaría destacar el saldo que la experiencia de rotar en sala de internación dejó en mi formación, en tanto vivenciar las ventajas de este trabajo entre varixs y los efectos en los tratamientos. Cuando la estrategia es pensada, discutida y elaborada en conjunto, cada profesional que interviene en el tratamiento puede encarar la situación desde una lógica determinada descansando en que, al mismo tiempo, otras dimensiones del problema están siendo trabajadas por un compañerx.

El debate no solo posibilita pensar diversos modos de abordaje sino que también nos confronta con la necesidad de problematizar nuestros criterios de intervención, cuestionarlos y el ejercicio de poder argumentarlos. Al mismo tiempo se evidencian efectos en el tratamiento de las psicosis como la pluralización de la transferencia, que favorece el vínculo terapéutico evitando que el equipo se transforme para el paciente en aquel gran Otrx gozador que sabe y decide sobre su ser.

Por último, encarar una dirección de la cura de manera conjunta, reconociendo los límites de cada disciplina y el valor y la importancia de complementar saberes, nos permite potenciar las intervenciones de cada unx siguiendo una misma lógica sin solaparnos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belaga, G. (2015) *La práctica del psicoanálisis en el hospital*. Grama Ediciones. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1955-56). *Seminario III: Las psicosis*. Buenos Aires. Paidós. 2017.
- Lacan, J. (1958) *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Escritos 2 - 2da ed. Ed. Siglo Veintiuno. Buenos Aires, 2015.
- Lacan, J. (1966) *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En Escritos 2. Segunda edición. Ed: Siglo Veintiuno. Buenos Aires, 2015.
- Mitre, J. (2018) *El analista y lo social*. Grama Ediciones. Buenos Aires.
- Sotelo, Inés. (2005) *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista*. JCE Ediciones.