

# Diagnóstico psicoanalítico y hospitalidad derrideana.

Klor, Juan Cruz.

Cita:

Klor, Juan Cruz (2025). *Diagnóstico psicoanalítico y hospitalidad derrideana. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/357>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/po0>

# DIAGNÓSTICO PSICOANALÍTICO Y HOSPITALIDAD DERRIDEANA

Klor, Juan Cruz

Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Psicología. Córdoba, Argentina.

## RESUMEN

El presente trabajo se inscribe dentro de la línea de investigación entre el psicoanálisis lacaniano y la deconstrucción derrideana. Entre ambos autores, hay puntos de conexión y coincidencia, mas también se encuentran tanto tensiones como disputas irresolubles. Lo que nos interesa es determinar la manera en la que el psicoanálisis de Lacan queda transformado y modificado por la hipercrítica deconstruccionista. El objetivo de este capítulo es elucidar las posibilidades de una clínica hospitalaria a partir de una nueva noción de diagnóstico desde el inconsciente insustancial, intercalar y transpersonal. Dentro del amplio corpus teórico de Derrida, encontramos la noción de hospitalidad. Esta puede ser de gran utilidad para pensar aspectos clínicos y prácticos dentro del ámbito del psicoanálisis. Por ello, el primer objetivo es identificar el concepto de Hospitalidad en El Principio de Hospitalidad y Sobre la Hospitalidad de Derrida y en el libro llamado La Hospitalidad de Derrida y Dufourmantelle. El segundo objetivo es diferenciar la propuesta lacaniana de tipos clínicos de Alfredo Eidelsztein con la noción esencialista de estructuras psicopatológicas. Por último, se busca relacionar la tipología diagnóstica concebible a partir del psicoanálisis de Lacan con los problemas suscitados por la exigencia de la hospitalidad.

## Palabras clave

Diagnóstico - Hospitalidad - Sujeto - Derrida

## ABSTRACT

### PSYCHOANALYTIC DIAGNOSIS AND DERRIDEAN HOSPITALITY

This work falls within the research line that explores the relationship between Lacanian psychoanalysis and Derridean deconstruction. Between these two authors, there are points of convergence and agreement, but also tensions and irresolvable disputes. Our interest lies in determining how Lacan's psychoanalysis is transformed and modified by the hypercritical lens of deconstruction. The aim of this chapter is to elucidate the possibilities of a hospital-based clinical practice grounded in a new notion of diagnosis—one based on an insubstantial, interstitial, and transpersonal unconscious. Within Derrida's extensive theoretical corpus, we find the notion of hospitality. This concept can be highly useful for thinking through clinical and practical aspects within the field of psychoanalysis. Therefore, the first objective is to identify the concept of Hospitality in The Principle of Hospitality and On Hospitality by Derrida, as well as in the book

Of Hospitality by Derrida and Dufourmantelle. The second objective is to distinguish Alfredo Eidelsztein's Lacanian proposal of clinical types from the essentialist notion of psychopathological structures. Lastly, this work seeks to relate the diagnostic typology that emerges from Lacanian psychoanalysis to the challenges posed by the demand for hospitality.

## Keywords

Diagnosis - Hospitality - Subject - Derrida

## 1. HOSPITALIDAD

La hospitalidad, tal como lo expone Balcarce (2014), es una propuesta que admite el mayor respeto a la alteridad. Su objetivo fundamental es la apertura incondicionada al otro. Comprenderlo no es condición necesaria para recibirlo. En esta línea, la hospitalidad afirma al otro en tanto otro, pese a la incompreensión. La alteridad, como hemos desarrollado, excede toda conceptualización e igualación. La hospitalidad es, entonces, la aceptación y afirmación sin regulación de aquello que no deja de advenir. En otras palabras, la venida del otro como otro solo es concebible a partir de la hospitalidad. Mientras que la tolerancia se sostiene en la lógica de lo posible -ahí reina el cálculo, el concepto, la previsibilidad, volviendo al otro un igual a mí-, la hospitalidad es imposible, ya que la llegada de la alteridad es una irrupción que no soporta un ideal regulativo.

En *La filosofía en una época de terror* (2004), Derrida propone esta diferencia entre ambos tipos de hospitalidad. La *invitación* hace referencia al llamado al otro condicionado por reglas, leyes y normas. Tiene el objetivo de adaptar al otro al territorio donde es invitado. El huésped regula al anfitrión. En esta lógica, primero encontramos la mismidad del territorio y, posteriormente, la invitación al otro. Esto es lo que entiende el filósofo franco-argelino por tolerancia. Por su parte, *la hospitalidad de la visitación* excede todo cálculo, ya que es una apertura incondicionada a la alteridad. "La hospitalidad *misma* se abre, está de antemano abierta, a cualquiera que no sea esperado ni esté invitado, a cualquiera que llegue como *visitador* absolutamente extraño, no identificable e imprevisible *al llegar*, un enteramente otro. Llamemos a esta hospitalidad de visitación y no de invitación." (Derrida, 2004, pp.186-187). En la lógica de la visitación, el huésped, que llega sin avisar, parasita el espacio privado del anfitrión. La hospitalidad es la afirmación radical, ese *sí* a la

alteridad emergente. Para Derrida (1997), el propio-hogar no puede constituirse sin una apertura hacia el exterior, es decir, sin esa posibilidad de infiltración por el otro. No hay mónada del propio hogar. En otras palabras, no hay un espacio de mismidad absoluta, ya que ese espacio de mismidad se conforma previamente como recorte de un espacio alterno. El espacio es alterno antes de ser propio. Es esa alteridad la que habilita la propiedad. Derrida demarca otra división y diferenciación en cuanto al término de la hospitalidad. En su libro *La hospitalidad* (1997) encontramos esta división. Por un lado, encontramos *La Ley de la hospitalidad*. Esta propone una apertura sin restricciones ni condiciones. Es decir, se propone brindar al otro el hogar-propio sin preguntas ni límites. Esta es la hospitalidad imposible. Por otro lado, encontramos *las leyes de la hospitalidad*, que demarcan las normas y el derecho. Se caracterizan por ser condiciones y regulaciones siempre posibles. La relación entre ambas es de una antinomia o aporía insoluble. Se presenta como una paradoja no dialectizable. En este sentido, Derrida expone que la hospitalidad no existe sino como transgresión.

En resumen, el punto de contacto entre ambos tipos de hospitalidad radica en la mutua necesidad. La Ley requiere de las leyes para poder ser posible y concreta. Sin ellas, se transformaría en un proyecto ilusorio y abstracto. Por su parte, las leyes deben ser guiadas por La Ley. La hospitalidad incondicional es la justicia, virtud indeconstruible por ser la deconstrucción misma. De esta manera, las leyes condicionadas deben estar inspiradas por ese afán de justicia imposible que denomina La Ley de la hospitalidad. Entonces, entre ambas hay necesidad, contradicción, perversión y contaminación. No obstante, Derrida (1997) nos aclara que esta antinomia es asimétrica. “La ley está por encima de las leyes” (p. 83). La hospitalidad absoluta ocupa un lugar privilegiado en referencia a las leyes por el hecho de ser la justicia, es decir, el respeto absoluto para con la alteridad.

Llegado a este punto, es importante introducir el problema de la perversión de La Ley por las leyes, a saber, la violencia ejercida al otro. Al imponer regulaciones, las leyes pervierten la hospitalidad absoluta. Esto produce un condicionamiento de la diferencia, violentando a la alteridad. No obstante, suponer una hospitalidad incondicionada, sin ningún sacrificio, es mantenerla en el ámbito de lo utópico. Si bien la justicia infinita es imposible, no debe promover la inactividad. La deconstrucción como justicia nos obliga a calcular. Solo se puede ofrecer hospitalidad con algún grado de violencia. Sin embargo, no toda violencia es justificable.

La hospitalidad es una alternativa derrideana al problema político y ético del otro. En este sentido, es un tema en íntima relación con las prácticas *psi* en general, y con el psicoanálisis lacaniano, en particular. ¿Cómo y de qué manera acogemos a la alteridad en un ámbito clínico desde el psicoanálisis de Lacan? La pregunta por la hospitalidad es la brújula que debe orientar la clínica.

## 2. DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS.

### ESTRUCTURAS CLÍNICAS

Desde los albores del psicoanálisis, el diagnóstico es un tema controversial dentro de la disciplina. Evidentemente, el psicoanálisis posee vestigios de la orientación a la clasificación psiquiátrica. Existen distintos puntos a abordar respecto de este tema. Intentaremos plantearlos y tomar posición en cuanto al tipo de hospitalidad habilitada.

¿El diagnóstico psicoanalítico sigue las mismas lógicas que la psiquiatría u otra práctica médica? En caso contrario, ¿en qué se diferencian? Para ello, debemos entender cuál es el proceso diagnóstico de la medicina, en general, y de la práctica psiquiátrica, en particular. Este elemento se enmarca dentro de un proceso lógico médico. El diagnóstico es necesario para determinar un pronóstico y, por último, el tratamiento. La nosología médica inicia determinando la enfermedad que padece el paciente. Aquí encontramos un punto central: hay una brecha entre el enfermo y la enfermedad. La nosología no apunta tanto al enfermo como a la enfermedad. En *El nacimiento de la clínica* (1963), Foucault plantea claramente esta diferencia. Para el pensador francés, la enfermedad nunca se presenta en sí misma, sino por vía del enfermo:

A la pura esencia nosológica, que fija y agota sin residuo su lugar en el orden de las especies, el enfermo añade, como otras tantas perturbaciones, sus predisposiciones, su edad, su género de vida, y toda, una serie de acontecimientos, que con relación al núcleo esencial representan accidentes. Para conocer la verdad del hecho patológico, el médico debe abstraerse del enfermo (Foucault, 1963, 23).

En una línea aristotélica, Foucault propone diferenciar la enfermedad en dos aspectos. El primero de ellos es la nosología en tanto aspecto esencial de la enfermedad. A ella se le añaden los hechos de carácter accidental comunicados por el enfermo, lo que constituye el segundo punto. La accidentalidad de estos reside en que no son necesarios para la enfermedad en sí misma. Pueden estar o no, sin que por ello se modifique la nosología. El trabajo del médico va a ser prescindir del enfermo y alejarse de él para conocer la verdad de la enfermedad. En este sentido, el paciente se constituye como un obstáculo. La mirada médica, tal como la desarrolla Foucault, debe prescindir del cuerpo del paciente para poder determinar los signos que diferencian una enfermedad de otra. Se deben priorizar los elementos generales y relegar los aspectos particulares de cada paciente. El diagnóstico es una abstracción nosológica del padecimiento.

A partir de este desarrollo, podemos delimitar tres puntos importantes en torno al diagnóstico médico. En primer lugar, este debe llevarse a cabo antes de cualquier tipo de tratamiento. En segundo lugar, el diagnóstico busca determinar procesos patológicos generales, es decir, que se repitan en la mayoría de los casos. Por último, dichos procesos patológicos son abstracciones generadas por la mirada médica. En el mejor de los casos,

la práctica diagnóstica médica se erige a partir de una hospitalidad de la invitación. No obstante, hay prácticas que no ingresan ni se configuran ni siquiera dentro de una hospitalidad de la invitación. Para que se admita la hospitalidad debe haber una predisposición. Es evidente, que distintas prácticas médicas y psiquiátricas solo han producido violencia.

En contraposición a esta idea, Freud plantea que el diagnóstico solo se puede llevar a cabo con posterioridad. Así, se invierte la lógica médica. Ahora se inicia el tratamiento y, en un segundo momento, se lleva a cabo el proceso diagnóstico. Así lo plantea Freud: “Nuestros diagnósticos se obtienen a menudo sólo con posterioridad” (1933 [1932], 143). El diagnóstico ya no es la brújula del médico, sino que es un efecto del tratamiento psicoanalítico.

El diagnóstico no es el punto de partida necesario. Para Freud (1912), no se puede elaborar científicamente un caso previo a su tratamiento. De hacerlo así, el éxito corre riesgo. Lo correcto es abordar al paciente con ingenuidad y dejarnos sorprender. En definitiva, un diagnóstico previo al tratamiento implica comprender demasiado rápido el caso. Sostener este proceso no es otra cosa más que la determinación del otro como lo mismo, a saber, una categoría nosológica. En esta línea, Miller (1981), “el diagnóstico es una función esencialmente médica, una función psiquiátrica, mientras que la experiencia analítica sólo es posible sobre el telón de fondo de la suspensión del diagnóstico” (p. 82). La nosología es el filtro para transformar la alteridad en mismidad y poder abordarla domesticada. El diagnóstico médico-psiquiátrico excluye al sujeto y rechaza el discurso sobre su malestar (Thomson et al, 2009). El psicoanálisis rompe con esa manera de abordar al otro. Expuesto el problema de los pasos lógicos en medicina, queda abordar otro problema central, a saber, las categorías diagnósticas.

En su texto *Opacidades del diagnóstico en psicoanálisis* (2018), Muñoz destaca y critica la idea de tres grandes estructuras clínicas –neurosis, psicosis y perversión– que contiene toda la casuística freudiana. Dichas estructuras, serán inmodificables y eternas. Una persona *es* neurótica, psicótica o perversa. Todos encajamos dentro de una de ellas. Las estructuras clínicas se erigen como una dimensión ontológica.

Para Muñoz (2018), esta propuesta teórica, produce una *psiquiatrización* del psicoanálisis en tanto que el diagnóstico funciona como una nosografía dotada de existencia -dimensión ontológica- y consistencia -cerradas en sí mismas- (p. 85). Dicha psicopatología psicoanalítica se caracteriza por ser totalizante, no hay resto que se escape de ella. En esta línea teórica, se enfatiza fervientemente el diagnóstico diferencial para el inicio del tratamiento analítico. La lógica médica ha retornado desde el centro del psicoanálisis. El diagnóstico analítico se ha transformado en una presencia metafísica. Evidentemente, la propuesta de Lacan no recae en un diagnóstico diferencial al estilo de la práctica médica-psiquiátrica.

¿Cómo funciona el diagnóstico en la teoría del significante? ¿Qué se diagnostica? Y fundamentalmente, ¿en qué se sostienen las categorías diagnósticas en el psicoanálisis de Lacan para diferenciarse de una nosología psiquiátrica? ¿De qué manera podemos plantear un diagnóstico que se sostenga en un marco anti-ontológico?

El sintagma *estructuras clínicas* no existe en la obra de Lacan. Eidelsztein (2003) admite que el término *estructura clínica* es el resultado de su lectura de la enseñanza lacaniana. Debemos estar prevenidos de no hacer un uso ontologizante de las estructuras freudianas. Para ello, debemos destacar, la noción de estructura en Lacan como un conjunto covariante e incompleto de elementos.

En el seminario III (1955-1956), Lacan define a la estructura con la cual trabaja el psicoanálisis como “un grupo de elementos que forman un conjunto covariante. Dije conjunto, no dije totalidad” (p. 261-262). Todo elemento que se encuentre en un conjunto, en el sentido matemático del término, va a ser covariante. Se entiende por covarianza al fenómeno por el cual todos los elementos del conjunto van a modificarse si uno de ellos cambia. Además, cada elemento se va a definir según la relación que tenga con los otros. El elemento con lo que trabaja el psicoanálisis de Lacan es el significante y de ahí se deduce el aforismo lacaniano “el significante, en cuanto tal, no significa nada” (1955-1956). El significante requiere de la puesta en relación con otro para que signifique algo.

La estructura simbólica con la que trabaja el psicoanálisis es un conjunto que se caracteriza por su incompletud y covarianza. El Otro se encuentra barrado. Desde esta perspectiva, podemos admitir que el diagnóstico en este psicoanálisis no puede abarcar la totalidad. Estamos trabajando sin el prejuicio de la universalización, ya que la estructura está agujereada.

La covarianza hace referencia a que ningún elemento del conjunto vale por sí mismo, sino que su valor reside en la relación con todos los demás. Para Eidelsztein (2003), la covarianza “designa el hecho de que cada uno de los elementos, es, no lo que él aparenta ser, sino un lugar vacío en el sistema de relaciones que mantiene con todos los otros” (p. 51). A partir de esta definición de estructura, no puede haber signo o síntoma patognomónico al ser solo un elemento aislado (Muñoz, 2018). En otras palabras, no existe un síntoma que sea histórico u obsesivo en sí mismo. Es necesario introducir ese elemento en la estructura posibilitada por el ámbito analítico para definirlo como obsesivo, histórico, perverso o fóbico. Lo obsesivo, por ejemplo, es lo que caracteriza a todos los elementos de una estructura. En este sentido, la estructura clínica demarca una manera lógica de relación entre los elementos que puede ser comunicable y transmisible sin caer en una estandarización o categorización psiquiátrica.

En el seminario XII (1964-1965), Lacan propone una idea novedosa del síntoma:

Si el clínico, si el médico que presenta no sabe que una mitad del síntoma (...) está a cargo, que no hay presentación de enfermos sino del diálogo de las dos personas y que sin esta segunda persona no habría síntoma acabado, está condenado, como sucede para la mayoría, a dejar la clínica psiquiátrica estancarse en el camino del cual debería haberla sacado la doctrina freudiana (Lacan, 1964-1965, pp. 264-265).

Lo característico del síntoma analítico es que no es individual. El analista forma parte del síntoma, solo así se puede entender como acabado. Sin esta idea, según Lacan, reducimos la doctrina freudiana a la clínica psiquiátrica. Lo importante es que el analista es quien da soporte al síntoma analítico. Otra forma de pensarlo es que el síntoma es efecto de la estructura clínica producida en análisis de la cual analista y analizante forman parte. Es en el interior de la propia textualidad del caso y en transferencia donde se puede leer un síntoma.

Según Muñoz (2018), lo que se diagnostica es el sujeto del inconsciente. Es decir, lo que recae bajo el accionar diagnóstico no es una persona, sino la hipótesis que leemos en el caso. El sujeto, como hipótesis, delimita la lógica por la cual se relacionan los elementos de la estructura que integra. Al decir de Muñoz, el sujeto es el efecto de la estructura del lenguaje. No hay psicótico, neurótico o perverso. Desde esta perspectiva, encontramos sujetos de la psicosis, neurosis o perversión en tanto producto de dichas estructuras clínicas con sus lógicas respectivas. En este sentido, adscribimos, al decir de Soler (1996), que el diagnóstico no debe recaer sobre una persona sino “sobre la estructura del material clínico que el paciente presenta” (p. 24). Por ende, el diagnóstico no recae en una cuestión ontológica, sino en la posición subjetiva como efecto de la estructura. El diagnóstico no debe impedirnos estar abiertos a la sorpresa.

### 3. HOSPITALIDAD Y DIAGNÓSTICO

La mirada médica, su lógica de diagnóstico y las nosologías psiquiátricas se encuadran dentro de la hospitalidad de invitación, como también la idea del diagnóstico estructural. La necesidad de determinar y categorizar a una persona previa a cualquier tratamiento no es más que la transformación de la alteridad en lo mismo para ser admitida en el propio hogar. Con su diagnóstico previo, la persona puede acceder al territorio del analista, a su mismidad. En este sentido, el diagnóstico se presenta como la llave de entrada del otro al propio-hogar del consultorio. Esto, por su parte, supone que la herramienta diagnóstica permite calcular y predecir al otro, ya que es un igual. En esta línea, utilizar un diagnóstico en la lógica médica-psiquiátrica “nos expone al riesgo de obstaculizar la aparición del sujeto del inconsciente” (Gurevicz y Mordoh, 2009, 26). Iniciar un tratamiento solamente cuando se tiene claro el diagnóstico es admitir la tolerancia al otro en tanto que se halle encuadrado en conceptos que responden a la mismidad.

El diagnóstico que se deduce de la teoría del significante admite otra hospitalidad posible en psicoanálisis. Partiendo de la idea freudiana del diagnóstico como efecto del tratamiento en un momento posterior, se derriba la idea de la etiqueta como un pase de admisión al diván. A su vez, la diferenciación de los dos tipos de saber en psicoanálisis -el saber teórico y saber textual- exorciza la ambición de comprender el caso rápidamente.

Tanto Freud como Lacan destacaron en su noción de inconsciente un elemento importante: la sorpresa. Gárate y Marinas, en su libro *Lacan en español* (2003), proponen que el término *beance*, traducido al castellano como hiancia u oquedad, “refiere el hiato, la ruptura, la desgarradura, la sorpresa, el salto inesperado en el orden de una continuidad” (p. 179). A partir de las ideas que venimos trabajando del diagnóstico, formulamos al sujeto como un efecto de sorpresa generado por la variación de la estructura. La sorpresa no es posible en un ambiente controlado y previsible. Solo se puede admitir si se habilita el espacio para lo inesperado por donde el otro pueda parasitar la estructura. El diagnóstico del psicoanálisis, sostenido en una hospitalidad de la visitación, debe admitir al otro en tanto otro pese a su incompreensión. En este punto, se produce el sujeto como efecto de sorpresa.

El hueco intrínseco de la estructura admite la posibilidad de lo inesperado y novedoso. El otro puede surgir. Determinar la estructura clínica -siempre de manera hipotética y en proceso de un tratamiento terapéutico- es establecer la lógica de un caso y sus variaciones estructurales. El diagnóstico, como cierto cálculo, intervención y condición sobre lo otro -leyes de la hospitalidad-, se justifica en tanto es el único don posible de la hospitalidad -La Ley de la hospitalidad-. Sin embargo, esta violencia necesaria solo es justificable si y solo si está inspirada en dicha Ley Absoluta como Justicia. No hay hospitalidad sin cierta economía sobre el otro, no hay diagnóstico sin perversión de La Ley de la hospitalidad.

Otro punto a considerar es la parasitación del otro dentro de la textualidad analítica. Esto admite el carácter de visitación que rige el diagnóstico psicoanalítico. La hospitalidad como visitación desarma la oposición mismidad y otredad, ya que la alteridad preexiste, posibilita y parasita todo espacio que se considera propio. Dentro del ámbito analítico, preguntar por la propiedad de la textualidad es un planteo erróneo, ya que ella es producto de los distintos intervalos. Entonces, si en el espacio psicoanalítico el otro invade y perturba cualquier mismidad e individualismo, al estilo de la hospitalidad derrideana, el diagnóstico analítico interviene sobre el sujeto del inconsciente. No determina a ninguna persona ni propone una esencia.

En este sentido, la idea novedosa de diagnóstico como estructura clínica es afín a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Ella, en su artículo 7 inciso *n*, propone que las personas tienen el derecho “a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable”. El diagnóstico no debe conformarse como ontología. En nuestra propuesta, el diagnóstico no solo no es individual sino que sólo tiene sentido en el marco del análisis. No hay sujeto de la neurosis, perversión o psicosis fuera del ámbito de análisis. Los diagnósticos no caminan por las calles.



**BIBLIOGRAFÍA**

- Balcarce, G. (2014). *Hospitalidad y tolerancia como modos de pensar el encuentro con el otro. Una lectura derrideana*. En Estudios de filosofía, N° 50, pp. 195-213.
- Derrida, J. (2004). *La filosofía en una época de terror. Diálogos con Jürgen Habermas y Jacques Derrida*. Trad. de J.J. Botero y L.E. Hoyos, Buenos Aires, Taurus.
- Derrida, J., Dufourmantelle, A. (1997). *La hospitalidad*. Trad. de M. Segoviano, Buenos Aires, De la Flor.
- Eidelsztein, A. (2003). *Estructuras Clínicas a partir de Lacan. Vol. 1*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI; 1991.
- Freud, S. (1912). *Consejos al médico*. En Obras completas, Tomo XII, Buenos aires, Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1933[1932]). *34ª conferencia. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones*. Obras completas, Volumen XXII. Bs As: Amorrortu, 1991.
- Gárate, I. y Marinas, J. M. (2003). *Lacan en español. Breviario de lectura*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Gurevicz, M. y Mordoh, E. (2009). *El proceso diagnóstico en psicoanálisis. Algunas precisiones*. En Lombardi, G. (Comp.). *Singular, particular, singular: la función del diagnóstico en psicoanálisis*. Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Lacan, J. (1955-1956). *El seminario. Libro 3, "La Psicosis"*. Buenos Aires. Paidós, 2009.
- Lacan, J. (1964-1965). *Seminario 12, Los problemas cruciales del psicoanálisis*, versión inédita, traducción de Sanmiguel Ardila, disponible en <https://www.analitica-apb.com/seminario-problemas-cruciales>
- Ley Nacional de Salud Mental (26657/2010). Boletín Oficial N° 32041.
- Muñoz, P. D. (2018). *Opacidades del diagnóstico en psicoanálisis*. En Psicopatología. En los desfiladeros del psicoanálisis. Argentina, Editorial Brujas.
- Miller, J.M. (1981). La transferencia. El sujeto supuesto saber. En *Recorrido de Lacan*. Manantial: Buenos Aires, 2006.
- Soler, C. (1996). *Los diagnósticos*. En *Revista Freudiana XVI*, Barcelona, Publicación de la Escuela Europea de Psicoanálisis de Catalunya
- Thomson, S., et al (2009). *El proceso diagnóstico en psicoanálisis*. En Lombardi, G. (Comp.). *Singular, particular, singular: la función del diagnóstico en psicoanálisis*. Buenos Aires: JVE Ediciones.