

La interconsulta psicológica infantojuvenil en terreno médico: interpelaciones de una práctica extraterritorial.

Gonza, Fabio Abel, Sotomayor, Solana y Cibeira, Ayelen.

Cita:

Gonza, Fabio Abel, Sotomayor, Solana y Cibeira, Ayelen (2025). *La interconsulta psicológica infantojuvenil en terreno médico: interpelaciones de una práctica extraterritorial*. 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/000-004/540>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/Vx0>

LA INTERCONSULTA PSICOLÓGICA INFANTOJUVENIL EN TERRENO MÉDICO: INTERPELACIONES DE UNA PRÁCTICA EXTRATERRITORIAL

Gonza, Fabio Abel; Sotomayor, Solana; Cibeira, Ayelen
Hospital de Pediatría “Dr. J. P. Garrahan”. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Trabajar en un hospital pediátrico de alta complejidad nos convoca a escribir respecto a la labor diaria que realizamos con niños, niñas y adolescentes que se encuentran atravesando una enfermedad compleja, con gran impacto emocional para ellos, para su familia y los profesionales involucrados. Cuando la enfermedad se presenta como una amenaza severa para la integridad corporal del paciente, genera malestares diversos y especialmente complejos si es en la niñez o adolescencia. De allí la pluralidad de presentaciones clínicas singulares en nuestra praxis, en estos momentos de constitución subjetiva. Reflexionando sobre nuestro trabajo como interconsultores en un hospital pediátrico, en este escrito nos proponemos generar preguntas sobre la Interconsulta Psicológica para Niños y Adolescentes. Nos preguntamos sobre el lugar que ocupa el interconsultor de salud mental en un equipo de trabajo, y la perspectiva desde la cual se escucha y piensa el cuerpo, el dolor y el tiempo en la intervención. Repensar el rol del psicólogo y sus intervenciones en un territorio que a veces resulta extranjero, donde se demanda una respuesta ante lo inexplicable, lo inesperado, y por qué no ante lo insostenible. Invita a reinventarnos, apelando a la creatividad y escucha activa para plantear nuestros modos de abordaje de las problemáticas con las que nos enfrentamos.

Palabras clave

Interconsulta psicológica - Infancias - Adolescencias - Hospital

ABSTRACT

CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOLOGICAL CONSULTATION IN THE MEDICAL FIELD: INTERPELLATIONS OF AN EXTRATERRITORIAL PRACTICE

Working in a highly complex pediatric hospital invites us to write about the daily work we do with children and adolescents who are going through a complex illness disease, with a great emotional impact for them, for their family and the professionals involved. When the disease presents as a severe threat to the patient's physical integrity, it generates diverse and especially complex ailments in childhood or adolescence. Hence the plurality of unique clinical presentations in our practice, in these moments of subjective constitution. Reflecting on our work as mental health consultants in a pediatric hospital, in this article

we propose to raise questions about Psychological Consultation for Children and Adolescents. We wonder about the place the mental health consultant occupies within a team, and the perspective from which the body, pain, and time are listened to and considered in the intervention. Rethinking the role of the psychologist and their interventions in a sometimes foreign territory, where responses are demanded in the face of the inexplicable, the unexpected, and, why not, the unbearable. It invites us to reinvent ourselves, appealing to creativity and active listening to formulate our ways of addressing the problems we face.

Keywords

Psychological consultation - Childhood - Adolescence - Hospital

INTRODUCCIÓN

Nuestra praxis en el servicio de Salud Mental de un centro pediátrico de alta complejidad nos convoca a escribir respecto a la labor diaria que realizamos con niños, niñas y adolescentes que se encuentran atravesando una enfermedad compleja. Un padecimiento en el cuerpo con un gran impacto emocional para ellos, para su familia y los profesionales involucrados.

Rara vez nos encontramos con “*niños sanos*” desde el punto de vista orgánico, pues nuestro hospital se destaca por ser un centro de referencia para la atención y cuidado de pacientes entre 0 y 15 años que presentan internaciones en Neonatología o en salas de pediatría con diferentes diagnósticos, tales como: oncológicos, síndromes genéticos, malformaciones congénitas, politraumatismos, quemaduras severas hasta enfermedades poco frecuentes (EPOF). Además, en reiteradas ocasiones se trata niñeces o adolescencias que requieren de cirugías complejas, como trasplantes (cardíaco, pulmonar, renal, hepático, de médula ósea, etc), implantes cocleares o neurocirugías, entre otros, que llegan desde diferentes puntos de nuestro país o países aledaños.

La enfermedad se presenta aquí como una amenaza severa para la integridad corporal del paciente, y puede generar miedo e inseguridad, acorde con la interpretación y el significado propio de cada persona (Vorobechik, 2023). Los aspectos emocionales desencadenados a raíz de la enfermedad son muy diversos y especialmente complejos si la misma tiene lugar en la niñez, de allí

la pluralidad de presentaciones clínicas singulares que surgen en nuestra praxis frente a estos momentos de constitución subjetiva. En este sentido, la atención psicológica tiene una importante labor preventiva y terapéutica, siendo fundamental darle un lugar al dolor psíquico que acontece junto al dolor físico.

En este escrito, reflexionando sobre nuestro trabajo como interconsultores en un hospital pediátrico, nos proponemos generar preguntas sobre la Interconsulta Psicológica para Niños y Adolescentes, que permita una atención integral al niño hospitalizado en sus vertientes subjetiva-individual, familiar y del equipo de tratamiento. A su vez, nos preguntamos sobre el lugar del interconsultor de la salud mental en el trabajo con las infancias – adolescencias, y en relación a ello: ¿Qué respuesta puede brindarse a un pedido de interconsulta sobre la enfermedad o dolor en el cuerpo?, ¿Quién demanda y qué se demanda?, ¿a qué tiempo nos abocamos en nuestra labor?

DESARROLLO

Siguiendo a Silvina Gamsie, podemos sostener que quienes trabajamos en Interconsulta en salud mental en ocasiones tenemos el desafío de responder desde el lugar de especialistas capaces de hacer un diagnóstico diferencial o ayudar a elaborar un caso, ahí donde el diagnóstico médico “no cierra”. Se nos convoca para completar un diagnóstico médico, cuando hay dudas, para precisar si un fenómeno es de orden conversivo u orgánico (Gamsie, 1994). Pero también, agregamos, para escuchar y acompañar cuando la enfermedad está ya presente y ha empezado a tomar el cuerpo generando malestar.

En nuestra institución existen equipos de trabajo en los cuales los profesionales de salud mental se encuentran inmersos. Equipos tales como: psicoprofilaxis quirúrgica, intersexualidad/DSD, adolescencia, trasplante hepático, cardíaco y renal, mielomeningocele, Oncología (tumores sólidos, trasplante de médula ósea, sistema nervioso central, leucemias y linfomas), diabetes, Hematología, Clínica de la alimentación, HIV, celiaquía, epidermolisis ampollar, fibrosis quística, neuromuscular y un equipo de protección en violencias, entre otros.

En cada uno de ellos el trabajo junto al médico pediatra y los diferentes especialistas resulta crucial. La enfermedad/padecimiento tiene ya un nombre, y desde esa etapa del diagnóstico la búsqueda de la salud mental llega como un espacio de evaluación y acompañamiento desde la escucha, pedido por los médicos y otras pocas veces desde los padres o de los niños. Por el horror que genera el encontrarse con un cuerpo sufriente, enfermo, muchas veces martirizado y a veces deformado, sobre todo cuando se trata del padecimiento que invade de forma abrupta. Es aquí donde surge el desafío para el interconsultor de Salud Mental, porque si bien es esperable poder operar con el malestar, con lo que no funciona en el plano discursivo, no disponemos de la misma preparación para asistir y enfrentar este padecimiento orgánico, que suele adquirir un carácter ominoso.

La medicina suele poner entre paréntesis al sujeto, en tanto ubica una lógica causal, centrándose en la enfermedad, y cuando ésta se quiebra, aparece un vacío, un interrogante que obstaculiza el acto médico.

Juega un rol importante aquí el profesional de Salud Mental, quien, desde el lugar de bisagra entre el médico y el paciente, está formado en la escucha de la dimensión inconsciente, de lo no dicho, haciendo lugar a que ingrese la dimensión del deseo. Para ir a contrapelo de esa lógica causal, para no quedar atrapados como “*espectadores*” del padecimiento, y poder propiciar una articulación significativa de ese sujeto respecto a su padecer (Andrové, 2000).

Porque muchas veces el médico suele estar inadvertido de que más allá de la demanda explícita de curación del paciente, puede aparecer la resistencia de este a curarse a cualquier precio, de que lo que se pide a nivel manifiesto no coincide con lo que se desea a nivel inconsciente, y que puede llegar a ser incluso extremadamente lo opuesto.

Se pone en juego entonces el lugar que se ocupa como interconsultor en un equipo de trabajo y la perspectiva desde la cual se escucha y piensa el cuerpo, el dolor y el tiempo en la intervención. El profesional de la salud mental, desde la psicología clínica infanto juvenil, se enfrenta al reto de pensar estrategias de intervención, ahí donde la patología orgánica y las enfermedades crónicas toman gran protagonismo. Tal desafío convoca a delimitar las particularidades de cada caso y considerar las variables en juego para pensar las manifestaciones del malestar que se presenta en la consulta o en la internación. Poner en práctica estrategias de la interconsulta que le permitan considerar la particularidad del caso, y junto a ellas poner en juego los conocimientos teóricos, pero también la creatividad (Gonza, 2024).

Presentamos a continuación una viñeta clínica que ilustra el lugar del profesional de la salud mental y permite reflexionar acerca de la posición desde la cual se puede intervenir, frente a un acto médico de alta complejidad:

* Viñeta Clínica: Ana

Ana es una adolescente de 13 años de edad que llega a internación en una sala de cuidados intermedios y moderados del hospital por presentar una falla hepática aguda.

Según el relato de la madre de Ana, catorce días antes de su ingreso al hospital, presentó dolor abdominal, náuseas, fiebre, somnolencia y confusión, por lo que consultan en una guardia cercana a su domicilio. Luego de los resultados obtenidos en los estudios médicos fue derivada prontamente a nuestro hospital. El pedido de interconsulta que llega al servicio de Salud Mental solicita iniciar nuestra intervención a raíz de la sospecha por parte del equipo médico de una “falla hepática aguda secundaria a una hepatopatía crónica de reciente diagnóstico”, lo cual derivaría en un trasplante de hígado en los próximos meses, no pudiendo precisar una fecha para tal procedimiento.

Se inicia el proceso de intervención, se conoce a la paciente, una adolescente que hace algunos días atrás asistía a su escuela con amigos, presentaba buen rendimiento escolar y practicaba vóley por las tardes. Podríamos decir, una adolescente “sana” desde el punto de vista orgánico. En ese primer encuentro, Ana puede referir cuestiones sobre su vida diaria, amigos, escuela. Sobre su familia en estas primeras entrevistas se podía pesquisar una organización familiar particular, en la cual la adolescente quedaba en medio de una disputa entre adultos, era cuidada por todos y por nadie a la vez. Ana vivía con su abuela materna, al lado de la casa de su madre, esta última se encontraba separada del padre desde hace ya algunos años.

Tras llegar el momento de la indicación del trasplante hepático se comienza a trabajar y acompañar a la paciente en lo que implicaría este proceso. Ana se mostraba predispuesta y deseosa por conocer en qué consistiría la intervención. Buscaba información en internet y la guardaba para posteriormente leerla en los espacios de entrevista. El hecho de conocer que otras personas habían atravesado por lo mismo en cierto punto la aliviaba.

Presentaba días tranquilos, aunque en ocasiones se mostraba angustiada por la prolongación de la internación y la proximidad de las fiestas de fin de año. Refería extrañar a sus hermanos y amigos, surgiendo miedos esperables por el proceso que se encontraba atravesando.

Tras llegar el momento del trasplante, los primeros días de este año, atraviesa un post trasplante complejo. Requiere reingresar periódicamente a la unidad de cuidados intensivos en el lapso de tres semanas, por presentar un shock séptico con múltiples intercorrientes. En este momento, permanecía dormida más de la habitual por los efectos de la sedoanalgesia, por lo que el trabajo estuvo centrado en el acompañamiento al grupo familiar. Tras el paso de la unidad de cuidados intensivos a una sala de cuidados intermedios moderados, las interconsultas que llegaban al servicio manifestaban que la adolescente presentaba dificultades en el sueño y dolor en los momentos que tenía que ir al baño o incorporarse, presentando marcadas crisis de llanto y gritos en las cuales expresaba que tenía “miedo al dolor”.

La presentación de crisis de angustia y dolor abdominal intenso fue constante, aun cuando la paciente se encontraba medicada para tratar tal malestar. El equipo médico manifestaba que desde el punto de vista orgánico no había nada que justifique la presentación actual de la paciente, dirán: “*es muy caprichosa, ya podría levantarse e ir al baño, ya paso un mes desde la cirugía*”, “*mis pacientes trasplantados a esta altura ya suelen estar recuperados*”.

Ante estos dichos, el señalamiento: “*Ana también es su paciente*” resultó suficiente para marcar la particularidad del caso y los tiempos lógicos/subjetivos que la misma iba transitando. A partir de allí, se estableció un diálogo con el equipo médico acerca de la angustia que provocaba el caso y la impotencia de un pronóstico reservado.

Durante toda la internación de Ana, los conflictos familiares permanecieron latentes, por momentos emergieron con mayor intensidad y por otros se calmaron. Se podía percibir desde el equipo tratante que los conflictos en la familia de Ana dificultaban los cuidados que ellos proferían a la paciente.

Los comentarios de los médicos y enfermeras sobre la madre no tardaron en surgir, destacaban que veían una madre distante de su hija, aun estando presente a su lado; “*yo siempre que la veo está con el celular, no le presta atención*” (sic).

Con el devenir de las semanas, la paciente comienza a mejorar, se aproxima el momento del alta, y Ana anuncia que se irá vivir a casa de su abuela. Al indagar sobre este aspecto puede referir por primera vez que durante su enfermedad su madre se comportó de otra manera con ella, “*mi mamá por primera vez me demostró cariño, ella antes no me registraba, en realidad mis hermanitos le demandan mucho tiempo y cuidados*” (sic), al referirse a esto la paciente quiebra en llanto y expresa: “*siento que soy un peso para todos ellos, se pelean por mi culpa si yo no me hubiera enfermado nada de esto hubiera pasado*” (sic). Al tomar este significante “peso” la paciente comienza a desplegar su trayectoria vital y agrega que fue su abuela quien la crió, y que su madre la entregó a su abuela: “*mamá era muy chica como para cuidarme a mí*”.

La adolescente, refiere que es la primera vez que su madre la cuida, acompaña, el día de su cumpleaños coincide con el día de su alta, Ana dirige un pedido de torta a su madre, el cual fue alojado.

¿Qué respuesta puede brindarse a un pedido de interconsulta sobre la enfermedad o dolor en el cuerpo?

Ocupar el lugar de interconsultores en un hospital de alta complejidad nos invita a la interpelación respecto de la noción que tenemos del cuerpo, que se distancia de la idea de organicidad, idea directriz que sostiene el discurso del modelo médico. No es suficiente quedarnos con la objetivación del cuerpo en parámetros universales, como lo piensa la práctica médica para alcanzar su eficacia. Cuerpo objeto de estudio de la ciencia, que es tocado, manipulado, hablado, medido, escuchado, con exclusión de quien los habita.

Si nos quedamos mirando el cuerpo abordado desde el discurso médico, estaremos trabajando con un organismo biológico que responde a una funcionalidad general que se puede mensurar, cuantificar, fotografiar, y que debe responder a valores normalizados y universales. Y desde ese lugar resulta lógico marcar tiempos cronológicos para la recuperación, propios de las terapéuticas generales y protocolos a los que ese cuerpo deberá responder para recuperar su normalidad.

Cada cuerpo es único e irrepetible y lo pensamos como una construcción simbólica e imaginaria que será con la que nos encontremos cuando somos llamados a intervenir, más allá del diagnóstico al cual se haya arribado o la intervención que haya sufrido. Nos referimos a ese cuerpo descrito por Freud, hecho de

representaciones, ubicado en la intersección de los placeres y displaceres con el campo de la palabra, marcado por la historia, territorio privilegiado del síntoma y que se sostiene a partir de su relación con el Otro, que trastoca la aprehensión médica de la fisiología (Leibson, 2000). Cuerpo que en la infancia se encuentra en constitución, y cuya construcción se va instituyendo desde el nacimiento y aún antes de él, dependiendo las particularidades, de cada historia individual y familiar.

Noemí Lapaco (2009) en su texto “Una práctica Extraterritorial” ubica que *“para el psicoanálisis no va de suyo que un organismo solo por estar vivo, sea significado como cuerpo para quien lo habita; habrá cuerpo desde la perspectiva del psicoanálisis entonces, solo si hay alguien que lo diga “mi cuerpo”, goce de él y lo unifique en una imagen que lo represente en la escena pública”*.

El abordaje que podemos ofrecer es en relación a la palabra y a la escucha, apostando a la emergencia del sujeto, ahí donde el cuerpo parecería estar en primer plano y el sufrimiento en la relación. El desafío en el trabajo de interconsulta es no quedar capturados por la enfermedad orgánica y trabajar para que allí se subjetive el sufrimiento y advenga un sujeto, nos toca ir en la búsqueda del advenimiento del sujeto.

Será función del interconsultor de salud mental propiciar una articulación significativa de ese sujeto respecto de su padecer, de forma tal que significativa y Biología se entrecrucen y den sentido al padecer. Porque muchas veces una imagen corporal sana, expresa Françoise Dolto (1984), *“puede darse en un cuerpo que ha padecido perturbaciones orgánicas y, a su vez, un cuerpo orgánicamente sano puede derivar a una imagen corporal patógena”*.

El cuerpo se encuentra dentro de este contexto en notables oportunidades asociado al dolor. Aunque muchas veces el dolor nos pone sobre aviso de la existencia de una lesión o enfermedad corporal, se encuentra también atravesado por una dimensión psíquica y social. Por lo cual el dolor no sólo depende del daño físico, ya que un mismo tipo de lesión puede causar dolor de distinta naturaleza o intensidad en diferentes personas o en una misma persona en diferentes momentos (Farberman, 2010). Ana debió realizar, además de los duelos propios de la adolescencia otros duelos específicos relacionados con el órgano extirpado, la enfermedad y el corte con los lazos exogámicos que se encuentran interrumpidos por la internación prolongada. Desde salud mental, se ofreció un espacio en el cual Ana pudiera desplegar los malestares subjetivos propios de su adolescencia reciente y aquellos derivados de su internación, en un contexto de “intervención en su cuerpo”.

Por lo tanto, a la hora de pensar el trabajo con el cuerpo debemos considerar no solo lo somático, sino la relación somato-psíquica, y, en niños y adolescentes, pensarlo en el contexto de la relación vincular. Subjetivar ese dolor para que el cuerpo que efectivamente está afectado no se convierta en puro organismo.

¿A qué tiempo nos abocamos en el trabajo de interconsulta?

El trabajo con el equipo médico resulta necesario, pues si bien saben sobre la complejidad de la intervención, muchas veces se deja de lado el proceso que atraviesa el paciente. Los tiempos médicos en muchas ocasiones corren a una velocidad marcada desde la emergencia o pauta desde los protocolos de intervención, que dan cuenta de la eficacia de las intervenciones. Sin embargo, los tiempos subjetivos de los pacientes no siempre se adecuan adaptativamente a esas circunstancias. Recibir un diagnóstico, romper con la dinámica y los lazos de cada día, habitar un espacio ajeno (hospital) y sufrir una cirugía de gran magnitud, como lo es un trasplante de órgano sólido, requiere de tiempo para asimilar.

Camaly (2009) destaca que en la medicina el tiempo está determinado por la aparición abrupta de una alteración del cuerpo biológico que hay que volver a la normalidad y que no puede esperar, nos habla de la emergencia y celeridad en la resolución. En cambio, desde la intervención en salud mental se trabaja con una concepción del tiempo que opera desde una lógica diferente. Donde muchas veces *“el encuentro de un sujeto con un acontecimiento, una circunstancia, una grandeza, una nimiedad que conmueve el equilibrio y los puntos de referencia simbólica en los que el sujeto se sostenía, da lugar a una urgencia subjetiva, hecho que marca un trabajo singular con cada paciente, la enfermedad que presenta, su familia, equipo médico y los recursos de apoyo que pueden brindarse”*.

REFLEXIONES FINALES

El encuentro con las infancias y adolescencias con patología orgánica, los cuidadores, así como el trabajo interdisciplinario y la respuesta al pedido de una interconsulta, suponen un desafío permanente que nos lleva a reflexionar, revisar nuestra formación teórica y qué respuesta se da a la demanda, que siempre está a la orden del día. No sólo por la complejidad y especificidad de los cuadros clínicos que se exhiben, sino también porque en la mayoría de las ocasiones se trata de familias que han recorrido varias instituciones y al no encontrar una solución a su padecer; han sido alojadas en nuestro nosocomio con la promesa de brindarles una respuesta adecuada.

Florencio Escardó, pediatra argentino, nos advierte desde tiempo atrás sobre la degradación que sufre la palabra en la relación médico-paciente. Expresando su preocupación por la práctica médica, considera que tal práctica sólo podrá modificarse con la revalorización de la palabra del paciente (Escardó, 1972). Con lo cual creemos que el trabajo desde la Interconsulta Psicológica para Niños y Adolescentes, implica llevar a cabo un accionar como oportunidad para el despliegue de la palabra frente a la subjetividad que se presenta a veces velada por la enfermedad.

La labor de interconsultor del ámbito de la salud mental es rescatar la singularidad del niño, darle la palabra en un contexto que tiende a ser homogeneizador, cuando prima la enfermedad sobre el paciente y el adjetivo enfermo se sustantiva.

Nuestra presencia en un territorio que a veces nos resulta extranjero en tanto es dominio del discurso médico, nos confronta al encuentro con un pedido que demanda una respuesta ante lo inexplicable, lo inesperado, y por qué no ante lo insoportable.

Repensar el rol del psicólogo y sus herramientas de intervención en el hospital de pediatría nos invita a reinventarnos, apelando a la creatividad y escucha activa para plantear nuestros modos de abordaje de las problemáticas con las que nos enfrentamos. Sosteniendo un modo de trabajo distintivo dentro de la práctica hospitalaria, caracterizada por el entrecruzamiento y los desencuentros entre el discurso médico y el discurso psicoanalítico. Trabajar de forma interdisciplinaria abre la posibilidad de reflexionar en conjunto y actuar en consecuencia.

El abordaje en un hospital de alta complejidad supone un campo de interacciones de intervenciones terapéuticas de diferentes disciplinas, en donde el profesional de la salud mental cumple también un rol fundamental, permitiendo el sostén elaborativo de la enfermedad. Elaborativo para el paciente, para la familia y para todo el equipo tratante, comprendiendo así el sufrimiento humano en todas sus dimensiones.

BIBLIOGRAFÍA

- Androve, S. (2000). Interconsulta: un entrecruzamiento de disciplinas. *CLEPIOS*, VI(3). 111-113.
- Camaly, D. (2009). Modalidades de resolución de la urgencia en la guardia externa de un hospital general. *Perspectivas de la clínica de la urgencia*, 127-135.
- Dolto, F. (1994). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Paidós, Barcelona.
- Escardó, F. y Baranchuk, N. S. (2004). *Carta abierta a los pacientes*. Buenos Aires: Fundación Sociedad Argentina de Pediatría.
- Farberman, D. (2010). *El psicólogo en el hospital pediátrico: herramientas de intervención*.
- Gamsie, S. (1994). La interconsulta: una práctica del malestar. *Psicoanálisis y el Hospital*, III (5). 58-62.
- Gonza, F. (2024). Intervenciones posibles en tiempos de constitución psíquica: a propósito de un caso de perturbación en la alimentación en la primera infancia. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Lapaco, N. (2009). "Una práctica extraterritorial". *Escuela Freudiana de Psicoanálisis*.
- Leibson, L. (2000). Notas sobre el cuerpo. *Psicoanálisis y el hospital n°18: el cuerpo en la clínica*. Publicación semestral de practicantes en Instituciones Hospitalarias.
- Vorobechik, S. (2023). *Psicoprofilaxis clínica y quirúrgica en infancias y adolescencias. Abordaje emocional de las patologías orgánicas. Equipos de Salud e interdisciplina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Noveduc.