

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.

Lazo social en el dispositivo de internación: lo universal, particular y singular.

Meichtry, Florencia.

Cita:

Meichtry, Florencia (2021). *Lazo social en el dispositivo de internación: lo universal, particular y singular*. 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/000-012/523>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/7sP>

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>.

LAZO SOCIAL EN EL DISPOSITIVO DE INTERNACIÓN: LO UNIVERSAL, PARTICULAR Y SINGULAR

Meichtry, Florencia
Hospital de Morón. Morón, Argentina.

RESUMEN

En este escrito, describiré mi tránsito por una sala de internación de salud mental, en un hospital monovalente de la provincia de Buenos Aires. Para intentar transmitir algo de mis sensaciones, vivencias y aprendizajes del proceso de internación-externación de usuarios allí con las particularidades de un dispositivo manicomial. Las implicaciones que tuvo la pandemia, y en especial el ASPO en este contexto, declarado en marzo del 2020. Y, por último, el recorte del trabajo realizado con un usuario, con las dificultades y aprendizajes del mismo. Tomando como concepto central el lazo social, desde diferentes recortes del recorrido extrapolando y tensionando las categorías lacanianas universal, particular, singular, para poder esquematizar el escrito.

Palabras clave

Lazo Social - Internación y COVID - Universal - Particular - Singular

ABSTRACT

SOCIAL BOND IN THE HOSPITALIZATION DEVICE:
THE UNIVERSAL, PARTICULAR AND SINGULAR

In this writing, I will describe my journey through a mental health inpatient ward, in a monovalent hospital in the province of Buenos Aires. To try to convey something of my feelings, experiences and learnings of the process of hospitalization-externalization of users there with the particularities of a mental hospital device. The implications of the pandemic, and especially the ASPO in this context, declared in March 2020. And, finally, the reduction of the work carried out with a user, with the difficulties and lessons learned from it. Taking as a central concept the social bond, from different cuts of the route extrapolating and stressing the universal, particular, singular Lacanian categories, in order to outline the writing.

Keywords

Social Bond - Hospitalization and COVID - Universal - Particular - Singular

De lo universal: para los locos el aislamiento a la ley de salud mental

*Las huellas de nuestra historia

En la Argentina, el surgimiento del dispositivo psiquiátrico coincidió con la etapa fundacional del Estado, en el transcurso de la segunda mitad del siglo XIX (Vezzetti, H. 1983). En esa época se establecieron instituciones emblemáticas como el Hospital Borda, el Moyano y el Alejandro Korn de Melchor Romero. Lugares con diversos modos de nombrar: loqueros, residencias, asilos, manicomios para aquellos a los que no se encuentra un lugar en la sociedad racional moderna.

Desde los comienzos, fueron y son diversos los modos de responder socialmente a la locura, pero la institución manicomial es el predilecto y paradigmático. Dispositivo (Foucault, M. 1984) que prioriza el aislamiento y encierro como respuestas a lo que no encaja.

En la segunda mitad del siglo XX, especialmente en la década de 1960, se produjeron diferentes movimientos y experiencias que cuestionaron tanto a las instituciones de encierro como a los enunciados teóricos que las sostenían. Estas experiencias incipientes (políticas públicas de Carillo, experiencia de Goldenberg en Lanús, Hospital Estévez, etc.) son desmanteladas y perseguidas por los procesos de dictadura. Este periodo de nuestra historia que ha dejado huellas en nuestra identidad y subjetividad, así como en los modos de concebir los procesos salud enfermedad. Reforzándose la psiquiatría manicomial, como modo de control y la práctica privada como "resguardo" de los profesionales. Revisión histórica de nuestras marcas que recorren Vainer y Carpintero en sus libros (2018).

En la controvertida década del '90 junto a los avances del neoliberalismo, el crecimiento de la pobreza y el aumento de internaciones en instituciones psiquiátricas, se enfatizaron las críticas al orden asilar. En cada institución se instalan núcleos de resistencia, con intentos incesantes de ir a contra pelo de estas lógicas, profesionales con propuestas de otros dispositivos (prealta por ejemplo), movimiento de usuarios, etc.

Sin embargo, las cifras de los aislados, las condiciones de vida, el alto promedio de años, las condiciones de hacinamiento, y las violaciones a los derechos humanos en los hospicios siguen siendo terribles (CELS, 2007)

En el año 2010, se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental (26.657), que estableció el marco jurídico reclamado durante tan-

to tiempo, marcando el declive de las instituciones manicomiales: *“La sanción de la Nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26659 promulga un cambio de paradigma en la atención de los otrora llamados “enfermos mentales”, al sustituir la concepción de la enfermedad mental por la de padecimiento, con el fin de preservar los derechos humanos de las personas afectadas en su salud mental. Promulga además un cambio en la modalidad de atención que se consideró legítima durante varias décadas, proponiendo la sustitución progresiva de los dispositivos manicomiales por otros que se encuentren en la comunidad y favorezcan el lazo social. Se basa entonces en los principios de intersectorialidad, interdisciplina, participación de la comunidad, preservación de los derechos humanos y promoción de la inclusión social”* (De Battista, 2016).

Hay universales que segregan, y otros que incluyen, propician, habilitan lugares.

Nuestra responsabilidad como profesionales de la salud mental es sostener el derecho a la salud, el acceso a salud mental colectiva. Sin perder de vista como estos universales se ajustan (y desajustan) a lo particular y singular de cada sujeto.

***Internación y COVID**

Una de las cuestiones más cruciales de nuestra ley 26.657 es el tema de las internaciones:

En el apartado VII de la misma, plantea que *“La internación es considerada*

como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (Ley 26.657, 2010)

Se tipifican dos tipos de internaciones: **a.** voluntarias con este carácter restrictivo y **b.** involuntarias de carácter excepcional y cuando el equipo de salud interviniente evalué que hay riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

Primer desafío entonces ¿Como transformar este dispositivo de control social, en uno terapéutico, resguardando los derechos del sujeto?

A esta legalidad introducida como “riesgo cierto e inminente”, categoría jurídica, Julia Martin (2015), propone pensarla y contextualizarla desde el psicoanálisis como urgencia subjetiva.

Una desregulación, ya sea a nivel del propio cuerpo o de la relación con los otrxs, que conlleva una radical ruptura a nivel del lazo social ese momento en particular. Así la internación se piensa como una respuesta a esa urgencia (cuando otras alternativas no son posibles), una introducción de un tiempo donde generar las condiciones de posibilidad para la recuperación de un lugar social.

A esta urgencia de internación, se le suma la emergencia sanitaria. En marzo 2020 se declara en nuestro país el Aislamiento social, preventivo y obligatorio, como política del cuidado por la pandemia mundial del COVID-19.

Desde la dirección del hospital, decide restringir los permisos

de salida de los usuarios, las visitas de familiares, amigos, y se ponen en suspenso las altas/externaciones. Se suspenden algunas actividades grupales y de talleres dentro del hospital, se implementan protocolos de “distanciamiento” dentro de la sala. Un primero momento, de mucha angustia de todxs nosotrxs, incertidumbre, donde la percepción de lo peligroso es difusa... ¿ellos, nosotrxs? ¿Lxs enfermerxs? ¿adentro, afuera? ¿qué pasa si uno de los usuarios se fuga y vuelve? Advertimos, que los que más entran y salen son los profesionales, potenciales portadores del virus. A su vez, nosotrxs mismxs íbamos del encierro de casa, al encierro del hospital. Algunas preguntas que recuerdo de ese momento tan disruptivo: ¿Cómo pensar esta decisión de no externar, suponiendo que en la sala iban a estar mejor? ¿Políticas de cuidado - políticas de control? ¿paternalistas? ¿asistencialistas?

De cierto modo, al menos en un inicio, la pandemia parece una cristalización de esas prácticas más arraigadas institucionales-manicomiales. Se redobra el aislamiento.

¿Cómo propiciar en este contexto tan difícil las redes, los lazos por fuera de la institución? ¿Y los lazos puertas para adentro, supervisiones, lazos de trabajo para no quedarnos encerradxs en los consultorios?

¿Cómo pensar el proceso de internación-externación? ¿Hay alguna particularidad de estos lazos en la psicosis?

De lo particular del lazo en la psicosis a las trazas singulares

En este apartado me propongo un breve recorrido de como conceptualizar el lazo en la psicosis, para que luego algo resuene en el recorte clínico.

Además de este interés clínico, conocer los modos de lazo social en la psicosis adquiere relevancia en el contexto actual de reformas en la atención de la Salud Mental (De Battista, 2016), para la invención dispositivos alternativos que propicien su inclusión, hasta ahora restringida al uso de psicofármacos y al aislamiento en instituciones especializadas.

Es conocida y muy pronunciada la frase de Lacan *“el psicótico se encuentra fuera de discurso”*, y a veces se desprende que esto implicaría que se encuentren fuera del lazo social.

A pesar de este imposible estructural y lógico, desde la teoría de los discursos lacanianos, la vida cotidiana, y la clínica nos demuestra, dice Quinet (2016), que esto no es así. Al menos no todo el tiempo. Hay tentativas de lazo social en la psicosis. Nos encontramos con enganches y desenganches, *“incursiones y excursiones”*. Entran en relación con el poder, con la educación, con el saber, con otrxs, con el psicoanálisis, etc.

Esto no es nuevo, si tomamos lo que postula Freud (1914), de la diferencia tres momentos en el proceso psicótico: normalidad conservada o neurosis, los del proceso patológico propiamente dicho (desasimiento) y los de la restitución (alucinación, delirio, lenguaje de órgano, etc. Sin duda estos primeros rasgos, menos estudiados que los otros.

La psicosis es una posición subjetiva que por momentos rechaza el lazo social y por otros puede haber una apertura al lazo con otros. (De Battista, 2016). No establecidos, no compartidos quizás, pero no por eso menos respetables en sus potencialidades para habitar algún discurso y lograr procurarse un “estado civil”, un modo de vivir con otros.

Relacionado con esto, Quinet (2016), toma uno de los rasgos característicos que Bleuler describe de la esquizofrenia, nombrándola como “esa tendencia autística del goce, que lo lleva a estar fuera del discurso”. El sujeto queda del lado de la dispersión significativa, no hay un S1, sino multiplicación del S1, entonces esto aparece en el yo, en el cuerpo, las relaciones con los otros. Sin embargo, esto no implica que no haya tentativas de incursionar en el lazo.

Y propone una posible vía de trabajo: pasar de la dispersión significativa a la retención/condensación en un S1. Fijación de un significativo privilegiado que traiga el sujeto, que le permita representarse y a partir de ahí, incursionar en el lazo social.

Ahora bien, para pensar cómo se articulan las dimensiones universales y particulares, en las trazas singulares de un sujeto elegí a Roberto. Entre otras cosas porque pude acompañar su externación junto al equipo y, también porque trabajar con él hizo vivible mi tránsito pandémico por internación

*Las re-internaciones

Roberto tiene 37 años, vive con su pareja, Laura, en Florencio Varela. Su familia no acompaña casi nada en sus tratamientos, ni padecimiento. Roberto se sostiene económicamente con su pensión y la de Laura, tramitadas hace algunos años en una internación.

Esta es su décima internación en esta institución, la primera fue a sus 19 años, luego de terminar la secundaria y recibirse con el título de técnico electromecánico.

Desde los 25 años aproximadamente, hasta ahora tuvo una internación cada año, año y medio. Algunas más cortas que otras, esta última, pandemia en el medio, la más larga casi un año. Según lo recortado con la médica psiquiatra y su extensa historia clínica, cuando Roberto se descompensa relata un evento ocurrido a los 9 años un tanto confuso en donde alguien entra a su casa, y él le dispara sin saber si lo mata o no a esta persona. En torno a este se arma el contenido de sus voces.

Durante los primeros tiempos Roberto se presenta muy tranquilo, obediente a todo lo que se le dice, en términos médicos tiene cierta “reticencia” a hablar. Pareciera saber al pie de la letra las frases que tiene que repetir para irse de alta: que ya no escuchaba voces, que hace años que no le pasa, que él nunca dejó de tomar la medicación, etc.

Lo que hace muy difícil poder correrlo de esa posición, condescendiente al discurso médico, respuestas estereotipadas. Seguido a la descompensación más florida, rápidamente Roberto se compensa y aparecen la sintomatología negativa, de aplanamiento subjetivo y el entrenamiento institucional de saber que

tiene que decir para irse de alta.

Roberto es uno de los ejemplos paradigmáticos que se nombran como de puerta giratoria. Pero ¿Qué lugar tuvieron y tienen estas internaciones para Roberto? ¿Las externaciones desde donde se pensaron y como las pensamos?

Julieta De Battista, aventura una hipótesis al respecto que nos guía: “Las internaciones reiteradas estarían indicando que el tratamiento ofrecido no ha pasado a formar parte de la economía subjetiva del paciente y por lo tanto éste no lo continúa pues no tiene una función para él”. (2012)

*El lazo a otros

Algo de su reticencia nos dice que por ahí no, que es necesario bordear esas preguntas, y ver por dónde nos permite entrar en su mundo.

Hablamos sobre sus intereses, en especial sus saberes técnicos. Roberto tuvo varios trabajos, luego de recibirse de técnico, en metalúrgicas, fabricas, talleres de autos, etc. Cuando habla del trabajo se nota otro semblante en él, más deseante. Aunque, enseguida, aclara que nunca pudo durar más de 3 o 4 meses en cada uno porque “las voces no me lo permiten; me distraen y tengo que renunciar”. A pesar de esto, aunque no haya podía sostener los trabajos formales vamos armando, que él es quien ARREGLA las cosas, en su casa, en la de sus padres: cualquier electrodoméstico que se rompa, él se ocupa de desarmar y arreglar.

Esta posición de arreglar cosas, se enlaza con el lugar que ocupa en la relación con su pareja. Roberto vive con Laura, hace 8 años, han vivido en muchos lugares, piezas pensiones de modo errante, pero siempre en Florencio Varela. Se conocieron en este hospital allá por el 2012 cuando ambos se encontraban internados en las respectivas salas de agudos mujeres y hombres. Roberto describe su convivencia con ella, él se ocupa de organizar las cosas de la casa, sobre todo la economía, los gastos, el administra las pensiones por discapacidad de ambos.

En nuestras charlas, Roberto se muestra particularmente preocupado por los temas económicos, en alguna oportunidad me habla de algo que escucho en la tele, me pregunta por el dólar blue; algo que se repite en estas conversaciones es “estar fuera del sistema”, en el punto que al no poder trabajar y no tener dinero, quedas afuera, dice. Hay algo que insiste que se puede recortar como “nada que ofrecer”, que lo deja en una posición de cierta imposibilidad, o en menos con respecto a los otros.

¿De qué modo él podía enlazarse a las instituciones, a Laura, a su madre, a su vida social?

Roberto nos va guiando por donde sí y por donde no.

Su posición de este lugar en relación al Otro, este enunciado “nada para ofrecer”, que marca un límite, Otro que lo excluye, que él no está a la altura; sin insertarse en ese circuito económico, no tiene nada para intercambiar, ni con amigos, ni laboralmente (al menos trabajos formales).

Ubicamos que hay una diferencia entre el trabajo formal, donde

aparecen las voces, donde el otro jefe se le vuelve demasiado exigente, de un “hacer o arreglar” cosas en su casa.

A su vez, este rasgo, es el que él aporta en la relación con Laura, como administrador de la casa, de las finanzas de ambos. Este rasgo podría ser una línea posible de abordaje, una fijación o identificación (al decir de Quinet) a este significante de “*ser el que arregla*”, quizás podría ser de marco para incursionar en relación al lazo con otros.

Ese es el lugar que tiene en la relación con Laura. La función del amor que suple, repara, que le permite alquilar solxs y no vivir con su mamá. Lazo amoroso como cierta regulación del goce, otra vía de trabajo posible: ¿cómo se anudan amor, deseo y goce en Roberto?

Sin embargo, el ser solo dos, les trae complicaciones, y aparece como necesario alguna terceridad. ¿Puede ser el hospital ese tercero? ¿Romero es un “lugar en el mundo” para él, para ellos? Sin romantizar esta idea, ahí se conocieron y sigue siendo la institución a la que recurren en cada descompensación, pero ¿son posibles otros lugares donde él y Laura puedan enlazarse? ¿por qué termina siendo la internación la única estrategia de tratamiento de estas “crisis” o desbordes?

¿Son posibles lazos, armados más territorializados, cercanos al lugar donde eligen vivir, Varela?

*El lazo analítico

Después varios meses de entrevistas, en estrategia con la psiquiatra, intentamos separar las voces, de la internación, en el sentido que las mismas no condicionaban el alta.

Es ahí, que Roberto me deja entrever que las voces siempre están, que ha pasado por muchas medicaciones, que algunas le hacen mejor, pero que las voces nunca desaparecen.

Roberto refiere que probó “de todo”: con responderles, contestarles distintas cosas, con no responder, pero insisten.

Aparece cierta exigencia en responder o al menos estar muy atento a sus preguntas. Y le pregunto si ha encontrado algún modo de distraerse de ellas, y puede ubicar que lo que más lo calma es hablar con Laura, de cualquier cosa, escuchar música, hacer cosas en la casa.

Se abre una faceta distinta del espacio, donde aparecen los fenómenos que lo hacen padecer, y que lo invaden, que están siempre, donde la medicación no alcanza.

Poner en forma lo que ya hay, los recursos, los modos que Roberto ya encontró: hablar con Laura, hablar con otros, como con sus compañeros de sala, escuchar música, hacer arreglos en casa.

Me sirvo de las conceptualizaciones de Ernesto Vetere (2014), sobre el lugar del analista en la transferencia en la psicosis, somos nosotros los que estamos convocados a transferir.

Suponemos un sujeto ahí, le cedemos la palabra, lo escuchamos para que puede buscar la forma que las voces le afecten menos, y ahí nosotros somos su aliado, “*estamos del mismo lado del muro*”, cuidando al Sujeto y al lazo analítico de los embates del

Otro que goza y sabe.

Y a su vez, “*con la paciencia propia de un artesano cuáles son las posibilidades de cada paciente, sus singulares modalidades de arreglo o las vías en las cuales un trabajo auto-curativo podría desplegarse*”. (De Battista, J. 2012)

La oferta el espacio analítico como posible lugar donde esto pueda ser trabajado en la internación y la apuesta a que se extienda a uno ambulatorio.

No porque sea lo único ni lo más importante, sino como estrategia para sostener y resguardar lo íntimo, lo singular, sin que sea arrasado ni por la desidia, ni por la oferta inespecífica de espacios socialmente ideales para reinsertarse.

¿Lazo analítico sirve de puente para el lazo social?

“*El analista en el lugar del semejante se pliega a los ideales del psicótico contribuyendo al que sujeto pueda avanzar en la vía del deseo buscando el objeto de goce mas allá del cuerpo de aquel, es decir, en el Otro social*”. “...el analista se ofrece a ser uno-más entre algunos otros, que también puedan acompañar, cada uno a su modo, en la construcción y mantenimiento del artificio del Sujeto” (Vetere, E. 2016)

No somos neutrales, en el sentido que nuestra política apunta al deseo, deseo anudado en el lazo con otros (pag 114)

Los acuerdos que llegamos a establecer el equipo con Roberto para la externación consistieron en que el lugar de derivación sería el centro de salud cercano a la casa de su mamá, ya que, ante sus reiteradas mudanzas, es un punto de referencia fija. Centro de salud, donde funciona la residencia de psicología y trabajo social, pudiendo armar un lazo de trabajo, para hacer de la externación apostando a que sea sostenible en el tiempo. Transmitiendo esta particularidad de ser prudentes con las ofertas de espacios.

Ensayamos la idea de un pastillero, como ordenador de su administración y relación con la medicación.

Un espacio de psicología, clave para que Roberto siga encontrando arreglos que le permitan convivir con las voces y hacer su existencia más soportable. Y que quizás las descompensaciones también puedan ser trabajadas, anticipadas de otro modo.

*Algunas reflexiones finales

Universal - Particular y Singular, categorías que me sirvieron como guía de las preguntas que me fueron surgiendo en relación al lazo, al lazo social en mi recorrido por el dispositivo de internación en un hospital monovalente.

Los **universales** de las instituciones, las leyes, dispositivos. Lo **particular** del lazo en la psicosis y lo **singular**, como la respuesta subjetiva, esos arreglos de Roberto.

Universales que incluyan, que posibiliten el lazo, los derechos de los usuarios, que permitan habitar el mundo compartido; haciendo lugar a lo particular y singular de cada sujeto enganches y desenganches en el lazo con otros.

BIBLIOGRAFÍA

- Basaglia, F. (1979) *La Condena de ser loco y pobre*. Alternativas al manicomio Segunda Edición. Editorial Topia 2013.
- De Battista, J. (2015) *El deseo en las psicosis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- De Battista, J. (2016) *Psicosis?? lazo social: comunicación preliminar sobre un proyecto de investigación (UNLP)*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- De Battista, J. (2012) *Condiciones subjetivas que inciden en el abandono del tratamiento de pacientes psicóticos re-internados en un hospital psiquiátrico argentino*. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina. 2012.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2018) *Huellas de la memoria Tomo I y II*. Buenos Aires. Topia editorial.
- CELS (2007) *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires siglo XXI Editores.
- Fenoglio, H. (2010) *Psicoanálisis de las crisis psicóticas. La puerta*. Centro de Salud, Arte y Pensamiento. <http://fenogliohector.blogspot.com/2010/06/psicoanalisis-de-las-crisis-psicoticas.html>
- Foucault, M. (1984) "El juego de Michel Foucault" en *Saber y verdad*. Madrid: Ediciones de la Piqueta, pp. 127-162. Disponible en www.con-versiones.com.ar/nota0564.htm
- Freud, S. (1914) *Introducción del narcisismo*. En *Obras Completas*. Tomo XIV. Amorrortu: Buenos Aires, 2000.
- Lacan, J. (1975) *El placer y la regla fundamental*. Intervención luego de la exposición de André Albert. Paris. En https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/114_adultos1/material/archivos/lacan-el_placer_y_la_regla_fundamental.pdf
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Lombardi, G. (comp). *Singular, particular, singular*. JVE Ediciones. Buenos Aires, s/a Capítulos "Singular, particular, singular. La función del tipo clínico en psicoanálisis".
- Martin, J. (2015) *Complejidades de la decisión de Internación en Salud Mental: del "riesgo cierto e inminente" a la lectura de la urgencia subjetiva*. Revista del colegio de psicologxs. Distrito XI. Año VIII - N°29. Buenos Aires.
- Perez, E.: "Rehabilitar: un lugar posible en lo social". Disponible en: <http://www.elsigma.com/hospitales/rehabilitar-un-lugar-posible-en-lo-social/11952>
- Quinet, A. (2016) *Psicosis y Lazo Social*. Esquizofrenia, paranoia. Editorial Letra Viva, Buenos Aires.
- San Miguel, T. (2020) *Lo esencial y lo que no*. Ciaf. Salud Mental <https://ciafsaludmental.wixsite.com/ciafsaludmental/post/lo-esencial-y-lo-que-no>
- Ulloa, F. (1995) *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Editorial Paidós.
- Vetere, E. (2016) *La invención psicótica de la transferencia*. Editorial Lazos. Buenos Aires.