

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2017.

Una política, la del síntoma.

Gamaldi, Valeria Romina.

Cita:

Gamaldi, Valeria Romina (2017). *Una política, la del síntoma. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/261>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/YeB>

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>.

UNA POLÍTICA, LA DEL SÍNTOMA

Gamaldi, Valeria Romina

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

Este trabajo se propone revisar la teorización lacaniana que define la política del Psicoanálisis por su orientación por el síntoma, a la luz de lo que enseña al respecto el psicoanálisis aplicado a la terapéutica. Para ello se considerarán fragmentos clínicos de inicios y finales de tratamientos conducidos en diferentes dispositivos institucionales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Barcelona.

Palabras clave

Síntoma, Admisión, Final de tratamiento, Política

ABSTRACT

ONE POLICY, THAT ONE OF THE SYNTHOM

This paper reviews Lacan's theory about Psychoanalysis policy oriented by the synthom and its relation with therapeutics. For this, will be considered some fragments of treatments, specially at the beginning and at the end of them. All treatments were done at institutional devices in different cities as Buenos Aires and Barcelona.

Key words

Synthom, Policy, Admission, End of treatment

“¿Qué hacen ustedes allí? Esta pregunta es todo aquello por lo que me interrogo desde que comencé”.
Lacan, Conferencia en Ginebra sobre el síntoma

Res publica – Res privada

En el marco del Programa de Residencia de Psicología Clínica del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, realicé una rotación en el Programa de Soporte a la [Atención] Primaria (PSP), dependiente del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, en Barcelona (Catalunya, España). Dispositivo ideado como apoyo de “la especializada” a los médicos de familia en el manejo de problemáticas relativas a la subjetividad y atención por parte del equipo psi de pacientes cuyas consultas giran en torno al “malestar de vivir” en ambulatorios (Nivel de Atención Primaria de la Salud), durante un ciclo de tratamiento con un límite de seis entrevistas; mientras que los casos más complejos o con diagnósticos que se incluyan en los Trastornos Mentales Severos, son derivados al Centro de Salud Mental y Adicciones.

Llegué con una pregunta cuasi administrativa por el sistema de salud, la lógica de su organización en diferentes niveles de atención, sobre cómo regulaban las derivaciones, el flujo de pacientes, qué hacía de ordenador en lo que me imaginaba como megaingeniería de política de salud. Pero encontré que lo que ordena es la interpretación, aquella operación que puede reconducir un falso enlace, algo que ya advirtieron los que al diseñar un plan de salud buscaron adecuar la utilización de los servicios según un modelo de gestión de casos. Corroboré lo que el psicoanálisis puede aportar

a lo público, por ser un medio efectivo y riguroso de regulación de la clínica, porque se trata de regular desde dentro y no desde afuera. Operador que tiene una lógica y si hay lógica, hay tiempo (si p entonces q...), ya que cualquier lectura implica una temporalidad. Lógica, tiempo, procedimiento, esa es la utilidad del psicoanálisis en lo público: aporta una lectura clínica del funcionamiento, ubicando los significantes que permiten hacer un semblante con eso. Así que, como los carceleros del sofisma salí con alguna certidumbre y otras preguntas sobre los atributos que soporta mi propia clínica, sus agujeros y vacilaciones, su eficacia. Lógica que encuentra su ordenador en el síntoma y que implicará un despliegue temporal, con un principio y un final, con un recorrido incalculable pero a la vez determinado por esas movidas iniciales y la idea que se tenga del fin de tratamiento.

Inicios

En los pasillos del hospital me dijeron que “en la primera entrevista está todo”, ¿qué quiere decir eso? Primera que muchas veces no es tan obvio que lo sea, porque para el paciente puede ser una consulta más de un largo derrotero, donde todo da lo mismo, donde la queja o el padecer se eterniza, primera que puede no inaugurar la cuenta; primera a producir entonces, en la que ya hay una operación clínica en juego, que verificamos porque no es sin consecuencias qué se acepta y qué no. La admisión, por lo tanto, es un primer acto clínico, ¿pero qué se admite?

Miller (1997) dirá que el paciente hace una primera lectura de lo que le pasa, de su síntoma, pero el clínico tiene la tarea de autorizar o no un tratamiento, en determinados términos y eso es un acto, que debe ser precisado. Es más, dice que si no está claro, no se debe avalar, ya que implica un diagnóstico de la posición subjetiva que el paciente toma respecto a lo que le pasa y lo que dice sobre eso. Dirá Germán García (2006):

El análisis de cualquiera tiene como condición que exista un deseo de analizarse, algo que difiere del pedido de solución de un problema. Ese deseo puede leerse entre las palabras de un pedido, pero no se trata del pedido mismo. “Quiero entenderme con mi pareja”, dice el que busca ayuda para separarse. “Yo me castigo”, interpreta quién se dedica a castigar al partenaire con sus quejas. Dicho lo anterior, es analizable cualquiera que lo desee y tenga la suerte de encontrarse con otro que sepa que el inconsciente responde cuando el que pregunta ya está adentro.

Así, “la puntuación justa depende de cómo el analista fija la posición subjetiva. No hay palabra más especial que la que dice el analista para fijar la posición subjetiva. Se puede, en ese punto, reconocer una palabra de verdad (...) Eso es la dirección de la cura: saber lo que debe y lo que no debe ser tomado en serio” (Miller, 1997, P. 51). Paula concurre a la Admisión de Consultorios Externos de un Hospital de la Ciudad de Buenos Aires cuando Roberto -su

pareja desde hace un año- le dice que no se irá más días de vacaciones con “su familia” (madre, hermano e hija) que los que irá con ella, tal como ella había llorado durante varios días; pero en lugar de alegrarse, consulta. Encuentra a un hombre que no le confirma el “abandonada” que iba encarnando por la vida, tal como habían hecho todos aquellos a los que llamaba desde distintas Guardias, después de ataques de pánico, pastillas de más, ingesta de veneno, cortes. Pero el “me va a dejar” insiste. Intervengo, “es un tema a qué uno invita al otro”. Marcelo Barros (2009) plantea que

El primer paso de la cura, como dice Lacan, es mostrar que todo eso funciona así, poner en evidencia el carácter funcional del síntoma, mostrar que si la repetición pasa siempre por el mismo lugar es justamente porque hay un lugar por el que no se quiere pasar (...) denunciar eso tiene ya todo el valor de acontecimiento en el análisis, y por esa intervención se llega a transformar lo que hasta el momento era un padecimiento, en una toma de posición, pero también en un enigma. (P. 48)

Enigma que Paula toma, y a la vez siguiente dirá que se había quedado pensando en “eso de la invitación”, ubicando “me quedo siempre con los no”, y trayendo una escena: “me quedé un sábado en lo de Roberto, nos despertamos el domingo, estábamos charlando en la cama y yo no le estaba prestando atención porque pensaba ‘ahora me tengo que ir, ahora me echa’, pero él preparó el desayuno. Yo seguía pensando ‘ahora me tengo que ir, ahora me echa’, después me invitó a almorzar, paseamos... recién a las ocho de la noche cuando estaba en el colectivo yendo a mi casa me cuenta que habíamos pasado todo el día juntos”, un trabajo se puso en marcha.

María tiene 78 años y consulta derivada por su médico de familia de un ambulatorio de Catalunya, a quien la hija le había solicitado que la envíe a psicología ya que veía a su madre “caída”. Ella cuenta que hace seis meses murió su marido con el que compartieron más de cincuenta años y que desde entonces bajó unos kilos, no le gusta comer sola, pero sigue cocinándoles a los nietos. Cuenta que lo extraña, que a veces llora, que las amigas le dicen “venga María, que tú eres muy alegre”, pero que ella perdió a su marido y algo de su alegría. Dice que cuando más lo extraña es a la noche, que ella nunca durmió sola, porque se fue de casa de sus padres a la de su marido. Pero algo cambió el día de los muertos: lo vio, “yo lo vi, eso nadie me lo va a quitar, me estaba cambiando y por un momento vi que me miraba desde los pies de la cama (...) creo que apareció para cuidarme”. Desde entonces duerme más tranquila, “nadie me lo va a quitar”. Le dije que claro, cómo no extrañarlo y le propuse acompañarla, trabajar ese no disfrutar, ver cómo recuperar su alegría. No vino. ¿Por qué? En supervisión se ubicó que había quedado desubicada la demanda, que era de la hija, lo cual obturaba verificar si había o no algún pedido de María; a la vez que la mitad de mi intervención avalaba el trabajo de duelo en curso, la segunda parte lo pretendía sin costo subjetivo. Legitimar un duelo como algo diferente a un normalizar que tape la boca, sino por el contrario, incluir la castración y subrayar que hay que hacer un trabajo subjetivo con eso. Primera entrevista en la que entonces también se jugará una elección para el clínico: apostar a la neurosis de transferencia y formalizar el síntoma o por la funcionalidad de la herramienta con que cuenta el sujeto, no para positivizar la castración sino para

dejarla disponible. Algo de esto es lo que permitió señalarle, a Pepa –enviada por su médico de familia para que haga algo con su tristeza– que ella estaba hallándole la vuelta al encuentro disruptivo que había significado la coincidencia de su menopausia con la salida exogámica de su única hija a la universidad. Eso que a veces la tenía “caiducha, un poco triste, de a ratos sin ganas”, a lo que respondía yendo al gimnasio “cuando viene la tristeza” o buscando actividades con sus amigas. Ella estaba poniendo en marcha recursos subjetivos para responder a ese encuentro, por lo que se le propuso que si eso se le complicaba (su respuesta), podía volver.

Diego consulta en el Hospital traído por su madre, pero cuando abrimos la puerta ella ya no está; no se sabe por qué lo trajo y él puede contar poco. Alterna entre la perplejidad, su impulso a consumir cocaína, ocurrencias e interpretaciones delirantes, aplamamiento, alucinaciones. Tratamiento ambulatorio conjunto, ADOP, internación sí, internación no. Y algo que no se pudo construir. Diego no sabe para qué viene, aunque se intenta vez por vez ubicarlo, lo que acompaña sus vaivenes entre pedir y rechazar el tratamiento, mostrando lo que hay de necesario en sancionar qué hay de sintomático en el funcionamiento, tanto para el clínico como para el paciente, sea cual sea su estructura. Función que creo se le puede dar al tratamiento de prueba propuesto por Freud, no para rechazar sino para habilitar el inicio de una cura.

Necesidad que del lado del clínico se plantea en torno a poder cuestionar en qué uno se autoriza o no para avalar las demandas, si no es desde la vía pedagógica ni de la moral. Cuando una demanda no se formula vía un síntoma, es decir desde lo que complica un funcionamiento, es tramposa. Si se convierte en un puro derecho, en una exigencia, si todo el mundo tiene derecho a un estado de completo bienestar, se vuelve difícil introducir la vía de la responsabilidad. Antonia hace que su médico pida una interconsulta con el equipo de Salud Mental por “cuadro depresivo”, lo que después se deslizó a “se queja y dice que la pareja la maltrata”. Antonia –quien espera una compleja cirugía cardíaca– lleva 28 años con José, conviviendo hace siete ya que en aquel entonces ella decidió que no llevaría un hombre a su casa luego de separarse del padre de su hijo. Pero ya no quería estar con él, “así que listo, lo mejor es separarse, él no entiende que no puede venir acá a cambiar la novela de la tele, que yo estoy mal”. Antonia parecía no perder nada, José no entendía, “es mejor así”. Durante sus internaciones anteriores por diversos problemas de salud, “tenía” psicólogos “para charlar (...) porque yo llevo mis problemas sola”, sacando de la lista a los psi que la habían escuchado, a los familiares que siempre la acompañaron, a José. Se le señaló que no estaba tan claro que ella quisiera separarse de ese hombre y que en todo caso eso no parecía ser un problema para ella, que ya se las había arreglado para mantenerlo a raya durante veintidós años. No, nosotras tampoco entendíamos, eso ya estaba y ella quería “charlar”, ¿de qué?, “yo así estoy bien”. Tomamos nota, así no, si ella en algún momento ubicaba la necesidad de cuestionar algo que la complicara, podía consultar. “No rechacé al sujeto sino que rechacé la formulación de su demanda” (Miller, 1997, P. 55).

Freud (...) sostuvo siempre una actitud realista, verdaderamente práctica frente al sufrimiento del sujeto, y eso implicaba también una preocupación por la eficacia real de los medios para resolver

ese padecimiento (...) práctico entendiendo por ello lo relativo a la aplicación de los principios constituyentes de la experiencia analítica en una situación concreta. Ese pragmatismo incluye los límites de tal aplicación, dado que allí donde un psicoanalista se abstiene de analizar, o de proseguir con un tratamiento, también actúa analíticamente (Barros, 2009, P.12).

Política, orientación a lo real

Así como hay una autorización en juego en el momento de entrada al tratamiento (autorización al cuadrado: implica la cuestión sobre qué demanda se autoriza y en qué se autoriza el clínico para eso) también en el momento del alta. Barros (2009) plantea la conclusión del tratamiento institucional como un acto del practicante, con el consentimiento del paciente. Ni cierre automático cuando se cumpla el tiempo fijado institucionalmente, ni fin de análisis; finalización que obedezca a la política del tratamiento. Política -ese arte de hacer algo posible- que en la cura de orientación lacaniana será la del síntoma, es decir que se tratará de hacer algo posible con lo imposible de curar, encontrando otro modo de funcionamiento que no implique tanto malestar.

No hay clínica sin política quiere decir entonces que no hay práctica terapéutica que no suponga una respuesta, implícita o explícita, a la pregunta por la causalidad del síntoma y a la posición del sujeto en el nudo que forman goce y lenguaje. Es en esta perspectiva que Jacques Lacan podía afirmar en los años setenta que el síntoma instituye el orden en el que se reconoce nuestra política (Bassols, 2007).

Allí donde hay un malestar impuesto por la cultura, por la pérdida de naturalidad, de complementariedad que nos impone el lenguaje, donde falta la media naranja, la familia perfecta, la vida resuelta; hay un modo de cada uno de arreglárselas. Modo singular, que como es una venda que se pone sobre lo que no anda por estructura, no es perfecto, falla también, es decir, implica un funcionamiento sintomático. Esta idea del síntoma equivale a pensarlo como imposible de eliminar -por lo esa no puede ser la dirección del tratamiento ni el criterio del alta. Se tratará en cambio, de encontrar un funcionamiento que permita un estar en la vida que permita algo de satisfacción sin tanto esfuerzo ni sufrimiento.

Como se planteó, Paula armará su vida en torno al abandonada para nombrar algo de lo que no anda y, a la vez, producirse como abandonada como modo de defenderse de eso: si sufre, si no es ciento por ciento feliz es porque la abandonan, no porque eso no sea posible. El problema es que ese funcionamiento sintomático implica penar de más. Durante el tratamiento, ella denunciaba que Roberto no quería convivir con ella, a la vez que cuando él tuvo un problema cardíaco y debía cuidarse con las comidas, ella pensaba en dejarlo porque arruinaba la escena semanal de ver una película de culto, comiendo ricos platos y tomando un buen vino. Él no quería convivir, pero ella no quería vivir-con él, eso le dije. "Vivir con" que derivó en "siempre arruina la fiesta" como punto de identificación con la madre, que produjo algunos movimientos en el lazo con su pareja; él la pudo invitar a otras cosas, ella se dejó invitar. Roberto la invitó a "quedarse todos los días" en la casa de él, lugar que ella está logrando habitar, a la vez que ubica que en otros momentos no la hubiese frenado la concreción de ese anhelo, sino que hubiese redoblado la apuesta, "si le hace milanesas a la hija,

hubiese querido más milanesas, si está evaluando comprarle un perro, yo hubiese querido que me compre uno primero a mí... pero a mí no me gustan las milanesas ni los perros". Antes y después que fue sancionado como marca del fin del ciclo de tratamiento.

No es evidente que alguien haga tratamiento para obtener alguna mejoría, eso es olvidar que la neurosis es una ventaja en sí misma y una satisfacción. El punto nodal será conmover la defensa, alguien puede concurrir para que siga todo igual, lo que recuerda la diferencia entre angustia y sufrimiento neurótico, mientras la primera puede volverse motor del cambio, el segundo es inercial, conlleva un placer aunque no sea sentido como tal. Fin que estaba implicado en el principio entonces y cuya interrogación creo que conviene ubicar en torno al cuándo y no al cuánto (motivo por el que adrede no aclaré el tiempo de trabajo con cada paciente)

Que el sujeto haga la experiencia de que eso le concierne. Basta una sola intervención de ese carácter para darle al tratamiento su estatuto de experiencia analítica, por más fragmentaria que sea; y en ese caso el alivio terapéutico se dará por añadidura (Barros, 2009, P. 66).

Pilar tiene 50 años y es derivada por su médico de familia al Equipo de Salud Mental del Programa de Soporte a la Primaria, porque ya no soporta su candidiasis "crónica". El marido -"muy inteligente, muy leído"- y su doctora, le han dicho que si sube "un poquito la autoestima" curará. Varias fueron las entrevistas en las que me encontré rechazando ese pedido que insistía y tratando de inyectar causalidad. Supervisión mediante, algo de la "autoestima" pudo ponerse en función, no ya denunciando su falta, sino ubicando que en su caso la autoestima resultaba operativa cuando ella trabajaba, así que eso quedó ubicado y ella puso manos a la obra, resultó que había estudiado una carrera que nunca había ejercido y comenzó a buscar trabajo. Significante amo "autoestima" que no ha caído, no se promovió tampoco otro "ser un analizante", sino que se produjo una torsión. Siempre se apuesta a hacer tambalear el significativo amo el cual el sujeto viene aplastado. Mientras haya algún margen para hacer esto hay sitio para el psicoanálisis aplicado.

Dimensión de la oportunidad, demasiado pronto cuya función es evitar un demasiado tarde:

Toca al analista evaluar el grado de eficacia de un tratamiento y tomar una decisión respecto de la conclusión. Esto implica un margen de riesgo inevitable, porque en un tiempo acotado es difícil estimar el alcance de nuestras intervenciones (...) el analista debe manejarse siempre en un terreno fragmentario y por eso la conclusión o el cierre no tiene en el campo analítico un sentido guesáltico (Barros, 2009, P. 67).

Cristina consulta al Programa de soporte a la Primaria luego de ser condenada por agredir policías. Se dice impulsiva, denuncia que le molesta el modo en que los otros le hablan, modo que se desplazó a qué le decían y a qué de eso le resultaba demasiado propio. Así por ejemplo, en una de las escenas en que pierde el control, insulta a su madre quien le dice ella es una tonta por no acordarse que su plan de celular incluía llamadas gratis, cosa que la madre sabía porque Cristina le había pedido que le haga el trámite. Ella no se sentía tonta, pero eso adquiriría carácter de verdad, y no había posibilidad de otra cosa distinta a las ganas de revolearle a su madre las bolsas de supermercado. Tonta no, pero un poco "cómoda", que no le

salía gratis. Era un punto donde ella se reconocía no eligiendo, no dispuesta a pagar los costos de su elección; eso se señala y ella le hace lugar: “bien, no sabía esa conclusión, tengo que elegir”. Punto de conclusión también de las entrevistas.

En el momento en que el sujeto queda sorprendido por la invención del analista, o por la emergencia de una enunciación insospechada en su propio discurso, ese hallazgo constituye también un momento de clausura. Es algo que cierra, que echa por tierra las ‘historias’ alternativas que el sujeto se contaba a sí mismo para cubrir su angustia frente a lo que estaba en juego. ‘No se trataba de aquello o lo otro, sino justamente de esto’ es la fórmula a la que nos convoca la experiencia analítica. Y ‘eso’ es algo vinculado a la sexualidad (Barros, 2009, P. 70).

Ana consulta al mes de la muerte de su marido, Juan. Pronto se despliega una frase pronunciada por su padrino: “Pobre Ana, hay que ayudarla”, dicho que encarnaba desde niña haciéndose ayudar, lo cual al ser señalado permite el despliegue de su movimiento, busca trabajo, y aparece el costo que esto tiene en sus relaciones de pareja, cuánto está dispuesta a pagar para que aparezca otro Juan que la sostenga, tendrá que perderlo y perderse como objeto a ser sostenido para seguir adelante, confrontada con esto, puede elegir otra cosa. Es allí donde se decide la interrupción del tratamiento, aunque ella confiesa que había fantaseado con continuar hasta que encontrara otra pareja, consiente el cierre del trabajo, advertida de su posición.

La exigencia de brevedad se impone en la medida en que todo dispositivo de palabra entraña en sí mismo un tipo de satisfacción que ejerce un efecto “dormitivo”, y no solamente en el paciente, sino también en el analista, lo cual es, por cierto, lo más grave (...) se aspira a contrariar el deseo de dormir, a confrontar al sujeto con un momento de conclusión, con un grano de verdad que toque lo real (Barros, 2009, P. 64)

Ir al grano, ir al encuentro de un punto de conclusión, la experiencia no está abierta en todos los sentidos.

Dirección de la cura, la flecha indicaba una política. Del síntoma que en ‘Momento de concluir’ no fue, en fin, su supresión. ¿Entonces? Efecto –de sentido- en el medio, la serie situaba que un síntoma se extingue por una interpretación justa que hace de la verdad poesía. Si el síntoma se apaga, y la supresión no es el fin, es que otro síntoma se anuda allí donde el primero no cesaba de escribirse. Estabilidad de la estructura, la cura no lo suprime, tal vez, porque él es remedio (Domb, 1987, PP. 45-46)

Malestar en la cultura que hay que autorizarse a legitimar para dar el alta.

Momento de concluir

No hay clínica sin política, eso plantea una tarea. Tal como señala Bassols (2007), el alcance del psicoanálisis se mide hoy por la respuesta que sepan dar los psicoanalistas a ese nudo, en lo particular de cada análisis y en lo público de los discursos que giran alrededor de las paradojas del goce.

BIBLIOGRAFÍA

- Barros, M. (2009). *Psicoanálisis en el hospital: El tiempo de tratamiento*. Buenos Aires: Grama Editores.
- Bassols, M. (2007). Una política del síntoma, llevar al sujeto hasta su división más próxima. En <http://psicoanalisislacaniano.blogspot.com.ar/search/label/pol%C3%ADtica%20del%20s%C3%ADntoma>.
- Baudini, S. (2007). El síntoma: un funcionamiento. *Virtualia* N°17. Buenos Aires: Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana.
- Camaly, G. (2009). El síntoma, su opacidad y su funcionamiento. *Virtualia* N° 19. Buenos Aires: Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana.
- Couso, O. (2003) La política del síntoma. En <http://www.efba.org/efbaonline/couso-11.htm>.
- Domb, B.; Ferreyra, M.; Lombardi, G.; Marrone, C.; Vegh, I. (1987). Interpretación. En *¿Cómo se analiza hoy? Tercer encuentro internacional del Campo Freudiano*. Buenos Aires: Manantial.
- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I). En *Obras Completas Tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917 [1916-1917]). 17ª conferencia. El sentido de los síntomas. En *Obras Completas Tomo XVI*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. En *Obras completas Tomo XXIII*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- García, G. (2006). El análisis de cualquiera. En *ImagoAgenda* N°105. Buenos Aires: <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=253>
- Lacan, J. (1966). Del sujeto por fin cuestionado. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1975). Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. En *Intervenciones y Textos 2*. Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (1967). Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela. En *Otros Escritos*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (1997). Introducción al método psicoanalítico. Buenos Aires: Eolia – Paidós.
- Miller, J. A. (2005). Efectos terapéuticos rápidos: conversaciones con Jacques-Alain Miller en Barcelona. Buenos Aires: Paidós.
- Plan de Salud Mental de Cataluña 2011 – 2015. En http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut/documents/arxius/plan_de_salud_catalunya_es.pdf.
- Schejtman, F. (2013). *Sinthome, ensayos de clínica psicoanalítica nodal*. Buenos Aires: Grama Ediciones.