

X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2018.

# **Acerca del entrecruzamiento discursivo en una interconsulta.**

Muchico Cremaschi, Paula.

Cita:

Muchico Cremaschi, Paula (2018). *Acerca del entrecruzamiento discursivo en una interconsulta*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-122/488>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewym/qRe>

*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>.*

# ACERCA DEL ENTRECruzAMIENTO DISCURSIVO EN UNA INTERCONSULTA

Muchico Cremaschi, Paula  
Hoospital General de Agudos Parmenio Piñero. Argentina

---

## RESUMEN

El presente escrito expone los encuentros y desencuentros que implica el trabajo interdisciplinario, en el contexto de una interconsulta en un Hospital General de Agudos. Para ello, se parte del análisis del impacto que tuvo el entrecruzamiento discursivo en un caso de una paciente internada por Trastorno de la conducta alimenticia. Se intenta articular el discurso psicoanalítico con el discurso médico y social. A tal fin, se analizarán las siguientes dimensiones: tiempo de tratamiento, concepción del cuerpo y dirección de la cura. Es necesario para el trabajo conjunto, escuchar las distintas demandas en juego en una interconsulta, y el modo en que la urgencia física y subjetiva se interrelacionan. Por último, se situarán las particularidades del dispositivo de Interconsulta y su inclusión en el espacio de la salud pública. El discurso analítico deberá generar otra forma de posicionarse frente al significante y al goce, conceptos que en el discurso de la ciencia se ven reducidos a la entronización del sujeto.

## Palabras clave

Entrecruzamiento discursivo - Interconsulta - Dirección de la cura - Urgencia subjetiva

## ABSTRACT

### ON THE DISCURSIVE CROSSOVER IN A REFERRAL PROCESS

The present paper highlights the links and divergences of interdisciplinary work, during a referral process in an Acute General Hospital. For that purpose the case of an inpatient with Behavioral Eating Disorders will be analyzed; as well as the crossover between psychoanalytical, clinical and social work speech. The following dimensions will be considered: treatment timing, definition of body, and direction of treatment. It is essential for an interdisciplinary work to gather the way different demands play in a referral process; also, the relationship between body and subjective urgency. Finally, the specific characteristics of working in a referral process will be taken into consideration, as well as its place in the public health system. Psychoanalytical speech needs to stand in regards to signifier and jouissance; as these concepts are actually reduced by the science speech; which only focuses on the rational individual.

## Keywords

Discursive crossover - Referral process - Directional treatment - Subjective urgency

## Introducción

Es el objetivo del presente trabajo exponer los encuentros y desencuentros que implica el trabajo interdisciplinario, en el contexto de la Interconsulta. Se intentará detallar las particularidades de atención dentro de este dispositivo y el entrecruzamiento necesario - al tiempo que complejo - entre los distintos discursos que intervienen en la atención integral del paciente. A tal fin se comentará un caso en el que se trabajó en conjunto con el médico clínico, el servicio de Nutrición y el servicio de Trabajo social.

Se nos plantea el siguiente interrogante: ¿cómo puede el Psicoanálisis operar con su discurso, cuando los lineamientos del tratamiento médico parecieran muchas veces ir a contrapelo de nuestra concepción de la dirección de una cura? ¿Cómo dialogar con las otras especialidades sin perder el lugar propio? En su conferencia "Psicoanálisis y medicina", Lacan nos dice que el analista trabaja en un lugar de extraterritorialidad respecto de la medicina: "*Es marginal por el hecho de la posición de la medicina respecto del psicoanálisis, al que admite como una especie de ayuda externa, comparable a la de los psicólogos y otros diferentes asistentes terapéuticos. Es extra-territorial por el hecho de los psicoanalistas, quienes, sin duda, tienen sus razones para querer conservar esta extra-territorialidad*" (LACAN, 1966, 8). Sin embargo, agrega que él no se contentará con esto. Unos años después, en su Seminario "El reverso del psicoanálisis" reformulará esto en términos de la producción de los cuatro discursos para decir que "*Lo que el analista instituye como experiencia analítica es la histerización del discurso...*" (LACAN, 1969/70, 33). Es decir, instituye la estructura del lenguaje como cimiento desde el que se escucha, Entonces, ¿cómo instituir el acto analítico cuando el discurso médico - lejos de trabajar con la falta como operador - nos demanda trabajar en vistas de una cura concebida como completud? Se intentará dar respuesta a estos cuestionamientos a partir de recortar en un caso las concepciones que los distintos discursos intervinientes tienen respecto de: el tiempo de tratamiento, el cuerpo y la dirección de la cura.

## ¿Quién demanda? El síntoma médico y la necesidad de remisión

Romina, una joven de 14 años, ingresa a la Guardia presentando un cuadro de neumonía sin antecedentes. Se decide su internación en sala de Clínica Médica, donde encuentran que su cuadro agudo responde a una Tuberculosis avanzada, asociada a un trastorno de la conducta alimenticia. En este contexto, recibimos el pedido de interconsulta ya que la paciente se encontraba en potencial riesgo por su bajo peso (40 kg). Desde el primer encuentro con su equipo médico tratante, se nos demandó una tarea muy particular: "hacer que la paciente coma" y "rápido" ya que habían muchos pacientes en la guardia esperando una cama en sala, también con cuadros

agudos. Cabe aclarar que Clínica Médica - junto con Nutrición - pautó un peso ideal como criterio de alta: al alcanzar ese peso, la paciente debería continuar en tratamiento ambulatorio. Se nos planteó así el primer interrogante acerca del abordaje de esta paciente, teniendo en cuenta que ella no solicitó hablar con el equipo de Salud Mental, sino que el pedido quedó enmarcado dentro de una "necesidad médica"; pedido en el que, tal como afirma Gamsie, "...aparece la "ilusión" de que alguien puede operar como garantía" (GAMSIE, 2009, 50). Por otro lado, ¿cómo maniobrar con la solicitud de rapidez, cuando los tiempos del análisis son otros? ¿Cómo transitar los márgenes de la extraterritorialidad? Si partimos de la base de que todo hecho es un hecho de discurso, es respecto de la singularidad del padecimiento de esta paciente desde donde podremos apoyar nuestras intervenciones y estrategias en la dirección de la cura. Se trata de no responder rápidamente a la demanda médica, al tiempo que nos es válido preguntarnos si acaso se trata de un pedido "... cuya singularidad reside en que la urgencia afecta y debe ser ubicada más del lado de los profesionales y equipos implicados en el caso, que del lado del paciente en nombre del cual se solicita la intervención" (GAMSIE, 2009, 50)

En este contexto, el primer encuentro con Romina se realizó en conjunto con el médico psiquiatra quien indicó Olanzapina y se resolvió, junto con la paciente, hacer un seguimiento psicológico. Respecto del motivo de su internación, Romina dirá "Agradezco estar acá. Se me fue de las manos. En algún momento tenía que parar". Y agregará que por primera vez siente la necesidad de curarse ya que "vi muy de cerca mi propia muerte". En el último mes realizó una consulta con Psicología, pero no tuvo la voluntad suficiente para comenzar un tratamiento ya que "fui más que nada para que mi mamá se quedara tranquila". Se interroga en este punto respecto de la relación con su madre, a lo que la paciente responde con sorpresa: "pensé que me ibas a preguntar lo que todos me preguntan: por qué no quiero comer"; a lo que se le responde: "¿vos te haces esa pregunta?". Tras un silencio, comenzará a hablar de su familia: "mis papás no me ven". Relatará el comienzo de su "trastorno": dirá que hace 4 años que comenzó a privarse de las comidas para estar flaca "como las demás", y "para que los chicos se fijaran en mí". Agrega: "pero no creo que a los chicos le gusten las mujeres casi muertas". Asimismo, dice que su madre recién se dio cuenta de lo que le sucedía hace 2 años atrás. Comenta que en un principio se cuidaba comiendo saludablemente, y que de a poco se fue privando cada vez más, comenzó a realizar ejercicio físico compulsivamente y perdió el control. Agrega que se ha visto "cadavérica" y "sin forma" frente al espejo en más de una ocasión, por lo que hace poco más de un año que comenzó a ingerir mayor cantidad de alimentos al tiempo que inició con conductas purgativas. Actualmente refiere sentirse satisfecha con su cuerpo, pero tener "pánico" a engordar.

Luego de esta primer entrevista, hipotetizamos que más allá de la urgencia física es posible escuchar una urgencia subjetiva en el sentido de un quiebre respecto a la homeostasis con la que venía funcionando, hasta el momento en que ingresa al hospital; en tanto Romina nos dice que era momento de parar. Urgencia que pareciera quedar enmarcada en un pasaje al acto, donde ella cae de la escena y es su cuerpo quien entra en urgencia. En palabras de So-

telo, pareciera tratarse de una experiencia más cercana al grito que al llamado. Será entonces función del analista poder enmarcarlo nuevamente en su relación al Otro para "...comenzar a armar una trama, ligando S1-S2..." apostando a que "...la urgencia comience a hacerse propia" (SOTELLO, 2009, 27). Se acuerda con Romina un seguimiento de 3 veces por semana. Asimismo, se acuerda con las especialidades intervinientes pautar encuentros formales para intercambiar estrategias de tratamiento. Adelantamos que no fue tarea fácil y que la vía de comunicación más habitual resultó ser la vía informal, con las dificultades que ello conllevó.

Ahora bien, ¿es posible plantear un tratamiento analítico en el dispositivo de Interconsulta de la misma forma en que lo hacemos en Consultorios Externos? Está claro que las coordenadas son otras: es difícil propiciar un espacio cuando hay otros pacientes en la sala y recorridas médicas que interrumpen la entrevista; también es un factor a tener en cuenta el hecho de que el analista no seguirá atendiendo necesariamente al paciente luego de su externación. Aún así hay un punto en común con cualquier otro dispositivo en el que el analista se inserte: su ética, que es la del Inconsciente. Tal como refiere Adriana Rubinstein, si bien no está asegurado "el oro puro del psicoanálisis", es posible mantener su esencia: la operación del deseo del analizante, siempre y cuando ponga en el banquillo al saber. Lacan nos da una indicación clínica al respecto cuando nos dice en su Seminario 17 que el saber como verdad debe operar para nosotros como enigma, en el sentido en que "...la verdad sólo puede decirse a medias" (LACAN, 1969/70, 36). En este sentido, será un desafío del trabajo analítico poner en suspenso la demanda médica - esto es, no responder rápidamente con indicaciones metódicas a la postre de una recuperación rápida y eficaz - para así poder escuchar el texto respecto de los dichos.

### **¿Quién escucha? El síntoma en su relación al Otro**

Retomando el caso, se le pregunta a Romina respecto de su "pánico a engordar". Comenzará dando razones que ella llama "lógicas" como ser: "cuando engordas no se te acercan los chicos", "las flacas consiguen más cosas que las gordas", etc. Frente a un silencio prolongado, comentará que su hermana mayor también sufre de anorexia y bulimia y ha estado hace 1 año internada por el mismo motivo que ella. Se angustia y dice: "cuando mi hermana estuvo muy mal, a mí nadie me miraba. Todo pasaba por ella. Yo tenía que hacerme la comida porque mis papás estaban todo el día en el hospital". En otra entrevista, Romina comenta que con la hermana hacían "competencias de abdominales" y relata un episodio: luego de que la hermana ya estuviera recuperada de su cuadro, Romina es descubierta por ella yendo al baño a vomitar. Dice: "me enganchó, no me dejó hacerlo y fue a contárselo a mi mamá". Se le señala que pareciera ser una actitud de preocupación de su hermana, lo que Romina niega, refiriendo "lo hizo para ganarme". Se interviene: "es un juego muy peligroso".

A partir de esta entrevista, se irán recortando en los encuentros el lugar que tiene para Romina la mirada de sus padres y en particular la de su hermana. En una entrevista dirá que la hermana la fue a visitar y pasó la noche con ella: "más allá de las competencias, es la única que me entiende".

¿Cómo queda ubicada ella en relación a este lugar? Retomando el escrito de Lacan “La agresividad en Psicoanálisis”, es posible notar que “ser flaca” es el rasgo de la hermana al que Romina se identifica, y desde el cual organizará su mundo. La agresividad que esto conlleva se debe a que la identificación narcisista es el modo de respuesta frente a la fragmentación corporal que implica el estadio del espejo. En este sentido, no hay lugar para dos en esa imagen; “el yo es otro” (LACAN, 1971, 110). Pero Lacan nos refiere en distintos momentos de su obra que no todo investimento libidinal pasa por la imagen especular, hay un resto; resto que en el Seminario 10 llamará objeto *a*. La identificación a este objeto es de otra índole que la identificación a la imagen especular, en tanto la identificación a este objeto implica la pregunta por el lugar en el deseo del Otro.

Entonces, es posible hipotetizar que “ser flaca” es el rasgo de la otra del que Romina se sirve, en tanto desde allí se hace amable por el otro. Desde este lugar es que podrá dirigir su pregunta al Otro respecto del objeto que es en el deseo. Ahora bien, es precisamente por este lugar de alteridad fundamental en el que el Sujeto puede ubicarse respecto del Ideal, que no es posible atrapar la imagen. Para decirlo con Lacan, “...cuanto más se acerca el hombre, cuanto más rodea, acaricia lo que cree que es el objeto de su deseo, de hecho más alejado se encuentra, extraviado” (LACAN, 1962/63, 51). Es en este sentido que podemos leer el momento del ingreso a su internación como el momento en el que el fracaso del investimento libidinal se hace más presente.

### **El tratamiento del cuerpo**

Como comentamos previamente, el psicoanálisis tiene respecto de la medicina un lugar extraterritorial. De acuerdo a cómo se conciba el padecimiento del cuerpo que se aloja, es que podrán darse encuentros o desencuentros entre las distintas especialidades. Para la medicina, el cuerpo es abordado como sinónimo de organismo, el que se define como un conjunto de órganos que funcionan interrelacionadamente bajo determinados mecanismos que pueden verse alterados. Esta alteración se traduce en signos y síntomas que podrían dar lugar a una enfermedad. Concebido de esta forma, el tratamiento consistirá en el reestablecimiento de la funcionalidad orgánica. En el caso antes presentado, se consideraba que una vez que la tuberculosis remitiera y se alcanzara determinado peso “saludable”, la paciente estaría en condiciones de alta; sin excepción. Ahora bien, el psicoanálisis no entiende al cuerpo sólo como una materialidad biológica sino también como un cuerpo que habita un lenguaje, en relación a una imagen de sí mismo, que se construye y que por lo tanto puede fragmentarse. Es decir que la imposibilidad de la adecuación del sujeto al objeto es lo que da razón a que la relación del hombre con su cuerpo sea siempre una relación imaginaria. En el Seminario 23, Lacan dirá que “Uno tiene su cuerpo, no lo es en grado alguno” (LACAN, 1975/76, 147).

¿Cómo dialogar en este punto con las distintas especialidades intervinientes? Respecto del caso de Romina, se solicitó una reunión con los equipos tratantes para poder comentar que a medida que iba ganando peso, también eran mayores los momentos de angustia en las entrevistas y su pánico a seguir engordando. Romina comentaba en las entrevistas que, si bien no sabía su peso porque solicitaba

ser pesada de espaldas, notaba diferencias en su cuerpo y tenía por momentos el impulso purgativo. Apoyando nuestra escucha en este punto, y entendiendo que el aumento progresivo de peso la arrojaba a la caída de esa imagen narcisista con la que construyó su relación al Otro, expusimos en la reunión que no nos parecía el momento más propicio para su alta. Por otro lado, los servicios de Nutrición y Trabajo social plantearon abordajes que intentaban integrar sus representaciones previas respecto del cuerpo, pero sin desoír la palabra de la paciente. De esta forma Nutrición fue modificando el plan de alimentación de acuerdo a los gustos de la paciente, y Trabajo Social implementó un plan de acompañantes terapéuticos que acompañaron a la paciente en el resto de su internación ya que la misma refirió que disfrutaba mucho de la pintura. Esta última estrategia trajo, para nuestra sorpresa, un efecto terapéutico incalculado: realizar distintas pinturas no sólo le permitió, según sus dichos, “no pensar tanto en la comida”, sino que también funcionaron como “algo que ofrecerle al otro”: cada vez que pintaba nos pedía nuestra opinión y se lo regalaba a su madre.

Dentro de este marco, nos fue necesario reconocer que la paciente no podría permanecer internada indefinidamente o hasta que cediera parte de su goce pues los tiempos y las demandas institucionales no lo permitían. Asimismo, se planteó la posibilidad de continuar su internación en la sala de Salud Mental, una vez remitida la tuberculosis; pero no se contaba con camas suficientes. De esta forma, mediante el diálogo y entendiendo las diferencias discursivas lógicas entre las especialidades, es que se decidió que sería estrategia del equipo de Salud Mental articular una derivación y en este sentido Clínica Médica aceptó extender el tiempo de internación.

### **El tiempo de tratamiento**

En su texto “Análisis terminable e interminable”, Freud plantea que la pregunta acerca del final o término del tratamiento es, en la práctica, de fácil respuesta: “(...) cuando analista y paciente ya no se encuentran en la sesión de trabajo analítico” (FREUD, 1937, 222). Es decir que desde el inicio del tratamiento siempre se vislumbra un final, sea o no en función de un tiempo institucional. Ahora bien, el final del tratamiento muchas veces no coincide con el final de análisis; y otras, hay final de tratamiento antes de una entrada en análisis, como en el caso que aquí se presenta. En este sentido, cabe preguntarse ¿cómo puede obrar el analista allí donde se aproxima un final de tratamiento en términos de remisión parcial de la enfermedad orgánica? Freud nos da cierta respuesta esperanzadora cuando nos dice “(...) Y si se está impedido de alcanzar esta meta por dificultades externas, mejor se hablará de un análisis imperfecto que de uno no terminado.” (FREUD, 1937, 222).

Se remarcó en el tratamiento con Romina que regalarle a su madre algo propio - su gusto por la pintura - la aliviaba de la compulsión a pensar en la comida, la gordura, etc. En este sentido, se ofertó la posibilidad de una derivación a Hospital de Día en un centro de salud - a su vez especializado en el tratamiento de anorexia y bulimia. La paciente acordó y solicitó hacer los controles y seguimientos clínicos y de nutrición en el hospital, ya que “Acá nos salvaron a mi hermana y a mí”. Se alojó este pedido y dentro de este marco es que se decidió la finalización de su tratamiento. Poder escu-

char la singularidad de su padecimiento, permitió intervenciones que fueron recortando algunas preguntas respecto de su relación a la mirada de sus otros significativos, allanando de esta forma un terreno que podrá dar inicio a un nuevo tratamiento.

### **Conclusión: la posibilidad del entrecruzamiento discursivo respecto de la cura**

Quisiéramos en este último apartado concluir que es respecto de la concepción que se tenga de la cura del paciente, como se pondrá a trabajar el dispositivo. Es quizás en este punto donde reside el mayor conflicto entre las especialidades que asisten al paciente; conflicto a su vez totalmente esperable, ya que cada discurso está hecho de los mismos elementos pero ubicados en distintos lugares. Desde la perspectiva del discurso médico, se tratará de curar **al** paciente; mientras que el psicoanálisis será innovador al plantear una sutileza: una cura **del** paciente, que siempre es por añadidura y que el analista conduce atravesado por un no saber acerca del padecimiento de quien consulta. Las intervenciones terapéuticas que de esto se desprenden también se formalizarán de distinta manera: para el discurso de la ciencia se tratará la conducta en términos de corregir un determinado “desvío”, para quien practica el psicoanálisis, en cambio, la interpretación apuntará al Sujeto como modo de estructuración del lenguaje. En este sentido, se tratará de escuchar los modos en que la imposibilidad lógica de una proporción sexual se articula en el decir, lo que implica que la función del analista no opera por fuera de la castración que la ciencia rechaza. Tal como refiere Osvaldo Delgado en “Psicoanálisis y Salud Mental”, el rechazo a la castración “(...) *no implica una apropiación del saber Inconsciente, sino del goce*” (DELGADO, 2004). Desde esta perspectiva, los efectos terapéuticos del discurso médico se apoyan en la desaparición del síntoma en tanto se considera como un bien para el ciudadano y la posibilidad de un efecto analítico es impensable por la imposibilidad de medición empírica. El psicoanálisis, en cambio, funciona también como una terapéutica pero, tal como refiere Freud, una terapéutica que no es como las demás ya que la eficacia consistirá en todo caso en la posibilidad de un cambio de posición subjetiva respecto del síntoma que implica, en algunos casos, un alivio terapéutico, pero que no se reduce solo a eso. Se trata de un saber hacer puesto en el paciente y no en el analista y la eficacia analítica consistirá en el mejor de los casos en “(...) *que el sujeto llegue a estar lo bastante satisfecho con su vida*” (LAURENT, 2007). A diario se nos plantea una toma de decisión respecto del posicionamiento ético frente a los discursos institucionales y sus codificaciones normativas que operan como determinaciones y condicionamientos sobre nuestra práctica. Entendemos entonces que el discurso analítico no puede operar por fuera del lugar público en el que se encuentra inmerso. Más bien el movimiento que sí le es posible realizar es el de generar otra forma de posicionarse frente al significativo y al goce, que en el discurso de la ciencia se ven reducidos a la entronización del sujeto.

Por último, pensamos que si el psicoanálisis desoye otros discursos que son necesarios que operen en el tratamiento de algunos pacientes, se puede fácilmente pasar de la imposibilidad lógica a la impotencia. En este sentido, coincidimos con la idea planteada por Juan Carlos Fantin respecto de la necesidad de que el discurso psi-

coanalítico no opere pretendiendo atacar la amenaza del dispositivo técnico, ya que de esta manera “(...) *ataca la posibilidad misma sobre la cual se constituye, con lo cual se cristaliza en un discurso que por no circular se torna insostenible...*” (FANTIN, 2011, 8)

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Delgado, O. (2004). “*Psicoanálisis y salud mental*” en El Sigma <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=5654>
- Fantin, J.; “*La clínica en la época del discurso capitalista. Fundamentos discursivos de la relación psiquiatría-psicoanálisis*” en Conexiones Revista argentina de salud Mental, Buenos Aires, AASM, Año 7, N° 23, 2011.
- Freud, S.; “*Análisis terminable e interminable*” (1937), en: Obras Completas, Amorrortu ediciones, tomo XXIII, pág. 211, Buenos Aires, 2001.
- Freud, S.; “*Sobre la iniciación del tratamiento*” (1913), en: Obras Completas, Amorrortu ediciones, tomo XII, pág. 121, Buenos Aires, 2001.
- Gamsie, S.; “*La interconsulta. Una práctica del malestar*”. Buenos Aires. Ed. Filigrana, 2009.
- Heiddeger, M.; “*La pregunta por la técnica*” en Conferencias y artículos, Barcelona, España, Ediciones del Serbal, 2001.
- Lacan, J. (1962-1963). *El Seminario, Libro 10: La Angustia*. Buenos Aires, Paidós, 2012.
- Lacan, J. (1966). “*Psicoanálisis y medicina. El lugar del psicoanálisis en la medicina*”. En *Intervenciones y Textos I*, Buenos Aires, Manantiales.
- Lacan, J. (1969-1979). *El Seminario, Libro 17. El reverso del Psicoanálisis*. Buenos Aires, Paidós, 2010.
- Lacan, J. (1971). “*La agresividad en Psicoanálisis*” En *Escritos 1*, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2003.
- Lacan, J. (1975-1976). *El Seminario, Libro 23: El sinthome*. Buenos Aires, Paidós, 2006.
- Laurent, E. (2007). “*El psicoanálisis debe formar parte de la sanidad pública*”: [http://www.eol.org.ar/template.aspSec=prensa&SubSec=america&File=america/2007/07\\_11\\_16\\_laurent\\_entrevista.html](http://www.eol.org.ar/template.aspSec=prensa&SubSec=america&File=america/2007/07_11_16_laurent_entrevista.html)
- Sotelo, I. (2009). ¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia? En “*Perspectivas de la clínica de la urgencia*”. Buenos Aires, Gama Ediciones, 2009.
- Rubinstein, A. (2002). “*Algunas consideraciones sobre la terminación de los tratamientos psicoanalíticos en instituciones públicas*” En Anuario de Investigaciones X, Secretaría de investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.