

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.

## **El tratamiento de la violencia en el marco de la urgencia desde el psicoanálisis.**

Triveño, Gabriela, Surraco, Mayka y  
Santimaria, Larisa.

Cita:

Triveño, Gabriela, Surraco, Mayka y Santimaria, Larisa (2018). *El tratamiento de la violencia en el marco de la urgencia desde el psicoanálisis. 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/000-122/559>

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

*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>.*

# EL TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA EN EL MARCO DE LA URGENCIA DESDE EL PSICOANÁLISIS

Triveño, Gabriela; Surraco, Mayka; Santimaria, Larisa  
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Argentina

---

## RESUMEN

Este trabajo se desprende de la investigación UBACyT 2014-2017 “La urgencia en salud mental en el hospital público en la ciudad de Buenos Aires” dirigida por la Dra. María Inés Sotelo. Este proyecto es un estudio de tipo descriptivo-interpretativo cuyo objetivo principal es caracterizar la población que consulta en urgencia en salud mental, así como también, el modo de intervención y resolución de dicha urgencia en diferentes hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.). Entendemos que la realización de este tipo de investigaciones es de vital importancia para la adecuación de los diversos dispositivos de guardia en salud mental a los cambios en la demanda en la población que consulta y de los modos de intervención de los profesionales, punto en el que nos centraremos. En este escrito nos proponemos pensar la relación entre la urgencia y la violencia, es decir, a partir del entrecruzamiento de datos recabados, establecer relaciones entre las variables para construir una serie de hipótesis a partir de los resultados arrojados. Se utilizarán aquellos casos que haya manifestado haber vivido situaciones de violencia, y cómo esto se pone en juego en la demanda de la urgencia.

## Palabras clave

Urgencia - Violencia - Hospital Público - Psicoanálisis

## ABSTRACT

THE TREATMENT OF VIOLENCE IN THE CONTEXT OF URGENCY FROM PSYCHOANALYSIS PERSPECTIVE

This paper follows the UBACyT 2014-2017 research “The urgency in mental health in the public hospital in the city of Buenos Aires” directed by Dr. María Inés Sotelo. This project is a descriptive interpretative study, which main objective is to characterize the population consultation in urgency as well as the mode of intervention and resolution in different hospitals of the Autonomous City of Buenos Aires (C.A.B.A.), in which point we are focusing. In this paper we intend to think about the relation between urgency and violence, that is, from the cross-linking of collected data, to establish relations between the variables to construct a series of hypotheses based on the results obtained. The cases that are used are those who have manifested to have lived situations of violence, and how this shows in urgency consultation.

## Keywords

Urgency - Violence - Public Hospital - Psychoanalysis

## El psicoanálisis en el hospital público.

La extensión del psicoanálisis a prácticas ubicadas por fuera del ámbito tradicional del consultorio o de un encuadre más clásico es un desafío que convoca a los analistas a trabajar comprometidos con su época. Lacan (2014) dijo “Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época”.

Es necesario instaurar nuevas prácticas con miradas y aportes diferentes que apunten a leer el malestar de quien consulta, incluyendo en lo sintomático la singularidad del goce y del sufrimiento allí implicados, concibiéndolo como lo más propio de un sujeto, para rescatar y luego abordar la dimensión subjetiva en ese real que desborda. Siguiendo a Lacan hay que entender los discursos como lazo social, es decir, como distintos modos de respuesta a lo real, a ese real que insiste y del que estamos sujetos, cautivos.

Entonces, se trata de poder reflexionar acerca de la singularidad en cada caso y de “rescatar” la subjetividad propia de quien se nos presenta como paciente. Es allí donde el discurso del psicoanálisis encuentra su lugar: a partir de la interrogación por ese sujeto, apostando a un tratamiento guiado por la palabra, poniendo una pausa que posibilite un espacio para el surgimiento del deseo.

El encuentro con un analista en un hospital público, en una guardia, permite realizar una lectura interrogativa sobre el lugar y los fundamentos de su práctica ya que muchas veces inaugura una novedad en estos espacios.

Desde el inicio funda un lugar donde circula la palabra como canal de expresión y donde las intervenciones no se confunden con un acallamiento de los síntomas, ni se reducen a un diagnóstico bajo una nomenclatura. Un analista trabajando en este ámbito es alguien que interviene artesanalmente, creando herramientas y condiciones a fin de ir configurando un espacio interdisciplinario que incluya a los psicoanalistas. “Los efectos psicoanalíticos no dependen del encuadre sino del discurso, es decir de la instalación de coordenadas simbólicas por parte de alguien que es analista” (Miller 2008). Es un explorador de la diversidad pero lector de la singularidad, ofreciendo una escucha más sensible. Es alguien que interroga, reflexiona, ordena, elabora y se encuentra al servicio del alivio del sufrimiento psíquico, aun cuando muchas veces no sea explícita la demanda de quien sufre.

Frente la tendencia a homogeneizar lo diverso, un discurso que se presente en este ámbito rescatando la singularidad de cada quien instaura la posibilidad de darle una oportunidad al sujeto de poder responder sobre la historia que en él se inscribe.

## La urgencia como campo específico

En la urgencia está implicada la dimensión del tiempo. Si es urgente, para el modelo médico, requiere rápida intervención en tiempo real.

En relación con esta cuestión, desde la intervención psicoanalítica en la urgencia se introducirá otra temporalidad, acorde a la lógica de los procesos inconscientes, con el fin de que el sujeto cambie la posición pasiva frente a sus síntomas (Sotelo 2012). El alivio sintomático en este caso, será la disminución del malestar a partir de la intervención del psicoanalista. Dicha intervención apunta, en paralelo, por un lado, a resolver el motivo de consulta y, por el otro, a producir un espacio que posibilite el comienzo de un tratamiento psicoanalítico. Para resolver el motivo de la urgencia será pertinente que el sujeto logre ubicar cuáles son los acontecimientos ligados a la irrupción de la urgencia. Se tratará de que el sujeto pueda establecer alguna hipótesis sobre qué es lo que ha producido la crisis actual. (Sotelo 2007).

Ahora bien, ¿cuándo finaliza una urgencia? “Desde una lectura psicoanalítica, se puede decir que una urgencia ha finalizado cuando se ha subjetivado, cuando ésta ha dejado de ser algo ajeno para el sujeto. Es decir, cuando, a partir del trabajo realizado se hubiere ubicado, en el lugar de la causa, aquello que concierne al sujeto” (Sotelo 2012). Esto es tratado de manera diferente en el paradigma médico que considerará finalizada una urgencia cuando los síntomas o fenómenos que la promovieron hayan desaparecido, retornando así a una situación de “normalidad” o “adaptación”. Entonces, frente a la exigencia de respuestas rápidas y eficaces, se propone introducir una pausa, para decidir la particularidad de la urgencia y la estrategia a seguir (Belaga 2004; Sotelo 2009, 2007). De acuerdo a la temporalidad del inconsciente, el analista, propone una pausa que permita abrir un “tiempo de comprender” (Lacan, J. 2012; 2007).

Eric Laurent (1998) expresa que la incidencia del psicoanálisis estará en tratar de despertar, dar la palabra al inconsciente, ya sea por la vía del deseo o por la vía del delirio en sí mismo. Al hablar del deseo, ya no se plantea la antinomia del bien y del mal, el deseo como tal excede esta lógica. El síntoma no son meras disfunciones a eliminar. En palabras de Sotelo, “sino que encierran un extraño modo de satisfacción que compromete íntimamente a cada sujeto en su más profunda singularidad” (2010).

Desde esta orientación se va a escuchar las demandas singulares que cada sujeto pueda efectuar durante el proceso de tratamiento, tratando de desentrañar qué se esconde detrás de cada demanda.

### **Urgencia en salud mental**

Desde el proyecto de investigación UBACyt “La urgencia en Salud Mental en el hospital público de la Ciudad de Buenos Aires” se entiende a la consulta de urgencia como aquella que se produce de manera espontánea, sin cita previa. En líneas generales, se presenta como una irrupción sintomática, exceso de sufrimiento insostenible, que requiere urgente solución. Pueden consultar el sujeto, la familia o un profesional de otra área de la salud

Abarca diversas presentaciones sintomáticas, tales como angustias, miedos, insomnio, oscilaciones bruscas del estado de ánimo, irritabilidad, ausencias, amnesia, pérdida de referencias y, en casos más graves, desestabilización psicótica (Sotelo 2009; Sotelo 2012). Así, desde el punto de vista psicoanalítico, se considera que “cada consulta tiene un punto de urgencia” (Sotelo 2007).

En términos de Freud, la urgencia se caracteriza como un momento

de ruptura del relativo equilibrio homeostático de la economía subjetiva. Las situaciones de urgencia son aquellas en que se presenta un acontecimiento en la vida del sujeto que representa un quiebre en el relativo equilibrio psíquico que, hasta entonces, se mantenía (Sotelo 2010). La homeostasis se corresponde con el relativo equilibrio cuantitativo presente en el aparato anímico. En efecto, Freud considera que esta tendencia brega por mantener los volúmenes de excitación presentes en el psiquismo lo más bajos posible, ya que el incremento de la tensión es sentido como displacentero. La urgencia, entonces, representa un punto de ruptura de este “equilibrio homeostático”.

Desde la enseñanza de Lacan, podemos decir que la urgencia representa una crisis en la economía subjetiva, producto de la irrupción de la dimensión de lo real, que se pone en cruz para evitar que las cosas anden. “. . .lo real, justamente, es lo que anda mal, lo que se pone en cruz. . .” (Lacan 2007).

### **Urgencia subjetiva**

Según Sotelo (2012), se llamará urgencia subjetiva a aquella que compromete al sujeto, quien tiene una percepción íntima de que eso le concierne, más allá de la opinión del profesional acerca de la gravedad del caso.

Desde esta perspectiva, cuando el sujeto adquiere la sensación de que la urgencia lo compromete, se abre la posibilidad de iniciación de un tratamiento. El analista intervendrá de modo que la urgencia devenga subjetiva, con miras a transformar esa consulta en una demanda de análisis. Así, la urgencia puede perfilarse como una oportunidad de que advenga un sujeto, allí donde su dimensión ha quedado arrasada. En términos de Inés Sotelo, “Subjetivar la urgencia permitirá incorporarla a la lógica de la cura” (Sotelo 2012).

### **Violencia/s**

Desde el psicoanálisis se puede diferenciar la violencia de la agresividad. En la primera época de la enseñanza de Lacan (2003a) en su texto “La agresividad en psicoanálisis” de 1948 ubica a la agresividad, en su tesis IV como tendencia correlativa de un modo de identificación a la que llama narcisista y que determina la estructura del yo. Entonces se puede ubicar que hay una agresividad estructural en el ser humano que aparece en el estadio del espejo frente a la fragmentación corporal como respuesta de separación de una imagen que aliena al yo. Es correlativa a la identificación primaria que estructura al sujeto en rivalidad consigo mismo y luego con el semejante, en el plano especular. Se trata de una intención agresiva en las neurosis o una tendencia agresiva en las psicosis. En este texto, la violencia es nombrada en plural: las violencias y están ligadas a la pura descarga.

En 1954 en “Introducción al comentario de Jean Hyppolite sobre la *verneinung* de Freud” Lacan (2003b) dice que la violencia excluye a la palabra, que donde la palabra dimite, empieza el dominio de la violencia.

Posteriormente, en 1957 en el Seminario 5 titulado “Las formaciones del inconsciente” Lacan dice: “La agresividad provocada en la relación imaginaria con el otro con minúscula no se puede confundir con el conjunto de la potencia agresiva. Para recordar cosas inmediatamente evidentes, la violencia es ciertamente lo esencial

en la agresión, al menos en el plano humano. No es la palabra, incluso es exactamente lo contrario. Lo que puede producirse en una relación interhumana es o la violencia o la palabra.” (Lacan 2005) Y además aclara que la agresividad no puede ser reprimida porque solamente se reprime lo que accede a la estructura de la palabra, a una articulación significativa. Por lo tanto, la violencia no accede a la palabra, no puede ser reprimida ni simbolizada.

¿Qué ocurre con los fenómenos de violencia en la actualidad? La violencia no es algo nuevo, ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, lo que es nuevo, afirma Marie-Hélène Brousse (2016) es la posición de este significante, en posición de significante amo, para regular la vida social.

¿Qué quiere decir que la violencia se ha convertido en un significativo amo? Carlos Dante García (2013) sostiene que la violencia ha cambiado de significación en la época actual, se la considera como un problema sanitario a partir del año 2002 por la Organización Mundial de la Salud. Entonces la violencia tiene ahora nuevas clasificaciones y formas de tratamiento. Fenómenos, comportamientos, actos, gestos que antes no eran considerados violentos, ahora lo son, la conceptualización de la violencia cambió.

El significante amo es el que comanda el discurso en un sujeto en el inconsciente, y regula el goce. En un análisis un sujeto va localizando sus propios significantes amo para poder ubicar el goce singular en cuestión. Estos significantes amo son propios del sujeto. Pero en la sociedad actual, hay un empuje hacia los objetos de goce en masa, es decir, a que los sujetos se identifiquen con significantes en lo universal obturando de esta manera lo singular, se trata del goce “para todos”.

Esto tiene que ver con el concepto que plantea Lacan en 1970 en “Radiofonía” cuando afirma que el objeto *a* asciende al cenit social, porque han caído los ideales. El semblante del Nombre del Padre que ordenaba lo simbólico, ya no está funcionando más. Entonces los sujetos ya no se identifican con los ideales como en la época de Freud, sino con el objeto plus de goce.

Entonces ahora la violencia como significante amo de la época produce una serie de identificaciones en masa como “víctima”, “golpeador”, “mujer golpeada”, “violento”, “violencia de género”, etc. Y una serie de dispositivos públicos enmarcados en esta lógica, por ejemplo, el tratamiento de la violencia de género entendida como la violencia contra la mujer actualmente busca erradicar la violencia: protegiendo a la mujer-víctima y reformando o rehabilitando a los hombres-golpeadores.

### **Sobre un tipo particular de Urgencia**

Dentro de los datos recabados en nuestra investigación, los episodios de violencia están presentes en el 37,15% de las consultas en la guardia. Sin embargo, estos episodios no son principalmente el motivo de consulta, este está presente solamente en el 17% de las consultas.

Como decíamos antes, hay un 20% de las consultas de Urgencia (entre los 37% que manifiestan la presencia de la violencia y el 17% que refiere ser su motivo de la consulta) que disipan la demanda de intervención un 27,8% refiere que su motivo es la angustia, y un 14,6% descompensación psicótica. Esto corresponde a uno de los mecanismos presentes en la mayoría de estos casos: el “empe-

breimiento yoico” (denigración del yo a favor del objeto), negación como operatoria para soportar las situaciones de agresividad, violencia verbal y auto-reproche melancólico.

Es propio de la problemática que la violencia en cuanto tal no sea considerada “el problema”. Usualmente las manifestaciones discursivas rondan alrededor de una serie de justificaciones excesivas y de autoreproches persistentes. Si uno toma lo planteado por Freud en “Duelo y Melancolía”, pareciera que los autorreproches presentes corresponden al cuadro de la melancolía, el objeto ha sido vuelto a incorporar al yo vía regresiva sin articulación fantasmática con la realidad (la ausencia de significación del peligro puede estar asociado a ello). El narcisismo primario prevalece gracias a la incorporación retroactiva de la libido, y las pulsiones sádico anales regulan sus relaciones objetales.

En ocasiones un paciente puede presentar una serie de sucesos vividos en la infancia que podrían revestir algún tipo de abuso, por ejemplo, y éste no ser sentido como tal, lo que Freud llamaba una situación agresiva vivida pasivamente. Las significaciones asociadas a los traumas organizan formas fantasmáticas de responder frente a los infortunios de la vida. De acuerdo a éste armado significativo el sujeto podrá responder desde su singularidad. Las inhibiciones son modos de mantener el “síntoma en el museo”, como dijo Lacan, o como limitaciones a las funciones del yo, como dijo Freud. La demanda en la urgencia entonces se verá velada en ataques de angustias masivos, ataque de angustia recurrentes, fobias, etc.

Otro de los datos obtenidos de la investigación, sobre el tipo específico de violencia que localizan en el 75,79% de los casos refiere que es familiar; el 14,74% social e institucional apenas 2,1%. Estos números reflejan que las violencias sufridas por la mayoría de los consultantes es de tipo familiar, quiere decir que es un modo de expresión de hacer lazo con el otro, de establecer vínculos amorosos “familiares”.

El 63,9% de los consultantes llegaron al hospital acompañados.

En el 81% de la consulta no fue por violencia, y solo un 17% sí.

El 71% manifiestan no haber tenido tratamiento previos o actuales en el Hospital, pero cuando se les consulta sobre consultas previas en la Urgencia, refieren en un 47,8% de los casos haber asistido antes por problemas psicológicos, emocionales o psiquiátricos. Un 45,7% dice no haber asistido tampoco a Urgencias previamente.

De los consultantes que manifiestan haber sufrido violencia, un 52% dice no haber recibido medicación psiquiátrica, pero un 46,6% sí. Este dato es interesante puesto que en casi la mitad de los casos tuvieron que prescribirles algún tipo de medicación para aplacar los síntomas. En algunas ocasiones la medicación puede funcionar de placebo, como forma de continuar con la localización del conflicto en un desequilibrio hormonal, o un exceso de angustia resultado de su dificultad en “dominarlo”. Este sentido fortalece los caminos de la negación como defensa primaria.

Desde el diagnóstico psicoanalítico, los resultados arrojaron que en el 70% de los consultantes que refieren haber sufrido violencia, son neuróticos. Ahora bien, desde el CIE10, un 23,4% fueron diagnosticados como agorafóbicos y reacción a estrés graves sin especificación. Estos diagnósticos corresponden con las ideas que venimos desplegando hasta el momento. La secuencia de la irrupción de la

angustia como incapacidad de elaboración neurótica que llevan al sujeto por un lado a producir el encuentro con lo traumático repetidas veces sin registrarlo subjetivamente, y por otro lado la compulsión repetitiva del no cesar de encontrar aquello perturbador.

Por otra parte, el 18,09% es diagnosticado como un trastorno mentales y del comportamiento por consumo de alcohol y drogas no especificadas.

La situación de Urgencia en donde se manifestó haber sufrido violencia, se resolvió entre la segunda y la quinta entrevistas en un 47,8%, y en un 44,6% en solo una. Dicha intervención requirió de medicación en un 45,7%, pero en un 51% no.

La resolución de la demanda en un 58,5% fué por derivación a tratamiento ambulatorio, razón que nos permite pensar que la urgencia pudo resolverse, pero el motivo de consulta que produjo el efecto subjetivo no.

### Conclusión

La violencia se ha convertido en un significativo amo de la época actual, lo cual produce que muchas consultas al servicio de Urgencias estén atravesadas por esta problemática. Hemos comprobado que la mayoría de los casos no ubica la violencia como motivo de consulta, esto quiere decir que desde el discurso de la época, existe violencia pero el sujeto no la subjetiva como tal.

En la intervención de los que reciben a los pacientes, se podría informar al paciente que está viviendo una situación de violencia y colocarse desde esta manera, del lado del asistencialismo, lo cual producirá como efecto a largo plazo una posible repetición del sufrimiento sin implicación del sujeto en el mismo.

¿Qué ofrece el psicoanálisis para tratar la violencia en la urgencia? El psicoanálisis de orientación lacaniana considera al sujeto en su singularidad, esto quiere decir, que va en contra de toda identificación universalizante, pues de este modo, apunta a cernir el goce que se juega en su posición subjetiva de sufriente.

Orientado así por lo real de ese goce, se vale de la interpretación para hacer emerger los significantes amo que lo determinan, y aunque estamos atravesados por el discurso de la época, se trata de producir el significativo amo propio del sujeto en un análisis, no viene dado.

Producirlos para luego orientar al paciente a consentir se hablando por estos significantes, permitirá que el yo vaya perdiendo sus prestigios y que sea la puesta en forma del síntoma lo que ocupe al trabajo analizante. Propone tomar al sujeto en singular despojado de estas identificaciones para que pueda ubicar sus propios significantes amo y no los de la época. Aislar esos significantes amo singulares en cada caso para poder ubicar el goce que se extrae de ellos, responsabilizarse por él y poder tomar una posición. En los casos de violencia, se trata de salir de las etiquetas de víctima y golpeador por ejemplo.

### BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, J.M., Ramón, E. & Sauvagnat, F. (2004). Fundamentos de psicopatología psicoanalítica. Madrid: Síntesis.
- Belaga, G. (2004). La urgencia generalizada. La práctica en el hospital. Buenos Aires: Grama.
- Brousse, M-H. (2016). "Violencia en la cultura. Violencia legitimizada a la radicalización de la violencia". En "Bitácora Lacaniana. Número extraordinario - abril 2017. Revista de Psicoanálisis de la Nueva Escuela Lacaniana. Grama. 2017.
- García, C.D. (2013). "La violencia: ¡Qué locura!" en La violencia: síntoma social de la época. Escola Brasileira de Psicanálise (EBP). Scriptum. 2013.
- Lacan, J. (2014). Función y Campo de la Palabra y el Lenguaje en Psicoanálisis. Escritos 1. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2008). La dirección de la cura y los principios de su poder. En Escritos II. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1986). Psicoanálisis y medicina. En Intervenciones y Textos 1. Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (2003a). "La agresividad en psicoanálisis" en Escritos 2. Siglo veintiuno editores.
- Lacan, J. (2003b). "Introducción al comentario de Jean Hyppolite sobre la verneinung de Freud" en Escritos 2. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Lacan, J. (2005). "El Seminario de Jacques Lacan: libro 5: las formaciones del inconsciente". Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2007). La Tercera. En *Intervenciones y Textos 2*. Buenos Aires: Manantial.
- Laurent, E. (2000). Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires: Tres Haches.
- Miller, J.A. (2008). Hacia PIPOL 4 - Contexto y apuestas del Encuentro - Textos fundamentales. *Revista Freudiana* (52).
- Miller, J.A. (2010). Introducción al método psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.A. (2011). ¿Cómo se inician los análisis?. En *Donc. La lógica de la cura*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.A. (2011). Sutilezas analíticas. Buenos Aires: Paidós.
- Santimaria et al. (2016) Psicoanálisis e Interdisciplina en la atención de la Urgencia en salud mental en el hospital público. Memorias del VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología XII. Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR "Subjetividad contemporánea: elección, inclusión, segregación" Buenos Aires: Facultad de Psicología. UBA.
- Santimaria et. al. (2017). Psicoanálisis e interdisciplina en la guardia de salud mental en el hospital público. Nuevas Familias, Nuevas Infancias. La Clínica de Hoy. Buenos Aires: Asociación Argentina de Profesionales de Salud Mental - A.A.S.M.
- Sotelo, M.I. (comp.) (2009). Perspectivas de la clínica de la urgencia. Buenos Aires: Grama.
- Sotelo, M.I. (2010). Psicopatología y Psicoanálisis. Una apuesta a la singularidad. Buenos Aires: J.C.E.
- Sotelo, M.I. (2012). *Aportes del Psicoanálisis en el diseño de dispositivos para alojar urgencias subjetivas*. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Sotelo, M.I. (2015). DATUS. Dispositivo analítico de tratamiento de urgencias subjetivas. Buenos Aires: Grama Ediciones.