

La eficacia de la práctica analítica en el hospital público

The effectiveness of psychoanalytic practice in the public hospital

Por Sotelo, Inés; Belaga, Guillermo; Leserre, Lucas; Moraga, Patricia; Santimaria, Larisa; Castro, Mariana; Mc Cabe, Clara y Rodríguez, Lucas

RESUMEN

Este trabajo se desprende de la investigación UBACyT 2010-2012 “PROYECTOS TERAPÉUTICOS BAJO LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA EN EL HOSPITAL PÚBLICO” - directora Inés Sotelo, codirector Guillermo Belaga. Este proyecto trata sobre el psicoanálisis aplicado inscripto en el ámbito de la Salud Mental, donde la evaluación de la eficacia y la rapidez de las diferentes psicoterapias es insoslayable.

La eficacia analítica se observa en alcances que son singulares, y que no responden ni se reducen a un ideal de curación previo. Esto no implica, sin embargo, que no se produzcan también efectos terapéuticos susceptibles de evidenciarse.

De este modo, se subvirtieron algunos de los significantes del discurso del amo, tales como “eficacia” y “evaluación”, buscando dar cuenta de lo específico y diferencial de nuestra práctica psicoanalítica.

Palabras clave: Psicoanálisis - Evaluación - Eficacia - Investigación

SUMMARY

This work derives from the UBACyT 2010-2012 research “Psychoanalytic therapy projects in public hospitals” - director: Inés Sotelo, co director: Guillermo Belaga. The project takes into account psychoanalysis applied in the Mental Health area, where the evaluation of efficacy and quickness of different psychotherapies is inevitable.

Psychoanalytic efficacy is observed in singular goals, which can't respond or be reduce to a previous healing ideal. This does not imply, however, that therapeutic effects can't be produced or that these won't be evident.

Thereby, some significant of the master's speech are subverted, like “effectiveness” and “evaluation”, looking forward to account for the specific and differential of our practice.

Key words: Psychoanalysis - Evaluation - Efficacy - Reserch

El presente escrito es un producto realizado por parte del equipo de investigación del Proyecto UBACyT “Proyectos terapéuticos bajo la clínica psicoanalítica en el Hospital Público”, dirigido por Inés Sotelo y Guillermo Belaga¹.

El psicoanálisis aplicado se inscribe en el ámbito de la Salud Mental, dónde la evaluación de la eficacia de las diferentes psicoterapias es insoslayable.

Aunque sabemos de la advertencia planteada por J.-A. Miller sobre el mal uso de la evaluación y las estadísticas (Miller, 2004, 41), en esta coyuntura que hace a la política del psicoanálisis, hemos decidido apropiarnos de los significantes “evaluación” y “estadísticas”, para tratar de subvertirlos. El desafío que enfrentamos es mostrar la eficacia del psicoanálisis aplicado usando, paradójicamente, herramientas que fabrica el discurso amo.

Pero, ¿cómo hacer un buen uso de este significativo amo “evaluación”? Este trabajo es un intento de respuesta.

Argumento

El gran incremento de la demanda de atención referida a padecimientos psíquicos, conlleva la necesidad de evaluar las diferentes propuestas terapéuticas a fin de optimizar los recursos asistenciales en términos de eficacia y también de rapidez.

Ante esto, a quienes practicamos el psicoanálisis dentro de instituciones públicas, se nos presenta una encrucijada. Por un lado debemos legitimar nuestra praxis, como una opción a la altura de las demandas de la época. Por otro lado, fieles a la orientación lacaniana, debemos preservar la posición del psicoa-

nálisis del poder de universalización que, en los tiempos que corren, exige eficacia y en la mayor brevedad posible. ¿Cómo legitimar la práctica del psicoanálisis sin alimentar la maquinaria del amo, movimiento que conllevaría nuestra propia abolición? La demanda de garantías de eficacia inmediata conlleva dos dimensiones: no sólo la adaptación del psicoanálisis a una respuesta que sea rápida y eficaz sino también a las normas de evaluación que la validen.

Es por ello que preferimos quedarnos con la definición del *Diccionario francés* de Émile Littré, ya que define eficacia como “Lo que produce su efecto”, y dejar de lado la definición que nos aporta la *Real Academia Española* que la define como la “Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera” ya que esta última implica un ideal en el concepto de eficacia (lo que se desea o lo que se espera), permaneciendo abierta la cuestión del efecto, ¿Qué efecto? ¿De quién? ¿De qué? ¿En dónde? Preferimos una definición de eficacia que renuncie a la esperanza científica de un cálculo que pueda medir lo real.

Creemos esencial no perder de vista la perspectiva de la eficacia en términos propiamente analíticos donde, precisamente, los resultados no pueden evaluarse según un ideal de curación previo.

Es el encuentro con el obstáculo de la eficacia lo que conduce a Freud a producir virajes en sus conceptos y en la técnica, un ejemplo paradigmático lo es su concepto de “pulsión de muerte”. Freud avanza en una elaboración dialéctica de su teoría con la clínica, delimitando así el campo de aplicabilidad del psicoanálisis. Y es en este recorri-

do donde la concepción misma de la eficacia se modifica y adquiere un alcance que cuestiona los resultados terapéuticos.

En el camino de su retorno a Freud, Lacan insistió en diferenciar al psicoanálisis de las psicoterapias, remarcando que en el dispositivo analítico la cura viene por añadidura. Este “por añadidura”, a riesgo de ser malinterpretado, responde a una cuestión metodológica que sigue la advertencia freudiana del peligro del *furor sanandis*. Lacan lo trabaja en su escrito “Variantes de la cura-tipo” (Lacan, 1955, 311) y lo retoma en *El Seminario X. La Angustia*, donde aclara: “Si el lugar del deseo, la manera como éste se abre, no se nos presentificará en todo momento en nuestra posición terapéutica a través de un problema, el más concreto de todos, que es el de no dejarnos llevar por una vía falsa, el de no responder de una forma errada, al menos respecto de cierta meta que perseguimos y que no es tan clara. Recuerdo haber provocado la indignación (...) cuando dije que en el análisis la curación venía por añadidura. Se vio en ella algún desdén por quien sufre, cuando yo hablaba desde el punto de vista metodológico. Es muy cierto que nuestra justificación y nuestro deber es el mejorar la posición del sujeto. Pero nada es más vacilante, en el campo en que nos hallamos, que el concepto de curación” (Lacan, 1962-1963, 67-68).

Siguiendo estos lineamientos, podemos abordar la pregunta por la eficacia analítica a la luz de su meta, que si bien *no es tan clara*, no considerarla podría conducirnos a equivocarnos el camino.

En “La salvación por los desechos” Mi-

ller plantea que el psicoanálisis “no es sólo una cuestión de salud, de curación, sino que más allá del síntoma, o bajo el síntoma, se trata de una cuestión de verdad” (Miller, 2009, 15). Partiendo de esta expresión cuasi religiosa de lograr la salvación más allá de la cura, contrapone la salvación por los ideales a la salvación por los desechos, propia del análisis.

La eficacia analítica se enmarca en las metas que le son propias, que no responden ni se reducen a un ideal de curación. Sin embargo eso no implica que no se produzcan efectos terapéuticos. ¿Cómo situar, en una clínica cuyo campo no se define por sus alcances terapéuticos, esos efectos que no obstante vienen por añadidura?

Antecedentes

El material que se tomó para desarrollar la presente investigación corresponde a 50 casos de pacientes que pidieron un tratamiento individual, espontáneamente en el Hospital Central de San Isidro. La investigación se centró en el estudio de tratamientos con una duración de 16 entrevistas. Este lapso fue establecido ya que varios estudios epidemiológicos demuestran que aproximadamente el 60% de las altas (en lugares públicos) ocurren antes de los cuatro meses de tratamiento.

Resulta interesante señalar que estos porcentajes se dan en diferentes partes del mundo. Así por ejemplo, en un estudio realizado en Estados Unidos (Howard et al, 1996, 51) en el que investigaron los patrones de utilización de psicoterapias en todo el país basados en una muestra de 405 tratamientos,

sólo el 6,9% de dichos tratamientos superaba el año de duración.

Asimismo, en Argentina, en un estudio sobre la continuidad de los tratamientos ambulatorios en Salud Mental (Triskier, F.; Agrest, M. 1998, 33) se comparan las cifras relacionadas al tiempo de duración con los datos hallados en una clínica general del Gran Buenos Aires y en el Hospital Piñero. Los resultados muestran semejanzas en la disminución de los pacientes al cabo de pocas semanas de tratamiento.

Otro antecedente fue un estudio realizado con anterioridad en el Hospital de San Isidro durante el año 2002, en el que se realizó el seguimiento de una muestra de 200 pacientes. La novedad de este estudio es que se registraron datos precisos acerca del tipo y motivo de consulta, derivación, diagnóstico y modalidad de alta. En cuanto al patrón de discontinuación, tomando en cuenta los pacientes a quienes se indicó terapia de adultos, el 64% de las altas ocurrió antes de los cuatro meses de tratamiento (Belaga et al, 2006, 126).

Por lo tanto, estos datos nos parecen indicar que, más allá de la orientación teórica y el medio cultural, el tiempo de los tratamientos en el ámbito de la salud mental pública es de corta duración.

Investigación

El procedimiento consistió en que los terapeutas del Servicio (con orientación lacaniana) registraran un protocolo de cada tratamiento a su cargo, consignando datos biográficos principales del paciente, tratamientos psicológicos anteriores si los hubiese, teniendo en cuenta cuándo habían sucedido, el motivo

de consulta y la duración del mismo. Se descartaron los pacientes que se encontraran o habían estado en tratamiento psiquiátrico. Además se registró, por una parte, el motivo de consulta enunciado explícitamente por el paciente en la primera entrevista y, por otra, el motivo de consulta que posteriormente fue revelado en el curso del tratamiento. También se completó el informe evaluatorio CGI (Impresión Clínica Global) en la primera y última entrevista, una descripción de los síntomas desde la semiología psiquiátrica y una hipótesis del diagnóstico tanto desde el punto de vista estructural como desde el CIE-10.

A lo largo del tratamiento, es decir, entrevista por entrevista, se anotaron las interpretaciones, el desarrollo del motivo de consulta, las cuestiones relativas a las figuras transferenciales, formaciones del inconsciente, intervenciones, posibles efectos, puntualizaciones sobre los síntomas y otros comentarios convenientes. Es importante subrayar que en este punto no se tuvo en cuenta el efecto *après-coup*, por lo tanto el terapeuta anotaba, por ejemplo, las intervenciones sin verificar el efecto de las mismas, es decir, apenas terminada la sesión. J.-A. Miller dice irónicamente que “lo más seguro es hacer profecías siempre *après-coup*. Es difícil también, pero da una cierta seguridad para el ejercicio intelectual” (Miller, J- A., et al. 2005, 109).

Por último, un agente externo al tratamiento, en este caso analistas vinculados con el dispositivo del pase y supervisores del Servicio, tomaron una entrevista al paciente luego de los cuatro meses de la fecha de inicio del tratamiento.

Esta entrevista consistía en cinco preguntas estandarizadas y en un espacio para que el paciente testimonie lo que quisiese sobre el tratamiento. Luego, se comparaba con las diversas anotaciones que el terapeuta había realizado a lo largo del tratamiento.

Algunos datos

El primer resultado obtenido nos muestra algo muy preciso: el 66% finalizó el tratamiento antes de los cuatro meses. Este dato es similar a otros resultados obtenidos en investigaciones de diferentes países, y nos indica que es posible plantear un tratamiento de corta duración con objetivos específicos. No olvidemos que la consulta en Salud Mental se encuadra en un tiempo determinado.

En primer lugar nos sorprendió fue la diferencia encontrada entre la impresión del terapeuta y la del paciente sobre la eficacia del tratamiento. Nos encontramos que la mayoría de las altas consideradas por los terapeutas como “abandonos” de tratamiento y en las que los terapeutas consignaron que no hubo mejoría, los pacientes dijeron que se encontraban satisfechos con esas pocas entrevistas. Vemos que si bien sólo en el 12% de los casos hubo una interrupción acordada, el 62% de los pacientes está satisfecho con el tratamiento recibido. [Ver tablas 1 y 2].

Tabla 1

	Finalización del tratamiento %
Interrupción acordada	12.0%
Abandono	34.0%
Interrupción no acordada	8.0%
Exclusión del protocolo	4.0%
Terminó las 16 sesiones	10.0%
Recontrato	14.0%
Terminó y es derivado	2.0%
No comienza	10.0%
N/S	6.0%
Total	100.0%

Tabla 2

	Satisfacción del paciente %
No	14.0%
Si	62.0%
N/S	24.0%
Total	100.0%

Tomando en cuenta que el que decide la eficacia de la interpretación no es quien la cuenta sino quien la escucha como afirma Graciela Brodsky (Brodsky, 2001, 20), nos propusimos analizar las intervenciones anotadas por los terapeutas y lo que dijeron de las mismas los pacientes.

La mayoría de los pacientes recuerda una o dos intervenciones del terapeuta que tuvo efectos sobre su vida. Ahora bien, esas intervenciones son justamente, en la mayoría de los casos, las

que el terapeuta no anotó, es decir, brillan por su ausencia. Este dato no sólo es la demostración del apotegma de Jacques Lacan: los efectos de la interpretación son incalculables, que a su vez se apoya en este otro: “La interpretación no da testimonio de ningún saber, pues tomándolo según su definición clásica, el saber se asegura con una posible previsión” (Lacan, 1975, 20), sino que también es la demostración no tanto de la eficacia del hacer del terapeuta, sino del dispositivo mismo. Asimismo encontramos en varios testimonios que el surgimiento de algo del orden de la vergüenza constituyó un índice que marcó el fin del tratamiento. La vergüenza es un efecto que rara vez se consigue. Como enseña Lacan, la vergüenza es el único afecto de la muerte que la merece, de ahí el decir: morir de vergüenza. La vecindad con el goce hace de la vergüenza un afecto relevante en una cura. En la última entrevista de estos pacientes que discontinuaron sus tratamientos, algo del orden de la sexualidad había aparecido, por ejemplo: “ahora ya no me interesan ni las mujeres ni los hombres”.

Lectura de los casos

A continuación se transcribirán fragmentos de dos casos clínicos de la siguiente manera: motivo de consulta inicial del paciente, dichos del paciente e intervención del analista, y la opinión del paciente una vez concluido el tratamiento en el hospital.

Utilizaremos dos conceptos que ordenan la presente articulación que son transferencia e inconsciente. En *Lo real y el sentido* Miller dice: “¿Qué significa

que en el comienzo encontramos la transferencia? Quiere decir en primer lugar que en el comienzo del análisis no está el inconsciente. En el comienzo está el significante enigmático que hay que descifrar. Para ello es necesaria la relación con el analista y el inconsciente trabajando para este desciframiento” (Miller, 2003, 44).

Del mismo modo, en su escrito “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posibles de las psicosis” Lacan describe los dos tiempos de la emergencia de una significación enigmática: primero surge el enigma por el encuentro de un vacío de significación, y luego, en un segundo tiempo, surge la certeza, que es proporcional a ese vacío enigmático, no se sabe qué significa pero se tiene la certeza de que algo significa (Lacan, 1957, 520).

Lo específico de la intervención del analista es la división subjetiva, y esta implica la apertura del inconsciente con sus efectos de verdad. Una verdad que no es adecuación a la cosa, en el sentido aristotélico, sino una verdad que es efecto de la articulación de significantes, que no revela nada al modo del *insight*, sino que es un vacío que se positiviza y causa la elaboración de un saber signado por la imposibilidad de captura, para lo cual el analista tiene que ocupar el lugar que conviene en la cura.

Primer caso

Motivo de consulta: “Tengo problemas con el instrumento”, “Estoy como trabada con la música, no estoy contenta y no sé qué hacer”, “Dudo si el piano es lo que me gusta”, “Vengo teniendo problemas con un chico”. En la segunda

entrevista desarrolla el tema de la relación amorosa con un chico, la paciente dice: “Estaba o estoy enamorada, no sé”. Con el chico compartían actividades sociales, y se presentaba ante ella como homosexual. Sin embargo, él terminó teniendo relaciones con una amiga de ella.

En la cuarta entrevista se recorta un síntoma “hoy no tengo ganas de hablar” y a modo de intervención se corta la entrevista. En la octava retoma el tema del chico, y se queja por ambigüedad de él. Intervención: “Lo que queda claro es que usted no definía la relación”.

En la décimo primera entrevista, se repite el síntoma: “Lo que pasa es que cuando estoy delante de personas no puedo hablar” y lo asocia con un recuerdo: “Estábamos en una reunión familiar y me pidieron que toque, me negué, no podía era un vacío total, yo creo que por eso no me animo a tocar en algunos lugares”. Se interviene: “Estar frente a personas y ser un vacío” se le indica la lectura de un libro. Más adelante, en otra entrevista dice: “No se qué hacer, si dedicarme a la música clásica o al tango”, “a veces pienso que no soy buena con el piano.”

Luego en el testimonio del paciente frente al agente exterior al tratamiento dice “estoy satisfecha con el tratamiento, me sirvió. Después mi vida funcionó bien, tuve mucha ayuda. Hubo cambios en lo amoroso, en el estudio y en lo laboral. Era yo la que era “ambigua”, en el estudio y en todo un poco, también respecto de lo sexual. Recuerdo como intervención “Estar frente a una persona y sentir un vacío total”, me recomendó el *I Ching*, lo leí y me gustó. También

una vez le dije que no tenía ganas de hablar y me dijo: “nos vemos la semana que viene” y yo: “No, pará!!!”, ahí empecé a contarle todo”.

En este recorte se puede apreciar un significante que ordena los dichos del caso, la “ambigüedad”. Este significante surge en la octava entrevista cuando lo usa para describir el comportamiento del otro y partir de una intervención queda recortado y empieza a representar a la paciente. A este significante la paciente le hace rendir un sentido propio en tanto ella relata de su ambigüedad sexual y con la música.

En la décimo primera entrevista la paciente relata un síntoma y lo asocia a un recuerdo que se presenta como una explicación, y la interpretación descompleta el sentido, y a partir de los dichos recorta un decir. La paciente primero asocia y ese asociar implica ya una pregunta por la causa, algo de ese hecho da cuenta de una falla que causa la búsqueda de sentido. En este punto el acto del analista, si está en el lugar que conviene a la cura, hace valer el saber inconsciente, pone el saber en el lugar de la verdad. Y esto implica una apertura de sentido que no es un sentido ya elaborado sino una pura significación de saber. Busca en la lectura del inconsciente, y también en el libro que le recomendó el analista, lo que implica ir en busca de esa hiancia que abrió la interpretación, un sentido nuevo que no es claro que significa pero que la implica como sujeto del inconsciente.

Segundo caso

Motivo de consulta: “No puedo dormir. Mucha angustia. Hace tres años que

vengo sin poder tomar el timón de mi vida, desde que me separé. Te sacan los nietos, la muerte de mi madre y mi separación”. En la octava entrevista menciona sus “ganas de irse a la cama”. Metonimia a partir de qué le hace y no le hace el otro. Quejas, angustia y males tares corporales. En la décima entrevista refiere que sus amigos le dicen que le gusta sufrir, y ella acepta que tiene esa “tendencia”. Se interviene interrogando sobre qué le gusta de sufrir y se corta la entrevista. En la siguiente entrevista menciona “alivio de la angustia” y nombra una cuestión: “no saber estar sola”. Acerca de la transferencia dice que “la terapeuta le hace ver cosas de otra manera”. En estas dos entrevistas se podría pensar cómo el terapeuta interpone un significante y promueve una elaboración singular por parte de la paciente. Tanto esta intervención como las mencionadas previamente son distintas entre sí (como toda interpretación) pero tiene en común la promoción de la operación verdad frente a la opción alienante del fantasma. Se pone en ejercicio el inconsciente que trabaja en análisis, el que depende de la transferencia. Miller dice: “El inconsciente es correlativo de un modo completamente distinto de ser del sujeto, que es la inexistencia, que es el yo no soy” (Miller, 2003, 43). El inconsciente implica una pérdida de ser en oposición a la instauración subjetiva, que es el estado natural del sujeto previo al análisis. En este caso la paciente luego de la intervención relata un alivio de la angustia y entrega una significación singular acerca de su padecimiento, “no saber estar sola” desciframiento que es un nuevo ciframiento. En este

caso también, “me gusta sufrir”, es puesto en cuestión y ya no es evidente su “tendencia” al sufrimiento, y la prueba misma de que algo vacila es la emisión subjetiva. La interposición de un significante por parte del analista impulsa el movimiento metafórico y metonímico al estar en el lugar de lo que falla en el saber y de esa forma el trabajo analizante se vuelve creación en abismo.

Efectos terapéuticos

En ambos casos en la entrevista final los pacientes mencionan que hubo alivio sintomático, que ya no padecen por lo que inicialmente consultaron. En ambos casos, así como en la mayoría de los protocolos los pacientes refieren estar conformes con el tratamiento, que le ha sido de ayuda y que les sirvió para resolver el problema por el que consultaban. En relación a la efectividad de la respuesta analítica, la eficacia de su intervención reside en la desarticulación del significante. Miller señala en “Lo verdadero, lo falso y el resto”: “Fundamentalmente se goza del inconsciente, se goza del significante. El síntoma, como el fantasma, son modos de gozar y el imperativo del analista no es tanto hacer elegir la verdad contra el goce, es inspirar, estimular en el sujeto el deseo de decir para lograr cambiar en él su modo de gozar en el inconsciente, su modo de gozar de la lengua que habla” (MILLER, 1994, 136). Es a través de la desarticulación del significante que hay una posibilidad de hacer cambiar el modo de gozar del inconsciente del sujeto. El deseo del analista apunta a la producción de los significantes-amos que deben caer y a la diferencia absoluta,

esto último nos conduce al *sínthoma* como modo singular de gozar.

Sin embargo en la época actual nos encontramos con sujetos que no se encuentran representados de manera privilegiada por un significante amo. Esto pone en cuestión el efecto sujeto, y la dificultad en muchos casos para instalar el sujeto supuesto al saber y la creencia en el inconsciente.

El significante amo representa al sujeto para el Otro y hace a la dignidad del sujeto. Si bien un análisis apunta a localizar los significantes de la identificación del sujeto, y su caída, es necesario para esto que cuente con algunos significantes privilegiados.

Los significantes de la evaluación científica sustituyen la falta de los significantes amos: los sujetos son nombrados y puestos en una clasificación, por un rasgo universal.

El síntoma analítico requiere que se crea en él, que quiere decir algo, la suposición de una significación inconsciente. En la experiencia analítica, se espera del sujeto que se interese por su singularidad, por lo que no entra en las clasificaciones.

La localización de un síntoma puede ser pensado como un tratamiento, como la *mejor solución* encontrada por un sujeto, para arreglárselas con el goce que lo excede.

En los casos tomados como referencia se pudo constatar el efecto analítico producto de la localización de los significantes amos de un sujeto y de la puesta en forma del síntoma.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BELAGA, G. (Comp.) (2004). *La urgencia generalizada I*. Buenos Aires: Grama.

BELAGA, G. et al (2006). "El psicoanálisis aplicado a la estadística: un estudio sobre 200 casos de urgencia". En *Encuentros. Publicación del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires - Distrito XV*, 2006, año XV, n° 27-28, 126.

BRODSKY, G. (2001). "Las pruebas de la interpretación". En Stagnaro, J. C.; Wintrebert, E., comps., *El efecto mutativo de la interpretación psicoanalítica*, Buenos Aires: Pólemos, 20.

FREUD, S. (1890). "Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)". En *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud. Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol I, 1991.

FREUD, S. (1895) "Proyecto de psicología". En *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud. Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. I, 1991.

FREUD, S. (1926). "Inhibición, síntoma y angustia". En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. XX, 1991.

FREUD, S. "¿Pueden los legos ejercer el análisis?". En *Obras Completas XX*. Buenos Aires. Amorrortu editores. 1991.

HOWARD, K.I., et al. (1996). "Evaluation of Psychotherapy". En *American Psychologist*, n° 38, 51.

LACAN, J. (1962-1963). *El Seminario 10. La angustia*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2005, 67-68.

LACAN, J. (1975). "Introducción a la edición alemana de los Escritos". En *Uno por uno*, Revista Mundial de Psicoanálisis, 1995-1996, n° 45, 20.

LACAN, J. (1955). "Variantes de la cura-tipo". En *Escritos 1*. Argentina: Siglo XXI Editores. 1985, 311.

LACAN, J. (1957). "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis". En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 1985, 520.

LACAN, J. (1966). "Psicoanálisis y medicina". En *Intervenciones y Textos 1*, Buenos Aires: Manantial, 2006.

LACAN, J. (1969- 1970). *El Seminario 17. El reverso del Psicoanálisis*, Buenos Aires: Editorial Paidós, 1996.

MILLER, J.-A. (2009). "La salvación por los desechos". En *El Psicoanálisis*, 2009, Escuela Laciana de Psicoanálisis, n° 16, 15.

MILLER, J.-A. (2003) *Lo real y el sentido*. Buenos Aires. Diva, 44.

MILLER, J.-A. (1994). "Lo verdadero, lo falso y el resto". En *Uno por uno*, Revista Mundial de Psicoanálisis, Buenos Aires: Eolía, n° 39, 136.

MILLER, J.-A. (2004). *Psicoanálisis y Política*, Buenos Aires: Grama ediciones, 41.

MILLER, J.-A., et al. (2005). *Efectos terapéuticos rápidos*, Buenos Aires: Paidós, 109.

SOTELO, I., et al. (2008-2010). "Análisis Comparativo de la Demanda e Intervenciones en la Urgencia en Salud Mental. Hospital Central de San Isidro (Argentina), Hospital San Bernardo de Salta (Argentina), Hospital Maciel de Montevideo (Uruguay) Hospital Das Clínicas de Belo Horizonte (Brasil)".

SOTELO, I., et al. (2011). "Estudio comparativo sobre la elección del hospital para la consulta de urgencia en cuatro hospitales generales del Mercosur". En *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología - UBA*, XVIII. ISSN: 0329-5885.

SOTELO, I. (Comp.). (2005). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista*, Buenos Aires: JVE.

SOTELO, I. (2007). *Clínica de la urgencia*, Buenos Aires: JCE Ediciones, 2007.

SOTELO, I. (Comp.) (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*, Buenos Aires: Grama.

SOTELO, I. *Psicopatología <> Psicoanálisis*, Buenos Aires: JCE Ediciones, 2010.

TRISKIER, F.; AGREST, M. (1998). "La continuidad de los tratamientos ambulatorios en Salud Mental". En *Vertex*. Revista Argentina de Psiquiatría, nº especial, 33.

NOTAS

¹Integrantes del Equipo: Inés Sotelo (Directora), Guillermo Belaga (Codirector), Lucas Leserre, Marta Coronel, Miguel Marini, Alejandra Rojas, Mariela Vigil, Valeria Mazzia, Verónica Capurro, Larisa Santimaria, Patricia Moraga, Alejandra Cruz, Paola Méndez, Graciela Tustanoski, Vanesa Fazio, Emilia Paturianne, Antonella Miari, Mariana Castro, Evangelina Irrazabal (Investigadores en formación), Diana Bento de Mello, Lucas Rodríguez, Clara Mc Cabe y Laura Grischpun (Investigadores estudiantes).

RESEÑA CURRICULAR DEL AUTOR

Sotelo, Inés

Directora de la Investigación UBACYT 2010-2012. Psicoanalista. Coordinadora de la práctica profesional Clínica de la Urgencia. Profesora titular regular de Psicopatología, Licenciatura en Musicoterapia, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis y Escuela de la Orientación Lacaniana.

E-Mail: misotelo@psi.uba.ar

Belaga, Guillermo

Co-director de la Investigación UBACYT 2010-2012. Médico Psiquiatra- Psicoanalista. Jefe de Servicio del hospital Central de San Isidro. Docente de la práctica profesional Clínica de la Urgencia, Facultad de Psicología, UBA. Docente Adscripto en el Dto. de Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA. Miembro de la AMP y EOL.

E-Mail: gbelaga@fibertel.com.ar

Leserre, Lucas y Moraga, Patricia

Investigador en formación de la Investigación UBACYT 2010-2012. Psicoanalista. Docente, Facultad de Psicología, UBA. Miembro de la AMP y EOL.

Santimaria, Larisa y Castro, Mariana

Investigador en formación de la Investigación UBACYT 2010-2012. Psicoanalista. Docente, Facultad de Psicología, UBA.

Mc Cabe, Clara y Rodríguez, Lucas

Investigador Estudiante de la Investigación UBACYT 2010-2012. Estudiante de Psicología, UBA.