

EFFECTOS TERAPÉUTICOS DE LA PRESENTACIÓN DE ENFERMOS

Gisela de Córdido¹, Sergio Garroni², Ronald Portillo², Luigi Luongo², Cristina González², Erika Guédez², Johnny Gavlovsky², Carolina Carrillo², Irene Sandner², Esther Francini², Marco Martínez², Kelsy Koch²

RESUMEN: La presentación de enfermos es un dispositivo de transmisión basado en principios del psicoanálisis que permite ubicar los distintos efectos que se producen a partir de una entrevista y una escucha con características especiales. Es una manera distinta de comprender al enfermo. En el caso del paciente psicótico el beneficio es devolverle su estatuto de sujeto y la posibilidad de lazo social. El presente trabajo intenta mostrar los efectos terapéuticos obtenidos en presentaciones de enfermos realizadas con pacientes psicóticos hospitalizados, por parte de un equipo de trabajo durante 3 años ininterrumpidos y de acuerdo a las coordenadas teóricas y de aplicación que lo sustentan. Entre los diferentes efectos terapéuticos observados tenemos: la pacificación de la angustia, la delimitación de los elementos del delirio, la reducción del desbordamiento imaginario, y un intento rudimentario de darse un nombre. La investigación permitió dar cuenta de la pertinencia del psicoanálisis en el tratamiento del paciente psicótico y los resultados obtenidos permitieron reorganizar el saber y establecer pautas que permiten reorientar el tratamiento con estos pacientes.

Palabras clave: Atención, Entrevista, Paciente, Psicóticos, Psicoanálisis, Medicina, Psiquiatría.

ABSTRACT: A patient presentation is a transmission device based on Psychoanalysis principles that allows the location of the different effects produced from an interview and a hearing with special characteristics. It is a different approach to understanding the patient. In the case of psychotic patients the benefit is to give them back their subject statute and the possibility of social bond. This work shows the therapeutic effects obtained in presentations of hospitalized psychotic patients, carried out by a work team along three uninterrupted years, following the corresponding theoretical and applied coordinates. Among the different therapeutic effects observed we can mention: appeasement of anguish, delimitation of delirium elements, reduction of imaginary overflow, and a rudimentary attempt to give himself or herself a name). This research allowed to account for the pertinence of Psychoanalysis in the treatment of the psychotic patient, and the results obtained allows to reorganize knowledge and to establish guidelines to re-orient treatments.

Key words: Patient, Interviews, Psychotic, Psychoanalysis, Medicine, Psychiatry.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo —motivado por la necesidad que existe en las instituciones prestadoras de salud en relación con la atención del paciente psicótico— está animado por la pregunta que surge a propósito de la presencia del psicoanálisis en la institución hospitalaria^(1,2) y en el

tratamiento de estos pacientes; en este caso sostenido por la práctica regular de un dispositivo de atención que se lleva a cabo en diversos hospitales del área metropolitana de Caracas bajo las coordenadas psicoanalíticas de orientación lacaniana^(3,4).

Este dispositivo denominado “Presentación de Enfermos”⁽⁵⁾ se realiza con pacientes hospitalizados a fin de obtener, mediante una entrevista con características especiales, una comprensión diferente que muestre otras vías de asistencia a este severo problema.

1 Profesor Agregado Facultad de Medicina UCV. Psicoanalista Agalma Centro de Investigación y Análisis en Psicoanálisis.

2 Psicoanalistas Agalma Centro de Investigación y Análisis en Psicoanálisis.

Recibido: 09-11-2006

Aceptado: 01-02-2007

Intenta mostrar el lugar que puede tener el psicoanálisis en la comprensión y atención del paciente psicótico, desde unas coordenadas diferentes a las de la psiquiatría. La clínica psiquiátrica es una clínica de la observación, que funciona en base a un saber universal, preestablecido, donde cada caso se puede ubicar en un cuadro nosológico, donde lo central es el diagnóstico, que debe ser previo al tratamiento, el síntoma es un fenómeno a eliminar y el abordaje es farmacológico.

El psicoanálisis ha sido definido como una práctica terapéutica con una especificidad propia dada por los conceptos y principios que la fundan. Es una clínica de la estructura, de lo inconsciente, de la significación, que no funciona de acuerdo a un saber preestablecido, porque es una clínica de lo particular donde el centro es el paciente, el diagnóstico se va dando a lo largo del tratamiento, el síntoma es una metáfora a descifrar y el abordaje —con o sin medicación— es por la palabra ^(6,7).

Las formulaciones de Sigmund Freud facilitaron una nueva comprensión de los mecanismos que intervienen en la constitución del ser humano, y aunque se dedicó más a las neurosis, su aporte al estudio de las psicosis a través del caso del presidente Schreber es fundamental. Jacques Lacan, psicoanalista francés, dedica gran parte de su enseñanza al estudio de la psicosis, y sus descubrimientos son piezas claves en la comprensión del enfermo. Desde un punto de vista estructural plantea que en la constitución del ser humano intervienen una serie de funciones, y de cómo cuando falta una función, un significante que es primordial, que ha debido darse como condición para pertenecer al mundo de lo significado, éste no podrá tener una relación significada con el mundo. El resultado de esta falta es la psicosis, la psicosis como estructura. Este significante primordial lo llama Nombre-del-Padre y su falta la denomina forclusión ⁽⁸⁾, articulando este proceso con el complejo de Edipo y la castración, y que sólo puede darse si hay la intervención —en el deseo de la madre y el hijo— de la instancia paterna, con su resultado: la significación fálica. El sujeto psicótico no puede dar cuenta de lo que le pasa, no puede dar sentido a su existencia y su alternativa es fabricarlo con lo que tiene, con lo que puede; el resultado de esta construcción no es otra que la construcción delirante, con la que al menos no queda expuesto al vacío, al goce invasivo que percibe del otro. Ante la perplejidad que le ocasiona el no poder darse una explicación ante las diferentes contingencias de la vida, como la existencia misma, la sexualidad, la paternidad y la muerte, el sujeto psicótico construye “su” explicación y con esta explicación reduce

y sosiega el inmenso vacío de significación, ese goce sin límites que le invade ⁽⁹⁾.

Esto nos pone frente a un otro sujeto de la psicosis y la búsqueda de dispositivos de diálogo que faciliten la emergencia de esa construcción, de lo que el sujeto tiene que decir. De aquí la importancia que tiene la singularidad de cada paciente, lo que determina el abordaje del caso por caso, para oír lo que tenga que decir y obtener un saber particular a partir de lo que dice de lo que le pasa. Permite visualizar el problema del paciente psicótico no desde el déficit evolutivo, y entender que el delirio —y la certeza que le caracteriza— es lo que le permite al sujeto amarrarse de alguna manera al mundo.

De aquí se desprenden los principios que deben orientar el abordaje del paciente: cómo no se debe acudir con un saber previo para obtener una categorización del paciente, que más bien obstaculizaría la emergencia de sus dichos particulares. Se trata más bien, de captar más allá de un diagnóstico, de facilitar el encuentro con un sujeto, con el decir de un sujeto, con el saber que el propio enfermo va construyendo ⁽¹⁰⁾.

La presentación de enfermos, iniciada por Jacques Lacan en el hospital de Saint- Anne, en París, ha sido concebida como un dispositivo de transmisión donde un paciente es invitado a hablar con un psicoanalista frente a un grupo de calificados participantes relacionados con la experiencia desde diferentes lugares del saber. No es una clase, no se reduce a dar un diagnóstico, a reconocer o clasificar a un enfermo; tampoco es un interrogatorio, ni conversación, sino una manera de dialectizar diferente, con un nuevo centro que introduce al paciente en otro lugar y que se aloja en las coordenadas psicoanalíticas, a diferencia de la entrevista psiquiátrica.

El analista entrevista al paciente y el público sólo participa con su presencia, no interviene y desde el saber particular de cada uno se deja atravesar por la experiencia para, una vez retirado el paciente, participar en una discusión. La presentación de enfermos se constituye en un solo encuentro, un único momento donde se deberá producir algo, no es el proceso del tratamiento sino un encuentro, una contingencia que se inscribe en ese proceso.

Lacan expresaba que la posición del entrevistador debía ser “una suerte de lentitud al comprender” promoviendo en el paciente el esfuerzo de hacerse entender, de explicarse mejor, de darse una explicación y así ir llenando en algo el vacío de significación

¿Qué se obtiene con la presentación de enfermos?
¿Cuáles son sus efectos?

La presentación de enfermos es terapéutica. El

beneficio tiene que ver con darle la palabra al paciente, una escucha diferente de parte del analista entrevistador y la obtención de un saber nuevo a partir del decir del paciente.

Como el analista se posiciona en un lugar diferente para la entrevista, obtiene un decir diferente de parte del paciente. La psiquiatría, por ejemplo, se ubica para obtener datos de interrogatorio que permitan clasificarlo. El psicoanálisis se ubica de manera tal que surgen aquellos dichos del paciente que le permitan apaciguar el goce, el sufrimiento. Posibilita localizar este goce y sitúa al sujeto en el camino de una construcción que le permitirá salir de la perplejidad, regular el goce que lo invade en su cuerpo o en su pensamiento. En algunos casos aparecen relatos que nunca, en años de tratamiento, habían sido asomados por el sujeto⁽¹¹⁾ permitiendo así construir una suplencia, darse una explicación a lo que le pasa. Esta situación le facilita al analista obtener un saber a partir del enfermo mismo; localizar los goces y los significantes más importantes que van a constituir la suplencia; es decir, la manera particular que tiene el paciente de sufrir y cómo intenta defenderse. La entrevista puede contribuir a determinar el momento del desencadenamiento y circunscribir el delirio. Permite sacar al esquizofrénico de su relación de goce con el cuerpo y al melancólico sacarlo de su ensimismamiento. Cuando la frontera es imprecisa como en el caso de los llamados “pacientes *borderline*” resulta útil para situar al sujeto y poder establecer el diagnóstico diferencial. Otros resultados terapéuticos tienen que ver con la presencia del público que hace muchas veces de mediador simbólico para el paciente; con interrogantes o planteamientos nuevos que surjan en el profesional tratante o modificaciones en el paciente posteriores a la entrevista⁽¹²⁻¹⁵⁾.

OBJETIVOS

Identificar los efectos terapéuticos de la presentación de enfermos con pacientes psicóticos.

Identificar otros efectos como resultados de su aplicación.

MÉTODO

La investigación consiste en un estudio descriptivo bajo el modelo de investigación-acción tipo participativa y comprende los procedimientos, el diseño y el tratamiento de los datos⁽¹⁶⁾.

Los procedimientos consistieron en la realización de presentaciones de enfermos en forma mensual durante 3

años en el Centro de Salud Mental del Este “El Peñón” y en el Instituto Nacional de Psiquiatría del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales “Dr. Jesús Mata de Gregorio (Sebucán)” por parte de un equipo de trabajo de investigación conformado por psicoanalistas, psiquiatras, psicólogos y residentes de posgrado del Centro de Investigación y Docencia-Las Mercedes, de la Universidad Central de Venezuela y del IVSS.

El diseño contempla una serie de componentes:

1. Componente equipo
Grupo de profesionales capacitados para realizar la actividad y llevar a cabo la investigación.
2. Componente aprendizaje
Comprende la inducción del equipo en forma semanal, desde hace 3 años, en la Sección Clínica del CID-Las Mercedes, donde a partir de la lectura y discusión de textos se investiga acerca de los principios psicoanalíticos que funcionan para la psicosis, la delimitación de las fronteras existentes entre la clínica psiquiátrica y la clínica psicoanalítica, la realización del diagnóstico de estructura y el ejercicio del diagnóstico diferencial.
3. Presentación de enfermos propiamente dicha
Consiste en una entrevista única que se realiza en un tiempo no determinado de antemano, de acuerdo a las pautas establecidas para la presentación de enfermos y bajo las coordenadas psicoanalíticas y una discusión posterior a la entrevista orientada en 3 ejes: conceptualización teórica, diagnóstico diferencial y efectos terapéuticos obtenidos de la entrevista.
4. Presentación de casos clínicos
Los resultados obtenidos de la presentación y discusión son organizados por uno de los participantes y presentado posteriormente como caso clínico con el fin de elaborar propuestas teóricas y clínicas que incidan en el saber acerca de la psicosis y en el seguimiento del paciente.
5. Análisis de la experiencia
Organización de los resultados en función de los datos obtenidos en la entrevista, discusión posterior y presentación clínica.

Tratamiento de los datos

- La recolección de los datos se obtuvo de la observación y registro de aproximadamente 55 presentaciones de enfermos, de entrevistas con los integrantes del equipo, de la presentación de casos y de reuniones destinadas a tal fin.

- Los elementos que guiaron el análisis y discusión de los resultados fueron el tipo de preguntas que suscitaba la actividad y las sugerencias e indicaciones que se construían ante tales interrogantes.
- En función del objetivo los datos se organizaron alrededor de 3 ejes:
 - Docente: cuando las respuestas tenían que ver con el componente aprendizaje.
 - Asistencial cuando las respuestas estaban relacionadas con beneficio para el paciente.
 - Investigación: cuando las respuestas tenían que ver con interrogantes o datos que sugerían obtener o precisar un conocimiento.

RESULTADOS

En forma general la mayoría de las respuestas apuntaron a lo novedoso del dispositivo, la precisión para el establecimiento del diagnóstico diferencial y el interés en un saber mayor sobre la psicosis.

En cuanto a los efectos terapéuticos identificados, la exposición de los resultados fue organizada en tres formas:

- Efectos terapéuticos en presentaciones de enfermos elegidas al azar.
- Efectos terapéuticos agrupados en categorías.
- Efectos terapéuticos articulados a los tres ejes mencionados (docente, asistencial y de investigación)
 - Efectos terapéuticos en presentaciones de enfermos elegidas al azar

Se eligieron al azar tres únicas entrevistas en tres sujetos distintos, en forma resumida y preservando la confidencialidad.

Caso 1. La Escuelita

L. es hospitalizada la noche anterior a la entrevista con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Se encuentra agitada y agresiva. Se niega a entrar a la entrevista. Luego de la invitación a conversar que hace el analista, descubre el pizarrón y decide que va a dar una clase, para lo cual ordena a los participantes en el espacio en calidad de alumnos, comienza por escribir la palabra lenguaje, luego desordenadamente una serie de nombres en el pizarrón, hasta que comienza a hablar de su familia, a escribir sus nombres en la pizarra, qué hacen, donde viven, para terminar pintando lo que llama una casita, escribe su propio nombre, su apellido, firma y se retira.

Efectos terapéuticos en el caso de “La Escuelita”:

El diálogo con el psicoanalista permitió emerger a la sujeto en tanto que habla y puede ser escuchada. Allí un

primer efecto terapéutico de la intervención del analista.

Ordenar a los participantes en el espacio es una acción que involucra la interacción con el público y nos permite vislumbrar el efecto terapéutico de la presencia de éste en la presentación de casos. En ese salón —que ahora es su escuela— L. tiene la oportunidad de encarnar ella el saber y puede sentirse segura para ofrecerse al goce del otro-público que la escucha. La escuelita permite mostrar el llamado de la sujeto a organizarse, un intento de organizar su espacio psíquico, a partir del ordenamiento del espacio físico.

Ante la pizarra y la pregunta del analista por su nombre, se desorganiza e introduce nombres diferentes que no le pertenecen, efecto de la forclusión del nombre-del-padre, es decir, de su dificultad de poder dar sentido a lo que le ocurre. La oportunidad de poder continuar hablando de ello hace que escriba el nombre de la madre en la pizarra y tras ello, en un extremo del pizarrón su nombre y apellido, logrando así la reducción de una serie de nombres a su nombre. Notamos de esta forma el efecto terapéutico de la intervención del analista que la hace nombrarse y un segundo intento de la sujeto durante la sesión para tratar de organizarse⁽¹⁷⁾.

Caso 2. “Chávez me quiere matar”

J. de 26 años, se presenta a la entrevista diciendo que desconoce las razones de su hospitalización, que ha sido engañado por su mamá y agredido por el personal del hospital. Una intervención del analista aclara al paciente que los doctores están ahí para ayudarlo.

Al comienzo, el paciente no asume responsabilidad alguna en sus actos “me envidian porque yo sé más sobre la Biblia”, “me pegan y no hice nada”; “me engañan y no se porqué”, mostrando cautela al hablar y negándose a veces a continuar respondiendo. Relata cómo es perseguido; en su relato los perseguidores eran numerosos, estaban por todos lados y no podía nombrarlos.

En un momento dado J. pide mirarse en un espejo que hay al fondo de la sala y posteriormente señala un grabador en el que se registraba la entrevista, manifestando su temor. Una segunda intervención del analista responde “esa grabación es sólo para nosotros”, diferenciando el conjunto “nosotros” del conjunto “los perseguidores”. El paciente toma confianza y comienza a hablar de su delirio: el había estado muy enojado con el presidente, había deseado matarlo y se lo había confesado a un militar; ahora temía por su vida porque pensaba que el presidente querría eliminarlo.

El presente caso, una paranoia, remite a esa relación

al otro que Lacan explicó inicialmente bajo el concepto de transitivismo y conocimiento paranoico, señalando el cortocircuito entre lo imaginario y lo real, donde los fenómenos aparecen como una irrupción de lo imaginario en lo real⁽¹⁸⁾.

Los efectos terapéuticos encontrados en este caso podemos ubicarlos en:

1. Las intervenciones del analista le permiten al paciente separar los perseguidores del personal médico. La confianza así obtenida y poder tramitar el delirio produce un apaciguamiento de la angustia.
2. El delirio puede ser nombrado: en vez de muchos perseguidores en muchas partes, no hay sino uno solo y el cual puede identificar.
3. Reducción del desbordamiento imaginario gracias al anudamiento de los elementos del delirio.

Caso 3. “Me van a violar doctor”

D. es un paciente que refiere ideas de daño y persecución y presentó un intento suicida ante la angustia de ser violado. Al comienzo de la entrevista se opone a ser grabado, luce suspicaz y angustiado. En la entrevista se logra identificar dos momentos en los que no pudo dar sentido a la emergencia de la sexualidad, a la pulsión sexual: un rompimiento con la pareja y el matrimonio de un familiar muy cercano con quien vivía. Tales situaciones produjeron un aflojamiento del nudo de lo que ejercía funciones de suplencia⁽¹⁹⁾, no hubo cómo darle un sentido a lo que le ocurría, el significante del nombre del padre, forcluido vuelve desde lo real en oposición simbólica a este sujeto, lo hace desde afuera, en forma de alucinaciones o de delirio “me persiguen para violarme”⁽²⁰⁾.

La entrevista va permitiendo verbalizar a D. acerca de lo que le acontece, proyectando menos en los perseguidores externos y organizando los “elementos sueltos” en la construcción del delirio. Al final de la entrevista logra decir que el perseguidor es el familiar que se casó. Se reduce el delirio a un solo perseguidor, que, otorgando un sentido, aunque sea delirante, disminuye la angustia, se pone un límite a la invasión de goce.

Los efectos terapéuticos en este caso fueron en primer lugar, un efecto apaciguador porque concentra el delirio de persecución en un solo perseguidor. En segundo lugar, cuando aparecen interrogantes: un cuestionamiento sobre sí mismo, su manera de hablar y de hacerse preguntas y mostrando su deseo de ponerse a trabajar cuando egrese.

B. Efectos terapéuticos agrupados en categorías

a) Efectos directos

Aquellos efectos que dependen directamente de la entrevista y ocurren durante la presentación o poco tiempo después

1. La experiencia es terapéutica en sí misma: es terapéutico que el paciente hable porque le permite apaciguar goce y/o construir una suplencia.
2. Es terapéutica toda intervención que permita circunscribir el delirio, cuando por ejemplo se reducen “los perseguidores”.
3. Es terapéutico como oportunidad de confrontar al sujeto con sus propias decisiones o expectativas. Por ejemplo cuando se pregunta al sujeto qué piensa hacer al ser dado de alta.
4. La posición del público —presente mas no participante de la entrevista— funciona como otro lugar de escucha, como alguien que se interesa en su decir dispuesto a escuchar lo que tiene que decir y que permite anudar algo del lazo social que está roto. También ha funcionado como un mediador entre el analista que a veces puede convertirse en el perseguidor.
5. De acuerdo al efecto que tuvo la entrevista sobre el delirio, se realizó una tipificación, otorgándose diferentes nombres al efecto observado: compensación, apaciguamiento, reducción, pacificación, nucleación, o estabilización del delirio.

b) Efectos indirectos

Aquellos que tienen que ver con la manera cómo el terapeuta tratante se aprovecha de los resultados de la presentación:

1. Brinda la oportunidad de disponer de indicaciones específicas:
 - A los padres sobre qué hacer o contestar en determinada situación, conducta o pregunta por parte del enfermo.
 - A la institución: sugerencias en relación con el delirio, pautas de seguimiento y control del paciente, modificación de dosis de fármacos.
2. La presentación constituyó muchas veces la oportunidad de construir un delirio, lo que permite adelantarse a la crisis que vendría. Si el paciente continúa tratándose y se identifican las situaciones comprometidas podría ser garantía de no nuevas crisis.

C) Efectos terapéuticos articulados a los tres ejes mencionados (docente, asistencial y de investigación) como aparece expresado en el cuadro siguiente

CONCLUSIONES

El presente trabajo permite dar cuenta del lugar que

EJES	EFFECTOS DIRECTOS	EFFECTOS INDIRECTOS
Docente		Aprendizaje en entrevista Alternativa de abordaje en psicosis Aprendizaje de presentación de casos
Asistencial	Chance de expresarse individualmente Reducción delirio Decisiones e interrogantes Menor angustia Menor incidencia de crisis	
Investigación		Consolidación equipo que investiga psicosis bajo principios psicoanalíticos en instituciones hospitalarias.

tiene el psicoanálisis en la institución hospitalaria, en este caso en el abordaje del paciente psicótico y mediante un dispositivo de entrevista como es la presentación de enfermos.

Muestra el beneficio terapéutico inherente a toda presentación de enfermos, al devolverle al psicótico su estatuto de sujeto, al considerarle digno de ser oído y de propiciar un saber a partir de esa escucha. Es además una oportunidad de mostrar la operatividad del dispositivo: cómo la entrevista misma puede producir efectos terapéuticos⁽²¹⁾.

Los resultados obtenidos muestran una vez más la importancia del caso por caso, del encuentro con la singularidad del paciente, diferenciándose de la serie de encuentros que buscan la obtención de un saber que existe antes de la palabra del sujeto con el fin de ubicarlo taxonómicamente e ilustrar la clínica⁽²²⁾.

La actividad constituyó un dispositivo novedoso y útil en la formación de residentes de los posgrados de psiquiatría y psicología clínica y un recurso fundamental en la formación de psicoanalistas.

Recomendaciones

En el aspecto asistencial, continuar la experiencia dados los efectos terapéuticos que se obtienen, sobre todo el apaciguamiento de la angustia y la reducción de aquellas

manifestaciones que podrían precipitar una nueva crisis, lo que permite reducir la medicación e incidir en el lazo social.

Asimismo en el aspecto docente constituye una alternativa importante a considerar como actividad teórica y práctica, en el abordaje global del paciente psicótico y precisa indicaciones y posibilidades de la aplicación del psicoanálisis en la institución hospitalaria.

En relación con la investigación, la continuidad de la experiencia —a partir de los resultados y categorías obtenidos— permite orientar futuros estudios considerando los efectos de las presentaciones de enfermos en el tiempo y tomando en cuenta otros factores que incidan en el tratamiento del paciente: medicación, internación, salidas, visitas familiares, otras entrevistas.

Agradecimiento

A los pacientes, médicos, psicólogos y directiva del Centro de Salud Mental del Este “El Peñón” y del Instituto Nacional de Psiquiatría del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales “Dr. Jesús Mata de Gregorio” por su presencia y participación.

Al Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico de la Universidad Central de Venezuela por el respaldo otorgado.

REFERENCIAS

1. Michel S. La Demanda. En: Edupsi. Com. El Programa de Seminarios por internet de Psicomundo. El Psicoanalista y la práctica hospitalaria 1999.
2. Lacan J. Psicoanálisis y Medicina, en Intervenciones y Textos. Buenos Aires: Manantial; 2002:86-99.
3. Brodsky G. La práctica lacaniana: sin estándar pero no sin principios. IV Congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Comandatuba, Brasil. 2004. Documento en línea disponible en: <http://www.nel-amp.com/congreso.htm> (consultado el 12-07-2006)
4. Laurent E. Principios directores del acto psicoanalítico. Ornicar? Digital-nueva serie. Julio 2006: 293. Documento disponible en: www.lacanian.net/Ornicar%20online/ (consultado el 12-10-2006).
5. Miller JA. Enseñanzas de la presentación de enfermos. Matemas I. Buenos Aires: Manantial; 1987.
6. Miller J-A. ¿Tiene vigencia el psicoanálisis? Tesy De Biase editora. Julio 2000. Documento en línea disponible en: <http://www.salutia.com> (consultado el 11-10-2006).
7. Laurent E. La sociedad del síntoma. Revista electrónica de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Documento en línea disponible en: <http://www.wapol.org> (consultado el 11-10-2006).
8. Lacan J. La Familia. Biblioteca de Psicoanálisis. Buenos Aires: Argonauta. 1978.
9. Lacan J. De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. Escritos I. México: Siglo Veintiuno editores. 17ª edición en español. 1993.
10. Miller J-A. Elogio de la presentación de enfermos. Los inclasificables de la clínica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós; 1999:29-35.
11. Chamorro J. La presentación de enfermos. El encuentro del psicoanalista con el psicótico. The Wannabe. N° 26. Documento en línea disponibles en: www.nel-amp.com/wannabe.htm (consultado el 4-09-2006).
12. Domb B. Presentación de enfermos. Cuadernos s. Freud. N° 12. Buenos Aires: publicación de la escuela freudiana; 1988.
13. Domb B. Presentación de enfermos: apuntes de una práctica. Psicoanálisis y el hospital. Buenos aires. 1994;5.
14. Basz S. El uso del psicoanálisis en la presentación de enfermos. The Wannabe. N° 30. Documento en línea disponible en: www.nel-amp.com/wannabe.htm (consultado el 15-09-2006).
15. Grasser F. El psicótico enseña. Uno por Uno. Buenos Aires: Editorial Eolia; 1995:42.
16. Martínez M. Comportamiento Humano. México: Trillas; 2002:221-238.
17. Laurent E. Síntoma y nominación. Buenos Aires: Colección Diva; 2002.
18. Lacan J. Presentacion des "Memoires d'un neuropathe, Autres écrits. París; Edition du Seuil; 1975:215.
19. Luongo L. Hacerse un nombre, construirse un nombre. Conversación Clínica. Primer Encuentro americano. Buenos aires. 2003.
20. Portillo R. La presentación de enfermos. Conversación Clínica. Primer Encuentro Americano. Buenos Aires. 2003.s
21. Feu de Carvalho F. Sorpresa y vergüenza. Resultados terapéuticos de una presentación de enfermos. Virtualia. Revista digital de la escuela de orientación lacaniana. N° 14. 2006. Documento en línea disponible en: www.eol.org.ar/virtualia/ (consultado el 12-10-2006).
22. Mejía O. A propósito de la presentación de enfermos de la orientación lacaniana. The Wannabe. N° 65. Documento en línea disponible en: www.nel-amp.com/wannabe.htm (consultado el 12-10-2006).