



Universidad
Nacional
de Rosario

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

***“Praxis psicoanalítica y consumo problemático:
resistencias que emergen en los tratamientos
psicoanalíticos bajo la perspectiva del
paradigma de reducción de riesgos y daños”***

Modalidad de presentación: Ensayo

Autora: Benitez, María Paula

DNI: 40891612

Legajo: B-5622/7

Docente responsable: Del Carlo, Cristian

2023

1

Agradecimientos

A la Universidad Pública, por permitirme procesos de deconstrucción impensados para mí; A mi familia, la cual a pesar de distancias físicas, soñó este momento de cerquita conmigo; A mis amigxs, gracias, por las paciencias, las escuchas, los compromisos y las confianzas; A mi novio, por elegirme y acompañarme siempre.

2

Índice

Resumen.....		
3		
Introducción.....		
4 Desarrollo		
Paradigmas		en
tensión.....7		La
especificidad del psicoanálisis.....9		
Las resistencias.....11		
La	resistencia	del
analista.....15		
Conclusiones.....		1
8 Referencias		
bibliográficas.....20		
		3

Resumen

El presente ensayo articula las categorías de praxis psicoanalítica y consumo problemático. El recorte de dicha relación pone el foco en resistencias que se considera emergen por parte de usuarixs, referencias socio-afectivas de lxs mismxs, y analistas dentro de tratamientos psicoanalíticos realizados bajo la perspectiva del paradigma de reducción de riesgos y daños. De este modo, se concibe que las mismas reproducen las representaciones ligadas al modelo de intervención abstencionista/prohibicionista. En primer lugar, se diferencian los modelos de abordaje predominantes en la actualidad: el modelo prohibicionista/abstencionista y el modelo de reducción de riesgos y daños. En segundo momento, se piensa la relación posible entre este último y la praxis psicoanalítica, concebida en su especificidad y no al modo de especialidad médica. Ya en un tercer momento, resulta menester profundizar en las resistencias propias de lxs usuarixs de drogas que realizan tratamiento psicoanalítico, así como también de sus referencias socio afectivas, considerando que las mismas resultan efecto de discursos hegemónicos que las estructuran y naturalizan. En cuarto y último lugar, se realiza un abordaje de las resistencias de lxs analistas dando cuenta de la necesidad de lograr ubicar y suspender estigmas y prejuicios sobre lxs analizantes. Para concluir, se sostiene que el reconocimiento y revisión de discursos coagulados y naturalizados por parte de lxs actores intervinientes, lleva a la reducción de estereotipos que atentan contra lxs usuarixs en tanto sujetos de derechos.

Palabras claves: Psicoanálisis - Consumo Problemático - Reducción de Riesgos y Daños – Resistencias.

4

Introducción

El presente ensayo propone como tema la articulación entre la praxis psicoanalítica y un emergente en la actualidad de nuestra sociedad: el consumo problemático. A partir de dicha temática, el recorte que permite elaborar la problematización dentro de este amplio campo de relaciones será poner el foco en resistencias que emergen en los tratamientos psicoanalíticos realizados bajo la perspectiva del paradigma de reducción de riesgos y daños.

De este modo, se concibe a modo de premisa para el siguiente recorrido la existencia de resistencias que emergen tanto de lxs usuarixs de drogas que realizan tratamiento, de sus familias o referentes socio-afectivos, y de lxs analistas. Se considera que gran parte de estas resistencias reproducen las representaciones ligadas al modelo de intervención abstencionista/prohibicionista.

Es pertinente en este punto mencionar que existen dos modelos/paradigmas vigentes en la actualidad bajo los cuales se puede abordar la problemática, al decir de Edith Benedetti (2015). Por un lado, la estrategia abstencionista/prohibicionista y por otro lado, la estrategia de reducción de riesgos y daños. El primer apartado del desarrollo, "Paradigmas en tensión", profundizará sus modalidades de abordaje.

Dichos paradigmas surgieron a lo largo de diversos procesos históricos, que se fueron dando en nuestro país, así como también internacionalmente. Si nos remontamos al siglo XX, siguiendo los postulados de Corda (2014), el consumo de sustancias estaba atravesado por cuestiones de fuerte índole higienista y médica, considerando al usuarij de drogas como un "caído ilevante" y un "inválido intelectual". Surgen así los primeros discursos sobre la defensa social y seguridad nacional.

Desde 1974, en Argentina el uso de estupefacientes quedó comprendido como delito y enfermedad, y en 1989 se sancionó la ley 23.737 donde se proclaman las penas, considerando la tenencia y el tráfico de estupefacientes como delitos. Es preciso mencionar que el mismo año se crea la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), el organismo responsable en materia de reducción de la oferta y de la demanda de drogas. Esta matriz abstencionista llevó a una tardía respuesta estatal en la década del 80 ante la problemática de la transmisión del VIH para usuarixs de drogas inyectables, llevando a que se produzca una gran cantidad de muertes. Ante esta problemática, se originan los debates acerca de las estrategias de reducción de riesgos y daños.

Esto conlleva a que la concepción de sujeto de los paradigmas sea opuesta. Mientras que el paradigma abstencionista parte de una concepción de sujeto completamente pasivo, quedando este reducido a la sustancia y a las intervenciones que realizan lxs profesionales; por el contrario, el paradigma de reducción de riesgos y daños pone énfasis en el sujeto como activo y responsable, por lo que se intenta escuchar más allá de lo que tiene para decir acerca de su consumo. Se considera fundamental el hecho de que lx usuarij puede cuestionarse acerca de su propia modalidad de consumo. El consumir durante el abordaje no es considerado una recaída, así como tampoco es condición de inicio al mismo.

Generalmente, en las instituciones que trabajan desde este paradigma, se nombran a los sujetos como usuarixs. En el presente ensayo, la denominación de lxs analizantes será al modo de usuarixs de drogas que realizan tratamiento, entendiendo que no resulta problemático para todxs lxs usuarixs de drogas su consumo. Se tomará esta concepción del Glosario del Capítulo 3 del *Manual sobre derechos humanos y uso de drogas*

Término que define el uso de una persona de sustancias fármaco químicas –legales o ilegales– capaces de alterar su mente y/o su cuerpo. Define el uso y no el tipo de relación con ella, por lo tanto dicho término no representa un diagnóstico. El diagnóstico sólo puede ser realizado por un profesional de la salud, médico o psicólogo en el marco de una relación terapéutica y por lo tanto

consumo problemático y/o compulsivo y por lo tanto especificar si existe uso, abuso o dependencia de las drogas. A los fines de preservar los derechos humanos de los usuarios de drogas resulta clave que ninguno de estos términos se utilice con el fin de estereotipar, estigmatizar o discriminar (Inchaurraga, 2009, p. 31).

De este modo, el revisar ambos paradigmas conducirá a la necesidad de pensar el lazo posible entre el paradigma de reducción de riesgos y daños y la praxis psicoanalítica, lo cual se profundizará en el segundo apartado “La especificidad del Psicoanálisis”. Allí se pretenderá fundamentar por qué la praxis psicoanalítica no opera al modo de especialidad médica.

A continuación, a la altura del tercer apartado, “Las resistencias”, se analizarán las resistencias de lxs usuarixs de drogas que realizan tratamiento y de sus vínculos socio afectivos, tomando como disparador la concepción de resistencia del *Seminario 1 “Los escritos técnicos de Freud”* de Jacques Lacan (2007): “Todo lo que destruye / suspende / altera la continuación del trabajo; todo aquello que destruye el progreso de la labor analítica es una resistencia” (p. 59). Se considerará la identidad coagulada e inmodificable de los sujetos al nombrarse como adictxs al modo de una resistencia. Asimismo, se profundizará en el recurso terapéutico de la internación como expresión resistencial, inspirada en el modelo asilar-manicomial, dando cuenta de la notoria distancia entre el mismo y la vigente Ley Nacional de Salud Mental. Hablar de internación hará necesario hablar de externaciones e institucionalizaciones. Por último, se pensará el “estigma del delincuente”, ilustrándolo por vía de la categoría de populismo penal de Sozzo (2012) y de criminología mediática de Zaffaroni (2012).

Para finalizar, se retomarán los desarrollos de Jacques Lacan en su *Seminario 2: “Resistencia hay una sola: la resistencia del analista”* (Lacan, 1986, p. 341). dando lugar al cuarto y último apartado “La resistencia del analista”, en el cual, tal como su nombre lo indica, se buscará pesquisar las resistencias de lxs analistas, explicitando cómo pensar el síntoma en lo social y en el psicoanálisis; así como también la necesaria revisión de los conceptos teóricos, en particular de la demanda. Esto permitirá pensar en el resguardo de subjetividad de lxs usuarixs, ligado a la institución de la ternura. Todo esto será enmarcado en los efectos de la cultura de la mortificación, categoría forjada por Fernando Ulloa (1995), que servirá de herramienta teórica para comprender y argumentar las resistencias de lxs analistas.

Además, resulta pertinente para introducir esta problemática la revisión de antecedentes. Staude (2007) menciona en su trabajo que tanto el analista como el adicto complotan como resistencias, obstaculizando la clínica, actuando en la pasión por la ignorancia respecto del saber inconsciente. Es necesario aquí destacar que, en el presente trabajo, a diferencia del de Staude, se utilizarán los términos de consumo problemático y de usuarixs de drogas; no de adicción ni de adictx.

Al igual que Staude, María Paula Paragis y Juan Jorge Michel Fariña (2023) sostienen que la clínica de las adicciones es un desafío particular, ya que se ofrece un espacio para la palabra, cuando lxs pacientes sostienen certeza de goce en la sustancia. El objetivo de su trabajo consiste en vislumbrar las implicancias en la escena analítica de la aparición de resistencias que suelen detener el despliegue del saber inconsciente, estableciendo consideraciones sobre la intervención del analista en estos casos, haciendo énfasis en cómo estas maniobras analíticas le ofrecen al sujeto nuevos modos de relación con la pulsión.

La pertinencia de este ensayo para el campo de la psicología, y particularmente

del psicoanálisis, consiste en analizar aquellas resistencias que provienen y reproducen representaciones coaguladas y tabúes del paradigma abstencionista/prohibicionista, que mantienen una noción moral y binaria para el modo de resolver la problemática de consumo: consumo sí o consumo no. A contraposición, los tratamientos psicoanalíticos bajo el paradigma de reducción de riesgos y daños permitirán pensar lo múltiple: no existe la droga, existen las drogas, distintos modos de consumir, distintos modos de relacionarse

6

con las sustancias, distintas problemáticas, modos de vivir, y por ende, distintos recorridos singulares.

7

Desarrollo

Paradigmas en tensión

Modelo histórico de respuestas

El consumo problemático aparece como un dilema emergente y recurrente en la sociedad argentina. Si bien el consumo de sustancias psicoactivas existe desde el comienzo de la humanidad, se puede situar la novedad respecto de la difusión y debate cuando el consumo se vuelve problemático; así como también sobre las distintas respuestas que brindan los discursos de saber.

La respuesta dominante y hegemónica de abordaje del consumo problemático es aquella que surge de la alianza entre el discurso médico y el discurso jurídico. Para dar cuenta de esta histórica alianza debemos remontarnos a principios del siglo XIX, en donde la psiquiatría se encargaba de brindar respuestas a los interrogantes que se le planteaban al saber médico: la locura y las exigencias de disciplinamiento de la sociedad industrial (Capurro, 2008).

Foucault (1996) sostiene que esta conjunción se debe a dos necesidades: por un lado, el funcionamiento de la medicina como higiene pública; y por el otro, el funcionamiento de la punición legal como técnica de transformación individual. Estas dos exigencias están sustentadas en la transformación del mecanismo de poder, el cual desde el siglo XVIII persigue el objetivo de controlar el cuerpo social.

El crimen monstruoso, a la vez contra natura y sin razón, es la forma bajo la cual concurren la demostración médica de que la locura es en último término siempre peligrosa y la impotencia judicial para determinar la punición de un crimen sin haber determinado los motivos del mismo (Foucault, 1996, p. 110).

Resulta pertinente retomar los postulados de Edith Benedetti (2015), quien esboza los lineamientos que estos discursos sostienen a la hora de pensar el consumo problemático.

Por un lado, el modelo ético-jurídico surge hace más de cien años. El eje de este modelo está puesto en la sustancia psicoactiva, siendo esta la causa de todos los males tanto individuales como sociales. El criterio de legalidad de las sustancias es su eje orientador: hay sustancias lícitas e ilícitas. Las segundas son las que constituyen el "problema droga". En efecto, este modelo es punitivista: el consumidor de drogas ilícitas es quien viola y transgrede la ley. Se trata, así, de valoraciones morales de las conductas humanas que distinguen entre lo correcto e incorrecto (Benedetti, 2015).

En nuestro país, la actual ley de drogas N° 23.737 de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes, sancionada en 1989, criminaliza la conducta de tenencia de sustancias psicoactivas. El artículo 14 postula penas para los sujetos que tengan en su poder estupefacientes, y penas inferiores, en el caso de constatar que por la escasa cantidad

fuese para consumo personal, con posibilidades de desviar el proceso hacia “medidas de seguridad” curativas o educativas.

Por otro lado, el modelo médico sanitario, también denominado modelo médico hegemónico, sostiene una lectura de las adicciones en clave de enfermedad; y por ende, aquella persona que consume drogas como enfermx. En concordancia con el modelo ético jurídico, el eje y el problema está puesto en la sustancia, teniendo en cuenta su toxicidad y potencial adictivo, es decir, sus efectos clínicos. En este sentido, la distinción entre sustancias lícitas e ilícitas no resulta relevante para este modelo (Benedetti, 2015).

La fusión de estos modelos da lugar a la estrategia de abordaje abstencionista prohibicionista de las adicciones, la cual pone énfasis en el objeto droga como causa del consumo, siendo la abstinencia condición para el inicio de los tratamientos.

Esta estrategia de abordaje es principalmente llevada a cabo en instituciones a puertas cerradas, característica reconocida propia de las comunidades terapéuticas. “Esta estrategia de abordaje se lleva a cabo en comunidades cerradas que cuentan con reglas y

8

normas establecidas, las cuales, de ser transgredidas, implican una sanción” (Benedetti, 2015, p.29).

Las estrategias preventivas de este modelo son las campañas publicitarias que comunican los daños producidos por el uso de sustancias psicoactivas, sosteniendo el flagelo de la droga: la droga como mal, como falla moral, como ilegal.

De este modo, se visibiliza que la estrategia abstencionista-prohibicionista se relaciona con el control, reproduciendo los objetivos del comienzo de la alianza médico jurídica mencionada anteriormente. Sostiene que la sustracción del objeto implica su control, de lo que se deriva en una estrategia para la mejoría de la persona. Así, el abordaje condiciona a la persona al logro de la abstinencia, tomada como concepto homologable a “la cura”. Aquellas situaciones de consumo durante el tratamiento son denominadas “recaídas” (Benedetti, 2015). “Una recaída implica pensar linealmente el consumo problemático como una enfermedad. En esta misma lógica, si la cura es la abstinencia, entonces si el paciente vuelve a consumir, vuelve a enfermarse” (Benedetti, 2015, p.31).

Nuevas respuestas

Ahora bien, el paradigma de reducción de riesgos y daños nos permite pensar otras respuestas ante la problemática. Este modelo de abordaje es una respuesta social y sanitaria que comienza sus debates en Argentina a partir de la tardía respuesta estatal en la década del 80 frente a la problemática de la transmisión del VIH/sida para usuarios de drogas inyectables.

Se puede pensar que este modelo se encuentra en correspondencia con la concepción de salud que plantea Ferrara (1985), entendiendo a la salud como dinámica, no estática, como un proceso incesante de la sociedad. Es decir, el proceso salud enfermedad posee características y determinantes históricos, sociales y culturales. “No es el conflicto lo que define lo patológico, sino que es el bloqueo de los conflictos y la imposibilidad de resolver ese conflicto físico, mental o social, lo que certifica la idea de enfermedad” (Ferrara, 1985, p.10).

Este paradigma sostiene que dejar de consumir no es condición para iniciar un tratamiento. Por el contrario, sostiene la disminución de los riesgos tanto de salud, sociales y legales que puedan estar vinculados con el consumo.

La concepción que este paradigma sostiene respecto del sujeto hace hincapié en él como activo y responsable de sus prácticas. Sostiene que debe tener participación en su propio tratamiento, el cual debe ser accesible a la sociedad, es decir, tiene que poder llegar a esa persona (Benedetti, 2015).

Respecto de la prevención, la reducción de riesgos y daños no sostiene como lema una lucha frente a la droga. Permite pensar la noción de prevención inespecífica, que va más allá de la supresión del consumo. “Se debe tomar también la idea de prevención en tanto promoción: (...) de construcción de proyecto vital, entramado contextual y textualmente” (Benedetti, 2015, p.34).

9

La especificidad del psicoanálisis

En función de lo dicho en el apartado anterior, puede pensarse la construcción de un proyecto vital propio del paradigma de reducción de riesgos y daños en términos psicoanalíticos al modo de restitución del pasado. El trabajo psicoanalítico sostiene estudiar los casos en su singularidad, lo cual significa que “la dimensión propia del análisis es la reintegración por parte del sujeto de su historia hasta sus últimos límites sensibles, es decir, hasta una dimensión que supera ampliamente los límites individuales” (Lacan, 1986, p.26).

Ya se han elucidado las respuestas que brindan los discursos de saber, lo que nos conduce a pensar en la relación posible entre el consumo problemático y la praxis psicoanalítica. Esta problemática hace surgir interrogantes acerca de la especialidad en adicciones dentro del campo laboral de la psicología. La especialidad es una concepción propia de las ciencias médicas, en las cuales cada profesional se especializa en una parte anatómica específica del cuerpo, el cual es dividido para un estudio más preciso y profundo del mismo.

Sin embargo, es pertinente pensar que no es posible extrapolar dicho término al campo del psicoanálisis. No existe tal especialidad, ya que en la praxis psicoanalítica se trabaja con la vida y el sufrimiento psíquico de lxs analizantxs.

Allouch (1993), al hablar sobre la especificidad epistémica del psicoanálisis, menciona que el psicoanálisis nunca ha gozado de los “tiempos de ciencia normal” kuhnianos, en tanto nunca ha cesado de interrogarse sobre su estatus como saber. La tesis de Allouch consiste en pensar el psicoanálisis en clave anti-epistemológica.

Esto conduce a pensar que la praxis psicoanalítica procede al modo de ruptura epistemológica con campos médicos que definen patologías, comenta Le Poulichet (2019). “Entonces, en la cura analítica no nos relacionamos tanto con el producto tóxico cuanto con la puesta en escena imaginaria de sus efectos en el campo de la transferencia” (Le Poulichet, 2019, p. 165).

De este modo, las clasificaciones cualitativas que podemos suponer a un sujeto que realiza tratamiento psicoanalítico no definen el modo de abordaje en especialidades. Lo que sí se puede sostener es la *especificidad* de la praxis psicoanalítica.

En esta línea, es pertinente mencionar que los desarrollos de Sylvie Le Poulichet (2019), quien acuñó el término “operación del farmakon”, son los más renombrados a la hora de pensar en la clínica psicoanalítica del consumo problemático, ya que fue la primer autora en hablar sobre una clínica de las toxicomanías. Vale aclarar que es un texto que data de 1990, por lo cual el modo de nombrar a lxs usuarios que poseen una relación problemática con la sustancia es el de “toxicómanos”, modo que no se sostiene en el presente ensayo, entendiendo que no es ingenuo el modo de nombrar sujetos.

La operación del montaje del farmakon es una “fórmula” que designa la especificidad del acto de consumo, el cual genera una autoconservación paradójica: una protección de solución frente a amenazas, frente a todo aquello que cobraría valor de falta, que generaría en el sujeto una devastación psíquica mayor. Es decir, el consumo aparecería como una autoconservación narcisista que protege del dolor, prestando alucinatoriamente un cuerpo, un borde; al estilo de formación transitoria que compite con otras elaboraciones psíquicas (Le Poulichet, 2019).

Si en la operación del farmakon el sujeto permanece fijado en una forma de

homeostasis, es porque no puede elaborar su deseo en una dimensión otra, donde la dialéctica de la falta, de la demanda y del deseo estuviera banalizada por una interdicción que le diera su lugar de sujeto (Le Poulichet, 2019, p.128). En este sentido, la operación del farmakon es económica y no estructural (Migdalek, 2008).

En definitiva, podemos sostener que si seguimos suponiendo un lugar de experticia y especialidad de lxs profesionales y seguimos colocando el eje en la sustancia, no podremos escuchar al sujeto del inconsciente que hay allí. Debemos pensar que no hay intervenciones totalizadoras, hay intervenciones específicas para cada sujeto en un determinado contexto socio-histórico.

10

Lxs analistas deben despegarse de prejuicios y apuntar a la causa inconsciente, la cual consiste en ubicar la función singular que el objeto droga le proporciona a cada sujeto en particular. Para ello, se debe apuntar a la producción de una “operación singular” en la dirección de la cura (Farji Turba, 2018). En el psicoanálisis, a diferencia del especialista, el saber está del lado del analizante. Esto lleva a cuestionar la exigencia con la que se encuentran lxs analistas a los cuales se les supone un saber. Kameniecki (2018) retoma los postulados freudianos los cuales sostienen que tenemos que olvidarnos de la teoría ante cada nuevo caso, algo no fácil de realizar ya que tenemos la tendencia de encuadrar los casos en la teoría. “Freud insistía en tomar cada nuevo caso como si fuera el primero. Esto vale también para los consumos problemáticos” (Kameniecki, 2018, p. 82).

11

Las resistencias

En esta decisión reconoceremos el lugar donde cada uno de nosotros es llamado a oponer resistencia; se crearán entonces espacios de libertad que pueden abrir horizontes hasta el momento inesperados. Ernesto Sábató, “La resistencia”

Para profundizar en las resistencias, la problemática que el presente ensayo propone desarrollar, se tomará como disparador la noción de resistencia lacaniana: “todo lo que altera/suspende/destruye el proceso del trabajo” (Lacan, 2017, p.19) a la altura de su *Seminario 1 “Los escritos Técnicos de Freud”*.

A continuación, se elucidarán resistencias de lxs usuarixs de drogas que realizan tratamiento psicoanalítico y de sus referencias socio-afectivas, ya sea dicho tratamiento bajo modalidad individual o grupal, realizado en la perspectiva del paradigma de reducción de riesgos y daños. El presente ensayo sostiene como premisa que estas resistencias provienen de la difusión y coagulación del discurso prohibicionista/abstencionista. Es decir, las representaciones sociales que circulan en la actualidad en la sociedad argentina dan cuenta de tabúes y estereotipos propios del paradigma médico hegemónico, un conjunto de prácticas, teorías y saberes que sostiene cierto poder sobre otros.

Sin embargo, resulta apropiado aclarar que la caducidad del paradigma prohibicionista/abstencionista no conduciría inexorablemente a que desaparezcan las resistencias en los tratamientos psicoanalíticos. La noción de resistencia en psicoanálisis es central e implica dos vertientes: Freud la sostiene como obstáculo y como motor a la vez, y Lacan liga esta concepción a la noción de apertura y cierre del inconsciente. Al decir de Leibson (2012) la resistencia es un referente clínico por excelencia; lo que se presenta como un obstáculo que debe ser superado, se convierte así en un elemento decisivo para la práctica.

Cohen y Natella (1995), al hablar sobre el proceso de desmanicomización de Rio

Negro, mencionan que una tarea humana que busca innovar, que pretende modificar criterios establecidos, reformular conceptos arraigados por años, que propone nuevas respuestas para resolver los problemas, deberá enfrentarse a una gran cantidad de dificultades. “De allí que el obstáculo central que debe salvarse en la tarea cotidiana es la resistencia de ese imaginario a ser modificado. Una resistencia se da en todos los niveles” (Cohen y Natella, 1995, p.27).

En primer lugar, se puede pensar que el modo de presentación de lxs usuarixs al decir de “soy adictx, soy enfermxx” como una identidad coagulada, crónica e inmodificable implica una resistencia. Resulta claramente evidente que estas maneras de pensar al sujeto son efectos del paradigma prohibicionista/abstencionista.

Lacan en su *Seminario 24* plantea que “la identificación es lo que se cristaliza en una identidad” (Lacan, 1976/1977, p.2). En palabras de Carballada (2008), los lazos sociales son elementos necesarios para la construcción de procesos de subjetivación e identificación. “Los lazos sociales construyen al sujeto desde la existencia de un otro, al que le otorgan identidad y lo introducen dentro de la cultura” (p. 95). Por consiguiente, estas identidades coaguladas funcionan al modo de etiquetas, rótulos sociales. Incluso, muchas veces sucede que la persona sigue identificándose como adictx años después de haber finalizado el uso problemático de la sustancia. Esto apunta contra la idea de pensar el consumo problemático en clave de situación, es decir, en un momento y en un tiempo determinado, una situación en la trayectoria de la vida del sujeto.

En esta línea, la praxis psicoanalítica intentará romper con esta cristalización, problematizar el discurso chicle, conmover esta identificación para permitir poner en palabras la relación problemática con la sustancia; que lugar viene a ocupar la sustancia en la vida del sujeto. Esto llevará necesariamente a que el sujeto hable de la relación con sus Otros significantes.

12

Comenzar el trabajo clínico, supone entonces, interrogar el montaje narcisista que lo representa, reabriendo las preguntas por las causas. La escucha del analista, intentará situar el lugar que el tóxico ocupa en su discurso, revelando la función del goce, en la economía libidinal de cada paciente (Giunipero, 1997, p. 112).

De este modo, el tratamiento psicoanalítico permitiría deconstruir la subjetividad instituida, al decir de Lewkowickz (2002), para dar lugar a la subjetivación. Se entiende por subjetividad instituida al tipo de ser humano que resulta de las prácticas discursivas propias de una situación. Por el contrario, la subjetivación refiere a los procesos por los cuales se va más allá de la subjetividad instituida. De este modo, a partir de un plus producido por la institución misma, se organiza un recorrido más allá de las condiciones. Es decir que, a partir de haber instituido un tipo de humanidad específica, se permite la producción de algo más. Ese algo más permite criticar o desarticular, destotalizar ese tipo de humanidad específica que se ha instituido en esa situación (Lewkowicz, 2002).

En segundo lugar, se puede mencionar la resistencia que aparece en lxs usuarixs de drogas bajo tratamiento, más recurrente en sus vínculos socio-afectivos, ligada a la noción de la internación como única modalidad para resolver la problemática. Se continúa sosteniendo que el aislamiento, retirando al sujeto del ambiente en donde transita su vida cotidiana, permitiría “la cura”. Esto, sin lugar a dudas, continúa replicando el modelo asilar manicomial, el cual en la modernidad surge para dar respuesta a la problemática de la locura, en la cual en nombre de la “cura científica” se permitían procesos radicales de destitución subjetiva (Stolkiner, 2021).

Corda (2014) menciona que, según el Estudio Nacional de Pacientes en Centros de Tratamiento realizado en 2010, “más de las tres cuartas partes de los pacientes se atendían en centros especializados y en comunidades terapéuticas” (p.39). Estas modalidades de tratamientos suelen ser dogmáticos y ritualizados, más aún si son

llevados a cabo por entidades religiosas o son parte del accionar de la iglesia. “Se trata de abordajes basados en creencias fundamentalmente morales con escaso a nulo rigor científico” (Peyraube, 2018, p. 63).

El modelo de aislamiento comenzó a ser cuestionado a mediados del siglo XX, cuando nacen las políticas de salud mental en los países centrales, las cuales coincidían en terminar con las internaciones prolongadas e indefinidas, para abordar las problemáticas de manera ambulatoria, desde perspectivas comunitarias (Stolkiner, 2021).

Esta línea de pensamiento se visibiliza en nuestro país en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en 2010, la cual sostiene que los consumos problemáticos deben ser tratados como parte integrante de las políticas de salud mental. La misma produjo un desplazamiento desde lo punitivo hacia lo sanitario, proponiendo nuevas formas de abordajes respecto de problemáticas en salud mental. Esta ley invita a las instituciones a revisar y cuestionar sus prácticas, partiendo de que lxs usuarixs son sujetos de derechos.

De esta manera, con el objetivo de lograr el mayor bienestar y autonomía del sujeto, se considera la internación como un recurso terapéutico que solo debe llevarse a cabo cuando se considere que aportaría mayores beneficios terapéuticos que las demás intervenciones posibles realizadas en el entorno social; así como también se sostiene que la internación debe ser lo más breve posible. Asimismo, la categoría de internación involuntaria se piensa como recurso terapéutico excepcional en caso que se hayan agotado todas las posibilidades de abordajes ambulatorios, y sólo podrá efectuarse a partir del criterio de un equipo de salud, el cual lea situaciones de riesgos cierto e inminente para sí o para terceros (Ley Nacional de Salud Mental, 26657/10).

La ley sostiene que para lograr el bienestar y autonomía ya no se puede pensar en un tratamiento en el interior de una institución psiquiátrica, impregnada por la lógica manicomial donde los sujetos permanecen internados durante tiempos indefinidos, ocupando un lugar pasivo y sujeto a la medicalización. Por el contrario, propone un abordaje comunitario, alejarse de lo puramente asistencial y lograr, a través de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, que lxs usuarixs puedan habitar su comunidad, puedan resignificar su vínculo con ella.

13

Esto conlleva a pensar también la problemática de las externaciones. Resulta difícil pensar el sentido del recurso terapéutico de la internación sin modalidades de abordaje terapéutico ambulatorio que continúen tras ella, con lógicas interdisciplinarias en red. Planificar externaciones con apoyo de equipos de referencia, con la participación de dispositivos de acompañamiento terapéutico, es una deuda para lxs usuarixs de drogas que realizan tratamientos hoy en día. Respecto a esto, es oportuno aclarar que la práctica del acompañamiento terapéutico, casi la única posible salida laboral para lxs estudiantes de Psicología, en la ciudad de Rosario no se encuentra regulada, ni la formación ni el ejercicio. La precarización de este trabajo es creciente y preocupante.

La mencionada resistencia que sostiene a la internación como “cura” conlleva a una institucionalización recurrente de lxs usuarixs. En tanto estos tratamientos toman la ausencia de consumo como sinónimo de cura, la abstinencia se convierte en el objetivo del tratamiento, y ante “recaídas”, los sujetos abandonan el mismo.

Además, la frecuente institucionalización se encuentra ligada a la ausencia del Estado para el control de todas las instituciones que trabajan con consumos problemáticos. Es necesario repensar críticamente el rol del Estado como regulador de las prácticas en salud mental. Faraone y Barcala (2020), en su análisis a diez años de la Ley Nacional de Salud Mental postulan que

En el informe anual 2019 se plantea que en las políticas y la asistencia a la problemática del consumo de drogas, el Estado está ausente y delega la atención

en el subsector privado, no controlando sus prácticas, y aparece esporádicamente cuando salen a la luz graves vulneraciones de derechos acontecidas en esos lugares (Faraone y Barcala, 2020, p. 124).

En tercer y por último lugar, el prohibicionismo/abstencionismo ha generado el estereotipo y el estigma social de que lxs consumidor de drogas ilegales es un delincuente. Esto genera resistencias a la hora de pensar la accesibilidad a los tratamientos de estos sujetos, los cuales muchas veces conciben que serán penalizados y juzgados por su consumo, en lugar de ser atendidos por su problemática de salud.

La respuesta del modelo médico hegemónico, abordaje en salud propio del prohibicionismo, tiende a limitar la posibilidad de ver al sujeto más allá de su condición de paciente y de "enfermo". Quienes padecen esta estigmatización pertenecen mayoritariamente a grupos vulnerados y en situación de pobreza, habituados a sufrir la violencia de las instituciones del Estado (Del Do, 2018, p.32).

Al respecto, es necesario repensar el rol que tienen los medios masivos de comunicación para con esta resistencia. Este fenómeno se puede pensar como populismo penal, al decir de Sozzo (2012), o como criminología mediática, al decir de Zaffaroni (2012). Este discurso crea una falsa realidad, promoviendo noticias dramáticas y sensacionalistas que generan una disociación del mundo, dividido entre decentes y criminales, siendo estxs últimxs marginalizadxs, estigmatizadxs, contribuyendo a la creación del estereotipo del sujeto que consume drogas como "peligrosx" y "delincuente".

Cabe mencionar que, para Zaffaroni (2011), este fenómeno responde a intereses económicos de empresas ligadas a los medios de comunicación, construyendo así una realidad sesgada por los intereses de poder, la cual configura las actitudes y el modo de pensar de la mayoría de las sociedades contemporáneas. La criminología mediática "responde a una creación de la realidad a través de la información, subinformación y desinformación mediática en convergencia con prejuicios y creencias, que se basa en una etiología criminal simplista asentada en una causalidad mágica" (Zaffaroni, 2011, p. 365).

En algunos contextos se han visto experiencias más dramáticas en donde actores de medios de comunicación no sólo han producido estos mensajes sobre criminalidad, sino que han producido mensajes acerca de lo que se debe hacer

14

explícitamente, apoyando medidas que buscan incrementar la punitividad. Ciertamente los medios de comunicación cumplen un rol fundamental, pero no son el único actor que está en juego, y tampoco son los actores que toman decisiones. Quienes las toman son los actores que participan en el mundo de la política y de la autoridad estatal (Sozzo, p. 122).

No es en vano mencionar que en la actualidad es reiterada la difusión de noticias sensacionalistas en los medios de comunicación respecto de prácticas que vulneran los derechos de lxs usuarixs en las comunidades terapéuticas. La reiteración de estas noticias surge por la incorrecta aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y por la falsa "Guerra contra las drogas", que intenta eliminar la circulación de sustancias, desde un paradigma abstencionista/prohibicionista. Estas fallas conllevan a gran demanda social de espacios de tratamiento, siendo los discursos de las referencias socio-afectivas de lxs usuarixs de drogas bajo tratamiento condicionados por la opinión pública abstencionista que circula.

15

La resistencia del analista

Ahora bien, revisadas en el apartado anterior las resistencias de lxs usuarixs de drogas que realizan tratamiento psicoanalítico de consumo problemático, resulta pertinente traer como disparador para el presente apartado la célebre frase lacaniana a la altura del *Seminario 2*: “resistencia hay una sola, resistencia del analista” (Lacan, 1986, p. 341). Lacan considera que el analista, cuando no comprende lo que tiene delante, se resiste. Esto conduce a pensar el lugar del profesional analista que trabaja psicoanalíticamente con usuarixs de consumo problemático.

Farji Turba (2018) menciona que lxs analistas que trabajan con esta problemática deben desprenderse de prejuicios, dejar de lado las significaciones, ya que sino corren el riesgo de correrse del Discurso del analista y pasar a encarnar el Ideal social, avalando su síntoma social. El síntoma en lo social se expresa como tropiezo con las normas y leyes.

De este modo, lx analista que trabaja desde un enfoque de reducción de riesgos y daños debe evitar constituirse en representante de instituciones sociales que sancionan el uso de drogas al modo de una enfermedad, un delito, una desviación (Del Carlo, 2020). “Al no ocupar el psicólogo el lugar de representante de ese ideal a seguir se abre la posibilidad de trabajar con el paciente en relación a su propio deseo” (Del Carlo, 2020, p. 8).

En este punto, es pertinente mencionar la diferencia entre el síntoma social y que implica el síntoma para el sujeto en psicoanálisis:

Para que un síntoma sea abordable desde el psicoanálisis tiene que ser un síntoma para el sujeto. Debe haber algo que llamamos “demanda” -que no es solamente pedir ayuda- y que se establezca lo que llamamos transferencia. Es decir tiene que haber tres cosas: síntoma, demanda y transferencia. Habitualmente al inicio de las consultas esto no existe (Kameniecki, 2018, p. 79).

En consecuencia, es necesaria una revisión del clásico concepto psicoanalítico de demanda, el cual no suele forjarse de igual modo en esta problemática. Esto se encuentra relacionado con la banalización de la demanda producto de una interdicción, mencionado en el segundo apartado. Que la demanda no se presente en su modo tradicional, puede operar como resistencia para lxs analistas, ya que conciben que si no hay demanda, nada puede hacer el psicoanálisis. Giunipero (1997) menciona que solo en la medida en que lxs psicoanalistas vuelvan a trabajar la inteligencia de los conceptos fundamentales del psicoanálisis, en su fundamento metapsicológico, lograrán no sostener las representaciones sociales propias de lo imaginario que ofrecen resistencia a las producciones discursivas.

Por ende, esta problemática lleva a pensar en la necesidad de lograr la constitución de la demanda. En los primeros encuentros con lx analista, es necesario tiempo y espera para que el sujeto pueda problematizar su consumo, pueda dilucidar su síntoma. Kameniecki (2018) menciona que para lograr que la demanda se constituya es necesario que lx consultante sienta, imagine, suponga que hay interés por parte del analista. En este punto, menciona que es necesario ofrecerle al otro un lugar, en tanto lugar que falta, en tanto hueco para ofrecer. Allí el autor cuestiona que esto sería imposible si se continúa sosteniendo la clásica lógica de abstinencia psicoanalítica de quedarse callado, al modo de un robot silencioso. Barrionuevo (1997) menciona que el inmovilismo o el infundado mutismo suele ser una versión poco creativa de la escucha psicoanalítica. Podría pensarse que romper con el mandamiento de la abstinencia, propio del paradigma prohibicionista/abstencionista, es un compromiso que también debe asumir el analista para su propia praxis.

Esta necesaria revisión del concepto de demanda cuestiona el rol del analista al

modo en que se lo piensa clásicamente desde la formación como “profesional isla”, el cual resulta fuertemente elitista. “El fuerte imaginario en torno a la diferencia esencial de los psicoanalistas construido sobre el psicoanálisis-isla se basa (...) sobre la idea de ‘superioridad’: no solo la práctica psicoanalítica es radicalmente ‘otra cosa’, sino que ‘esa

16

otra cosa’ es sin dudas ‘superior’” (Del Carlo, 2020, p. 3). La revisión constante de los conceptos es clave para correrse de dichos ideales de superioridad, y en consecuencia, repensar las resistencias que emergen de lxs analistas, las cuales pueden entorpecer, suspender, hasta destruir el tratamiento.

Por esto, es necesario “despejar la dimensión narcisista” (Del Do, 2018, p. 33) del analista. Para el tratamiento de usuarixs de consumo problemático, es necesario que los estigmas, representaciones y estereotipos sociales queden fuera de los consultorios e instituciones. Esto implica no dar nada por sobreentendido o pre-entendido de lo que lxs usuarixs trae.

El tema es si nosotros estamos dispuestos a dar lugar a lo diferente, no a lo mismo, si estamos en una posición de dar lugar a lo distinto. Pasa en muchas instituciones que la posición del profesional es con encuadres rígidos en relación a la asistencia, por ejemplo “si usted no viene la próxima entrevista se interrumpe el tratamiento”, intervenciones burocráticas más que de orden clínico. (...) Hay que recibirlo (...) porque es una apuesta a que uno lo aloja sin recriminarle, pero si hacerle saber que uno lo esperaba, que se interesa por lo que le pasó, que faltó (nos hizo falta)” (Kameniecki, 2018, p. 81).

A raíz de esto, la operación del analista será la de permitir que el sujeto piense o haga con fallas, para que pueda instalarse algo en lo tocante al deseo del sujeto. Suele ocurrir que estxs usuarixs se ven tomados por la compulsividad del consumo en la dimensión del acto, con recurrentes modos de actuar que lleva a desánimos y confusiones del saber hacer del analista. Por esto, Del Do (2018) menciona que el horizonte ético de la praxis debe ser el resguardo de la subjetividad, no los acatamientos automáticos de la moral de la época o de los campos normativos. La responsabilidad profesional debe tener en cuenta el campo normativo, ligado a la concepción del sujeto como sujeto de derechos, pero también en la dimensión del sufrimiento psíquico del sujeto.

El resguardo de la subjetividad del usuarixs de drogas que realiza tratamiento puede enlazarse con la necesidad de la institución de ternura de Fernando Ulloa. Este autor brinda conceptos muy interesantes para pensar las resistencias de lxs analistas, en tanto sostiene que vivimos en una cultura de la mortificación, la cual impide sostener el significado de la cultura. “Le asigno al término ‘mortificación’, más que el obvio valor que lo liga a morir, el de mortecino, por falta de fuerza, apagado, sin viveza, en relación con un cuerpo agobiado” (Ulloa, 1995, p. 239).

La cultura de la mortificación es el reverso de la institución de ternura, la cual el autor define como motor primero de la cultura, necesario para que un sujeto, nacido como cachorro animal con escasas herramientas intuitivas, devenga en humano pulsional, devenga en un sujeto ético (Ulloa, 1995).

Por esto, es necesario pensar la ternura como gesto transmisor, como “abrigo frente a los rigores de la intemperie” (Ulloa, 1995, p. 241) dentro de los tratamientos psicoanalíticos de consumo problemático. “De ‘buen trato’ proviene ‘tratamiento’, en el sentido de ‘cura’; y esto, por contraste, nos lleva a entender más la mortificación, sobre todo cuando nos enfrentamos con una de sus formas terminales, que es paradigma de maltrato y máxima patología de los tratamientos” (Ulloa, 1995, p. 241).

Ulloa menciona que la cultura de mortificación conduce a que desaparezca el

accionar crítico y autocrítico, algo necesario para el rol de lxs profesionales que trabajan esta emergente problemática. En su lugar, aparece un cansancio sostenido y quejas que nunca llegan a ser protestas, definiendo el autor este estado como el Síndrome De Violentación Institucional. Este Síndrome genera que lxs operadorxs institucionales pierden singularidad funcional, quedando degradados a funcionarixs sintomaticxs, lo cual permitiría pensar el por qué de las resistencias en juego (Ulloa, 1995).

Debido a que el sentido del trabajo pierde funcionalidad vocacional, se pierde la eficacia responsable y la habilidad creativa, lo cual desencadena en desinterés por lo propio, y por ende, de lxs otrxs (Ulloa, 1995). Esto atenta directamente contra la idea

17

mencionada anteriormente respecto a que lx consultante sienta, piense, imagine que hay interés por parte del analista.

Para concluir, el presente apartado abre más preguntas que las que responde. ¿Cómo pensamos la subjetividad y el deseo del analista que lleva a cabo tratamientos de consumo problemático? ¿Cómo entendemos las demandas sociales y las demandas psicoanalíticas? ¿Cómo desentramar y deconstruir representaciones naturalizadas propias del paradigma prohibicionista/abstencionista en lxs analistas? ¿Cómo logramos alojar con ternura a sujetos arrasados, estigmatizados y marginalizados en la cultura de la mortificación? Resulta necesario poner en tensión la praxis, correrse de lugares de experticia, especialización y superioridad, para no continuar des-subjetivizando a lxs usarixs que realizan tratamiento.

18

Conclusiones

El presente Trabajo Integrador Final demostró la existencia de algunas de las resistencias que emergen en los tratamientos psicoanalíticos bajo el paradigma de reducción de riesgos y daños por parte de lxs usarixs de drogas que realizan el tratamiento; de sus familias o referentes socio-afectivos; y de lxs analistas, las cuales reproducen las representaciones ligadas al modelo de intervención abstencionista/prohibicionista.

Resultó necesario aclarar que la caducidad de dicho paradigma no conduciría inexorablemente a que desaparezcan las resistencias en los tratamientos psicoanalíticos, entendiendo que la noción de resistencia opera como obstáculo y como motor a la vez. Es decir, una vez que el paradigma prohibicionista/abstencionista caduque, de igual modo surgirán resistencias en el transcurso del trabajo psicoanalítico.

Sin embargo, se sostiene que el reconocimiento y revisión por parte de la sociedad de discursos coagulados y naturalizados, llevaría a reducir estigmas y estereotipos que atentan contra lxs usarixs en tanto sujetos de derechos. En otras palabras, la actual vigencia del paradigma prohibicionista/abstencionista conlleva a la reproducción de resistencias, lo cual conduce a mayor grado de deserción e interrupción de los tratamientos.

Por esto, la revisión de estas resistencias desencadenaría en procesos más cuidados, cumpliendo con la correcta aplicación de los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, siempre sosteniendo el resguardo subjetivo de lxs usarixs de drogas que realizan tratamiento psicoanalítico.

Resulta necesario entonces problematizar los discursos cliché de todxs lxs agentes intervinientes, lo cual permite deconstruir la noción de consumo ligado a cuestiones morales: "La no obligatoriedad de la abstinencia está fundamentada en una posición ética" (Del Carlo, 2020, p.8). En esta línea, ahondar en las resistencias del analista permite pensar en intervenciones éticas. Si se continúa suponiendo lugares de

experticia, de especialidad y de superioridad de lxs psicologxs que trabajan esta problemática, no se podrá escuchar a lxs sujetos del inconciente quw hay allí.

Ahora bien ¿Qué entendemos por ética y por moral? Para esto es pertinente recuperar los desarrollos de Ignacio Cárcamo (2019) sobre cómo pensar problemáticamente estos conceptos.

Retomando a Deleuze, el cual cita a Spinoza, filósofo holandés del s. XVII, se podría pensar a la ética en relación a la ontología, ciencia práctica de las maneras del ser. La ética entonces sería un estudio de las maneras del ser. La pregunta que operaría para la ética sería ¿Qué puedo en función de mi potencia? Nadie sabe lo que puede un cuerpo. La potencia no entendida en términos aristotélicos, como posibilidad de ser, sino la potencia ligada a lo que se tiene, no con lo que se quiere. Por supuesto, en conexión con lxs otrxs. Refiere al ser en tanto sujeto de derechos, pensando en que conexiones es capaz.

A diferencia de la ética, la moral refiere a ¿Qué debo en función de mi esencia? Pensar un abordaje desde la moral implicaría pensar en lo que se debe según los valores. Por supuesto, en la actualidad, valores hegemónicos: blancos, heterosexuales, cristianos.

De esta manera, un abordaje ético de psicologxs que tratan usuarixs de consumo problemático va a permitir pensar en las múltiples modalidades de consumo, los múltiples problemas y efectos, y por ende, las múltiples formas singulares de restitución de la historia. Sin embargo, si lxs psicologxs continúan sosteniendo abordajes moralistas, no podrá darse lugar a deconstruir lo construido hasta el momento.

Por esto, es fundamental la posición crítica, política y situada de lxs psicologxs a la hora de pensar su accionar práctico. Vale aclarar que esto compromete a lxs profesionales de todas las disciplinas que trabajan con la problemática. Ulloa (1995) sostiene que son los responsables de la salud quienes deben sostener la autogestión correctora de su propio quehacer, defendiendo los buenos tratamientos. Esto conlleva en primer lugar a considerarlx a ellxs mismxs, teniendo en cuenta el maltrato que puede concernirx en la coyuntura de mortificación que lxs atraviesa. Esto explica la necesidad de sostener una

19

posición situada: tener en cuenta que sujetos resultan de los discursos vigentes signados por sociedades de consumo, de individualismo y de competencia.

La cultura es lo que debe interpretarse en psicoanálisis, retoma Carrere (2018) de los postulados de Slavoj Žižek, haciendo hincapié en la necesidad de tener en cuenta que los discursos de época forman subjetividades. Esto se relaciona con pensar la noción de subjetividad en tanto producción histórica, entramado, como un proceso organizado desde la alteridad. Debemos asumir el compromiso ético de abandonar los discursos hegemónicos que toman a lxs usuarixs de drogas como meros actores pasivos para dar lugar a sujetos activos y deseantes.

20

Referencias bibliográficas

Allouch, J. (1993) Capítulo 10: La discursividad. En *Letra por Letra* (pp. 255-293) Capital Federal: Edelp. S. A.

Barrionuevo, J. (1997) Problemas teóricos y clínicos en psicoanálisis con drogodependientes. En S. Inchaurreaga (Comp.) *Drogas y drogodependencias. Teoría, Clínica e Instituciones* (pp. 105- 110). Rosario: CEADS- UNR.

Benedetti, E. (2015) *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas Político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención*. Buenos

Aires: Editorial Laura Bonaparte.

- Capurro, R. (2008) Psicopatologizar o psicoanalizar. *Revista Ñacate*, 1, 85-104.
- Carballeda, A. (2008) *Los cuerpos fragmentados. La intervención social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. Buenos Aires: Paidós.
- Carrere, P. (2018) La subversión del sujeto de Lacan frente al individualismo contemporáneo. En N. Farji Trubba (Comp.) *Consumos problemáticos. Del fenómeno social a la operación singular* (pp. 35-42). Buenos Aires: Letra Viva.
- Cohen, H. y Natella, g. (Coord.) (1995) *Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Primera Edición. Buenos Aires: Lugar.
- Cordeiro, A.; Galante, A.; Rossi, D. (2014) *Personas que usan estupefacientes en Argentina. De delincuentes enfermos a sujetos de derechos*. Primera Edición. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil; Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- Del Carlo, C. (2020) *Psicoanálisis y reducción de daños. Los dispositivos clínicos y su relación con las políticas en salud*. Concurrencia 2017/2019 Servicio Asistencial en Drogodependencias y SIDA.
- Del Do, A. (2018) El usuario de sustancias es un sujeto de derecho. En N. Farji Trubba (Comp.) *Consumos problemáticos. Del fenómeno social a la operación singular* (pp. 29-34). Buenos Aires: Letra Viva.
- Faraone, S. y Barcala, A. (2020) *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible*. Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Farji Trubba, N. (2018) Consumos problemáticos y psicoanálisis en *Consumos problemáticos. Del fenómeno social a la operación singular* (pp. 17 - 28). Buenos Aires. Letra Viva.
- Ferrara, F. (1985) *Conceptualizaciones del campo de la salud. Teoría social y salud*. Buenos Aires: Catálogos.
- Foucault, M. (1996) La evolución de la noción de individuo peligroso en la psiquiatría legal en *La vida de los hombres infames* (pp. 103-117). Buenos Aires: Altamira.
- Giunipero, L. (1997) Problemáticas en las drogodependencias. En S. Inchaurraga (Comp.) *Drogas y drogodependencias. Teoría, Clínica e Instituciones* (pp. 111 - 114). Rosario: CEADS- UNR.
- Inchaurraga, S. (2009) *Manual de Derechos Humanos y uso de drogas* Rosario: CEADS – UNR.
- Kameniecki, M. (2018) No retroceder ante los consumos problemáticos. En N. Farji Trubba (Comp.) *Consumos problemáticos. Del fenómeno social a la operación singular* (pp. 75 - 84). Buenos Aires: Letra Viva.
- Lacan, J. (1976-77), *El seminario, libro 24: L'insu que sait de l'une-bévue s'aile à mourre*. Inédito.

- Lacan, J. (1986) *Seminario II: El Yo En La Teoría De Freud Y En La Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2007). *Seminario I: Los Escritos Técnicos de Freud*. Paidós.
- Le Poulichet, S. (2019) *Toxicomanías y psicoanálisis. Las Narcosis del deseo*. Segunda Edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Amorrortu.
- Leibson, L.; San Miguel, T.; Buchanan, V.; Sánchez, J.; Canosa, J.; Lado, V.; Folgar, S.; García Neira, N.; & Almira, B. (2012). Variantes de la resistencia en el curso de tratamientos psicoanalíticos en instituciones. *Anuario de investigaciones*, 19(2), 83- 89. Recuperado en 19 de octubre de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862012000200013&lng=es&tling=es.
- Lewkowicz, I. (2002) La subjetividad contemporánea. Entre el consumo y la adicción. *Revista de la AAPPG*. Ficha de circulación interna.
- Migdalek, S.; Quevedo, S.; Vazquez, L.; Disanto, L. A.; y Rodríguez, R. O. (2008). *Adicciones: opacidades del síntoma*. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Paragis, M. P., & Fariña, J. J. M. (2023). Adicciones: lo pulsional en los escollos de la transferencia. *Revista de Psicología*, 160- 179.
- Peyraube, R. (2018) Capítulo 3: Estigmas de las personas que usan drogas. Cuidados de la salud y Derechos Humanos en América Latina en L. Gersberg (Comp.) *Clínica de las adicciones. Mitos y prejuicios acerca del consumo de sustancias. Intervenciones, abordajes, proyectos y dispositivos*. Primera edición (pp. 61 - 86) Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Poder ejecutivo del Estado argentino (Diciembre 2 de 2010). Ley Nacional de Salud Mental [N°26657/10]. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/salud-mental>
- Programa Andrés Rosario (2019). "Ignacio Cárcamo Curso Virtual 2019". Recuperado el 8/11/2022 de <https://www.youtube.com/watch?v=N87xr7KAW>
- Sozzo, M. (2012) ¿Qué es el populismo penal? En *Urvio, Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana*. N. 11,117-122.
- Staude, S. C. (2007). Las adicciones y la pasión por la ignorancia. *Desde el jardín de Freud: revista de psicoanálisis* (7), 55-64.
- Stolkiner, A. (2021) Capítulo 15: Nuevos actores en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en *Prácticas en Salud Mental*. Primera Edición (pp. 309-322). Buenos Aires: Noveduc.
- Ulloa, F. (1995) Parte III: Cultura de la mortificación y proceso de manicomialización. Una reactualización de las neurosis actuales" en *Novela clínica psicoanalítica* -

Historial de una práctica (pp. 236-256). Buenos Aires: Paidós.

Zaffaroni, E. (2011). *La palabra de los muertos*. Buenos Aires: Ediar.

Zaffaroni, E. (2012). *La cuestión criminal*. Buenos Aires: Editorial
Planeta.