



Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

ISSN: 2340-2733

redaccion@RevistaAEN.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría

España

Gordaliza, Ana; Markez, Iñaki

Trastornos del límite, un reto para los equipos técnicos penitenciarios:
el derecho a la salud integral de las personas privadas de libertad

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,
vol. 42, núm. 141, 2022, Enero-Junio, pp. 159-168

Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

DOI: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352022000100010>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265071313015>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Trastornos del límite, un reto para los equipos técnicos penitenciarios: el derecho a la salud integral de las personas privadas de libertad

Boundary disorders, a challenge for prison technical teams: The right to comprehensive health of persons deprived of liberty

ANA GORDALIZA^a, IÑAKI MARKEZ^b

a) Psicoanalista, socióloga y educadora social en el C.P. Madrid III (Valdemoro, Madrid).

b) Psiquiatra, miembro de Ekimen elkartea. Bilbao.

Correspondencia: Ana Gordaliza (agordaliza@telefonica.net)

Recibido: 09/03/2022 ; aceptado: 03/05/2022

Resumen: La finalidad de la violencia es doblegar la voluntad de quien la padece, y si es en una cárcel, se representa con intencionalidad de modificar estructuras psíquicas de la persona penada. Desde la inclusión del papel del entorno psicosocial en la definición de salud, se reconsidera a los equipos técnicos penitenciarios, apostando por una acción que vaya más allá de la lógica securitaria. El tratamiento penitenciario es una oportunidad de cambio, más si se basa en derechos -y en el derecho a la salud- para tratar el sufrimiento. En el caso de los trastornos del límite, por más que la persona presa sea sujeto de derecho, se precisa un tratamiento penitenciario sin métodos de control ni dispositivos productores de exclusión, segregación o aislamiento. Se propugna una mirada ética en la que se tenga en cuenta la subjetividad de personas vulnerables y vulneradas, y que se traduzca en prácticas concretas sobre el uso de las medicaciones, el consumo de drogas, el aislamiento, las medidas disciplinarias y el trabajo en red, entre otras posibles. Ahí el trabajo en red, en lo institucional y lo comunitario, es una vía primordial.

Palabras clave: violencia, derecho a la salud, trastorno del límite, prácticas degradantes, tratamiento, red.

Abstract: The purpose of violence is to bend the will of the person who suffers it, and, if this occurs in a prison, it is carried out with the intention of modifying the psychic structures of the punished person. With the inclusion of the role of the psychosocial environment in the definition of health, the prison technical teams are reconsidered, committing to an action that goes further than the security logic. Prison treatment is an opportunity for change, especially if it is based on rights –and the right to health– to deal with suffering. When it comes to boundary disorders, even if the prisoner is a subject of law, prison treatment without methods of control or devices that produce exclusion, segregation or isolation is required. An ethical perspective in which the subjectivity of vulnerable and violated people is taken into account and is reflected into concrete practices on the use of medications, drug use, isolation, disciplinary measures and networking, among other possible ones, is advocated. There, networking, institutionally and community-based, is a primary path.

Key words: violence, right to health, boundary disorder, degrading practices, treatment, network.

LA VIOLENCIA ES LO QUE SUBYACE en las conductas autoritarias, una expresión de poder que reemplaza al derecho –normas legales que debieran garantizar la equidad entre las personas– y es un sustituto de la autoridad no alcanzada, con lo cual se transforma en autoritarismo. La finalidad de la violencia es doblegar la voluntad de quien la padece, así como que este vivencie a quien ejerce la violencia como un padre todopoderoso y castigador (1). Si se ejerce violencia en una institución, en una cárcel, por ejemplo, se representa un rol cuya intencionalidad es modificar estructuras psíquicas utilizando para ello la fuerza, las disfunciones y daños que este proceder genera. Son opuestas a lo que entendemos como terapéutico. Las acciones terapéuticas son ajenas a lo violento y agresivo, salvo en procedimientos quirúrgicos que, aunque intrusivos, pretenden posibilitar la integración de quienes los padecen.

CASTIGAR Y ASISTIR

David Garland, desde una perspectiva crítica, explora la historia de las estrategias penales y sociales del siglo XX en su libro *Castigar y asistir* (2). En este libro, que analiza lo que él denomina “complejo penal-welfarista”, se plantea el carácter central de la relación entre lo social y lo penal para la criminología.

Consideramos que esta centralidad está presente también en Jacques Lacan cuando habla de la realidad sociológica del crimen y la ley en su *Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología* (3). La perspectiva psicoanalítica tam-

poco se desentiende de la interlocución con el Otro de lo social: hay sociedades en las que el propio transgresor se impone el castigo, en otras este se ejecuta a través de técnicas penales diferenciadas; hay situaciones en las que el orden se restituye mediante un chivo expiatorio y otras en las que la punición recae en el autor del crimen. Pero, incluso cuando esto es así, pueden darse casos en los que no se le considera responsable —la brujería pasa a ser competencia inquisitorial porque se piensa que excede a las capacidades humanas y solo puede realizarse con la ayuda del demonio—, como ocurre con el individuo moderno. Más allá de las múltiples variaciones, la constante es la presencia de un asentimiento subjetivo que permite la articulación de la ley y el crimen confiriendo significación al castigo: Atenas lo hace hombre, esa es la razón por la que Sócrates toma la cicuta pudiendo haber escapado de un castigo a todas luces inmerecido.

A principios de los 80 la sociología del castigo empieza a desligarse de la filosofía penal, se relativiza la importancia de lo cultural como fuente de práctica penal para subrayar la dimensión material de las relaciones de poder. La genealogía crítica de Garland (2), más que de la política penal, se ocupa de la estrategia penal, el interés se desplaza hacia dos cuestiones fundamentales:

a) Relación entre castigo y estructura social

La “penalidad victoriana” queda estructurada por el capitalismo liberal, se considera al delincuente un sujeto responsable que, al violar libremente la ley, se hace merecedor del castigo e indigno de la ayuda del Estado.

Los cambios económicos y políticos que acompañan la transición del capitalismo liberal al monopólico culminarán después de la Segunda Guerra Mundial en la consolidación del Estado del bienestar, acompañado del “complejo penal-welfarista”, que, profundamente ambivalente, combina el ideal rehabilitador con el *disciplinamiento* de los pobres. Con la crisis del petróleo en 1973, el sueño se desmorona: desmantelamiento del sector público, neoliberalismo que cuestiona las fórmulas keynesianas y desconfianza en las virtudes del correccionalismo.

b) Estudio de las transformaciones estructurales del sistema penal

Entre modo de producción y sistema penal hay una interconexión causal mediada por procesos complejos. Los cambios no se producen de manera automática, no son el resultado de una mano invisible, se negocian entre los diferentes agentes encargados de la resolución de problemas y de la toma de decisiones, son fruto de una correlación de fuerzas. Las estrategias penales se vuelven efectivas por la acción

humana, que puede reproducirlas o modificarlas. La reproducción social pasa por un ejercicio de dominación que no erradica las posibilidades de cambio, siempre hay agentes implicados que luchan por transformar las reglas del juego.

Este artículo pretende ser una modesta contribución a la tarea de favorecer los cambios necesarios para mejorar la atención que reciben las personas presas. La privación de libertad no por legal deja de ser una violencia institucional que se ejerce en muchas ocasiones sobre personas especialmente vulnerables y vulneradas; un abordaje ético del castigo es imprescindible para modular los excesos en el ejercicio del poder, un poder consustancial a las instituciones totales.

TRATAMIENTO PENITENCIARIO, OPORTUNIDAD DE CAMBIO O VOLUNTAD DE DOMINIO

Reinsertar es, sin duda, tarea imposible. El tratamiento penitenciario, orientado a la reinserción social, no consigue erradicar la reincidencia. ¿Debe llevarnos esto a cuestionar su potencial? ¿No será que ha quedado desvirtuado por la preeminencia de los discursos de control burocrático de la criminalidad? Más allá de la justa retribución y frente al paternalismo prevencionista, apostamos por la previsión social basada en derechos para tratar el sufrimiento subjetivo.

En 1946, la OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (4), no solo como ausencia de enfermedad. En 1984 modula el entusiasmo y establece una nueva concepción de salud como “el alcance del que un individuo o grupo es capaz, por un lado, para realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro lado, para cambiar o hacer frente al ambiente. La salud es, por tanto, vista como un recurso para la vida diaria, no es el objetivo de la vida, es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas”. La medicina deja de ser la fuente principal de las mejoras de salud y cobra protagonismo el entorno psicosocial, algo que recoge en 1986 la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (5) cuando señala que “la salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrece a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”. Se trata, pues, de un derecho humano fundamental, tal y como establece en 2005 la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado (6), es decir, hay determinantes sociales que escapan del control de la persona.

Desde esta perspectiva los equipos técnicos penitenciarios tienen un peso fundamental en la salud de la población reclusa, que no es asunto exclusivo de la sanidad penitenciaria. La intervención que llevan a cabo no puede quedar centrada en la modificación de conducta, se impone una perspectiva de acogida, de acompañamiento, de educación comunitaria, en definitiva, un buen trato que trascienda sus tareas cla-

sificatorias en la Junta de Tratamiento. Nos atreveríamos a ir más allá recomendando que los profesionales que componen el equipo técnico quedasen liberados de dicha función para dedicarse por completo a la preparación individualizada de itinerarios de inserción. Quedar exentos de tomar decisiones en lo referente a permisos, progresiones y libertades condicionales contribuiría al establecimiento de alianzas terapéuticas. No tendrían voto, pero al trasladar a la Junta de Tratamiento las propuestas de preparación para la vida en libertad serían la voz de las personas presas sin mermar su responsabilidad.

En el 2019 se cumplieron los cuarenta años de la Ley Orgánica General Penitenciaria (7). Hubiera sido una excelente ocasión para introducir modificaciones legales en esta línea, pero se desaprovechó; no corren buenos tiempos para la sociedad de los cuidados, mucho menos para la humanización en el cumplimiento de las penas; la lógica securitaria que impera explica que la única demanda en lo social sea la de conferir a los trabajadores penitenciarios del cuerpo de ayudantes la condición de agentes de autoridad.

Juristas, psicólogos, trabajadores sociales y educadores tendrán que seguir encontrando los modos de poner la vida en el centro a pesar de la burocratización de su trabajo. A la espera de actualizaciones legales más acordes con los tiempos, una opción podría consistir en que un equipo técnico se dedicase únicamente a la clasificación, mientras el resto de los equipos volcarse todos sus esfuerzos en la intervención desde una perspectiva más clínica, pero no exclusivamente clínica: esta debe acompañarse siempre con labores de asesoría jurídica, derivación a recursos comunitarios y educación social.

No nos debemos preocupar por la “seguridad ciudadana” si algún día se introducen las modificaciones legales que implican un cambio de funciones de los miembros del equipo técnico, no faltarán instancias para adoptar resoluciones definitivas en función de factores de riesgo, todos ellos recogidos en el Sistema Informático Penitenciario (SIP).

DISCURSO CAPITALISTA Y PATOLOGÍAS DEL ACTO

El 12 de mayo de 1972 Lacan dicta una conferencia en la Universidad de Málaga bajo el título “Del discurso psicoanalítico”, y allí introduce la fórmula del discurso del capitalista modificando la escritura del discurso del amo (8). Los discursos son modos de lazo social, pero en el capitalismo este lazo queda comprometido al establecerse una circularidad donde no hay tope, donde no funciona la castración, diríamos en términos psicoanalíticos. Esto tiene efectos catastróficos: depresión generalizada, ambición desenfrenada y segregación correlativas a la ausencia de límites; instaura la ilusión de que los sujetos podríamos comandar nuestras vidas sin determinación alguna, algo locamente astuto pero destinado a estallar, según Lacan, porque instaura

un ritmo insostenible, el empuje al goce permanente resulta enloquecedor, el consumo es frenético, insaciable. A un objeto en el mercado le sustituye otro y otro y otro... en un intento vano de borrar la barra de la insatisfacción, que cada vez se torna más voraz. Dice Lacan sobre el discurso capitalista que “está para que eso marche sobre ruedas, eso no podrá correr mejor, pero, justamente, corre tan velozmente hasta consumirse, se consume hasta la consunción”. Las adicciones parecen ser el signo de estos tiempos, en ellas el placer rápidamente se torna pulsión de muerte.

Ya Freud diferenciaba el *agieren* (actuar) de la repetición y de la elaboración (9); hiperactividad, autolesión, transgresión, impulsividad, toxicomanía, violencia, fenómenos transclínicos que la psiquiatría englobó en la categoría de las psicopatías y que psicoanalíticamente se delimitan como patologías del acto: no hay espacio para el deseo, no hay límite interno al empuje pulsional, máxime cuando en lo social nada parece favorecer la inscripción subjetiva de una cierta pérdida. La coyuntura actual no está presidida ya por la rebeldía de otras épocas no tan lejanas.

Francisco Pereña habla de los “trastornos del límite”, de su dificultad para la elaboración, de su inaccesibilidad terapéutica, diferenciándolos de aquellos sujetos *borderline* que viven en la frontera de la psicosis (10). En los trastornos del límite, en lugar de la angustia a cielo abierto, nos encontramos con la insensibilidad y el narcisismo patológico de sujetos que viven al límite, con muchas dificultades para convertir su vacío existencial en falta vivificante.

Dadas sus dificultades con la Ley, muchos de estos sujetos terminan en prisión. Empleamos la mayúscula para diferenciar la ley simbólica de la ley penal; la transgresión de las normas remite en estos casos a las dificultades para la inscripción de un límite que regule los modos de satisfacción.

Sujetos que sufren situaciones traumáticas, con síntomas de malestar, angustia, desestructuración psicótica, trastornos adaptativos, reactivación de angustias paranoides o confusionales, adicciones, depresiones... La mente queda invadida por vivencias de peligro, asociado a ideas de sufrimiento con la consiguiente inhibición y limitación en su accionar. La violencia desarrollada en instituciones del Estado, como es el caso de los centros penitenciarios, produce rupturas en los intercambios sociales que conducen al aislamiento y al silencio (11).

En las estructuras *borderline*, con sus personalidades afectadas, aparecen concepciones de trauma ya expresadas por Freud y antes en Charcot: “un trauma se podría definir como un aumento de excitación dentro del sistema nervioso que este último no es capaz de tramitar suficientemente mediante reacción motriz...” (12). Desde la postulación freudiana, cualquier psiquismo se rompe si el golpe es suficientemente fuerte o la tensión producida suficientemente prolongada (11). El trauma destruye la confianza y favorece el camino hacia una vida desordenada, problemas de identidad o rupturas psicológicas.

FAVORECER LA INSCRIPCIÓN DE LA PÉRDIDA, PRODUCIR SUBJETIVIDAD

“Es importante esto para el tratamiento, porque al no tener límite interno necesitan límite externo. El terapeuta en estos casos tiene que hacer de límite externo siempre dirigiéndose al sujeto que hay allí. A veces hay que instruir desde esta perspectiva del límite externo, dar alguna instrucción que haga de límite externo y también de protección. Eso no es reeducación, es cuidar del sujeto para que no se anule. Hay que usar el límite externo solamente como posibilidad de crear el interno”, dijo Francisco Pereña en su intervención en el seminario de Ana Martínez “Psicopatología y clínica psicoanalítica”, dictada el 2 de febrero de 2016 (13).

Esta tarea es una apuesta, no un pronóstico. Más respetuosa con los tiempos subjetivos, orientada por la reducción de daños. ¿Cómo implementarla en el ámbito penitenciario? Sirvámonos de la teoría psicoanalítica. Al fin y al cabo, Freud investigó las formaciones colectivas y Lacan siempre recomendó a los analistas estar a la altura de la subjetividad de la época. Con lo dicho al principio creemos haber aclarado que tomar a la persona presa como sujeto de Derecho facilita la articulación entre las políticas públicas y la subjetividad, condición *para que los daños no sean sin sujeto*, parafraseando a Silvia Inchaurraga en su artículo “Reducción de daños y/o psicoanálisis, uso de drogas, sujetos que se dañan y daños sin sujeto”, en el que reivindica la ética de la subjetividad en oposición a los ideales: solo ella puede reconvertir el destino en elección responsable (14). Proponemos que el tratamiento penitenciario se descomplete, que sus prácticas no sean métodos de control o, dicho de otro modo, dispositivos productores de exclusión y segregación.

a) Ingresos. Invitar a la desintoxicación

La entrada en prisión supone un corte, por ello puede ser ocasión privilegiada para regular la ingesta de tóxicos. Es cierto que hay una demanda por parte de la población reclusa, máxime cuando es también fuente de ingresos si se trafica con la “medicación”, algo bastante frecuente en situaciones de precariedad y desarraigo. Pero lo que es innegable es que el exceso descontrolado en el uso de fármacos causa secuelas en muchas ocasiones irreversibles, dificulta la adecuada convivencia y complica en extremo el acceso a permisos, régimen abierto y libertad condicional, cuando no compromete seriamente la vida.

b) Analíticas. Despenalizar el consumo

La tenencia de sustancias prohibidas en prisión es, razonablemente, motivo de sanción disciplinaria. Que la autoridad judicial sostenga sus fallos en hechos proba-

dos es garantía para el recluso. Que la concesión de beneficios penitenciarios se subordine al resultado de las analíticas realizadas para detectar consumo de tóxicos no pautados ya es más discutible, no reduce significativamente la ingesta, convierte al adicto en objeto de control, no deja lugar para la pregunta y prolonga el encierro. En definitiva, ni es el medio más eficaz para prevenir el delito, como mucho posterga su comisión, ni abre espacios de escucha en los que el sujeto responda verdaderamente por las consecuencias de sus actos, ni contribuye a preservar la alianza terapéutica.

c) Aislamiento penitenciario. Erradicar una práctica cruel y degradante

La Asociación Médica Mundial (AMM), en su Declaración sobre el Aislamiento Carcelario, adoptada por la 65^a Asamblea General de la AMM en Durban, Sudáfrica, en 2014 y revisada por la 70^a Asamblea General de la AMM en Tiflis, Georgia, cinco años después, distingue el aislamiento solitario –personas mantenidas en celda hasta 22 horas diarias– de otras intervenciones breves, “cuando los individuos deben separarse como respuesta inmediata a un comportamiento violento o disruptivo, o cuando una persona debe aislarse para protegerse a sí misma o a los demás” (15). Ciertas poblaciones son especialmente vulnerables a los efectos negativos para la salud, a saber, las personas con trastornos depresivos mayores, psicóticos, de la personalidad o de estrés postraumático sobrerepresentados en la población reclusa. Correlaciona también con el aumento de conductas suicidas y autolesiones. Se ha comprobado que el aislamiento resulta altamente perjudicial, de ahí que pueda “resultar en una forma de tortura o malos tratos”, hecho que condujo a la elaboración de normas y recomendaciones internacionales. En base a estas reglas, la AMM lleva a cabo una serie de recomendaciones en lo que respecta a la función de los médicos, algunas de ellas son todavía asignaturas pendientes para la institución penitenciaria:

“La función del médico es proteger, defender y mejorar la salud física y mental del recluso, no infligir un castigo. Por lo tanto, los médicos nunca deben participar en ninguna etapa del proceso de decisión que tenga como resultado el aislamiento carcelario, que incluya declarar a una persona apta para soportar el aislamiento carcelario o participar de ninguna manera en su implementación. [...] Los médicos que trabajan en las cárceles deben poder ejercer con total independencia clínica de la administración de la prisión. Para mantener esa independencia, los médicos que trabajan en las cárceles deben ser empleados y administrados por un organismo separado del sistema penitenciario o de justicia penal. Los médicos solo deben dar medicamentos o tratamientos que son médicaamente necesarios y nunca deben recetar medicamentos o tratamientos con la intención de permitir un período de aislamiento más prolongado”.

Es una lamentable realidad que el aislamiento carcelario no siempre se impone como último recurso y por el tiempo más breve posible, tenemos casos enquistados en el tiempo que han permanecido en primer grado o régimen cerrado durante años y años de manera ininterrumpida.

*d) El “turismo” penitenciario. *Preservar las posibilidades terapéuticas**

Asumir que el malestar es inherente a la cultura, tomarlo como indicio de lo que falla, no pretender erradicarlo o silenciarlo; en definitiva, estar advertidos de lo imposible, *no todo se puede*, abre el campo de lo posible, permite salir de la impotencia del *no se puede hacer nada*, esa impotencia a la que confrontan los trastornos *del límite* cuando, desde el profesional, no se ha establecido la distancia terapéutica que asegure el vínculo.

Leer los *acting out*, dar el tiempo para comprender, no banalizar el sufrimiento subjetivo, todo ello puede limitar el recurso al control disciplinario y a la expulsión de los sujetos, reducidos a objetos de desecho; es esta una muy mala praxis que nos impide funcionar como contención, esa contención tan necesaria en las patologías del acto. Las conducciones permanentes de los sujetos más disruptivos, además de tener un elevado coste económico, agravan el desarraigo social.

e) Trabajar en red

En las XVIII Jornada Anual de la Fundación Manantial, de 4 de noviembre de 2021, “Redes en salud mental: entre lo institucional y lo comunitario”, José Ramón Ubieto aborda esta cuestión y habla de un modelo de trabajo en red que es el de la centralidad del caso: la pregunta no es si esto me toca a mí, la pregunta es qué puedo hacer en ese caso, qué puedo aportar. La indiferencia cede el paso a la corresponsabilidad, el saber es el resultado de una elaboración colectiva, de una conversación interdisciplinaria. Lo importante de la red son los agujeros, los enigmas que relanzan el trabajo de manera permanente (16). Este modelo permite anticiparse en lugar de reaccionar, tejer una red de recursos, no acumular datos.

El tiempo de privación de libertad puede ser ocasión para establecer vínculos con las redes comunitarias, esta debe ser la tarea del equipo técnico, intentar sentar las bases de algo que el sujeto no pudo establecer ni sostener en libertad. Este trabajo, que empieza con el ingreso en prisión, ha de estar orientado al régimen abierto, de tal modo que el cumplimiento de la pena no reedite la segregación y la exclusión de una muerte civil, situación que afecta especialmente a la población vulnerada por la Ley de Extranjería: brecha digital, documentación caducada, dificultades de empadronamiento, pérdida de permiso de trabajo y residencia, falta de asistencia sanitaria.

Vayan estas cinco propuestas para introducir en el panóptico penitenciario una clínica de la escucha y una presencia de lo comunitario.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Adissi YR. *Pulsiones y desarrollo cultural*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2016.
- (2) Garland D. *Castigar y asistir. Una historia de las estrategias penales y sociales del siglo XX*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2018.
- (3) Lacan J. *Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología*. XIII Conferencia de Psicoanalistas de lengua francesa, 29 de mayo de 1950, en colaboración con Michel Cénac. En: *Escritos*. México: Siglo XXI Editores, 2009.
- (4) Organización Mundial de la Salud (OMS). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 1946.
- (5) Organización Mundial de la Salud (OMS). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. 1^a Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Ottawa, 1986.
- (6) Organización Mundial de la Salud (OMS). *Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud*. 6^a Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Bangkok, 2005.
- (7) Ministerio del Interior. *Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre General Penitenciaria*. BOE núm. 239, 05/10/1979.
- (8) Lacan J. *Del discurso psicoanalítico*. Universidad de Milán. La Salamandra edición, 1972.
- (9) Freud S. *Proyecto de psicología [1895]*. Obras Completas. Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1950.
- (10) Pereña F. *Cuerpo y agresividad*. México: Siglo XXI Editores, 2011.
- (11) Puget J, Kaës R (Compil.). *Violencia de Estado y psicoanálisis*. Buenos Aires: Ed. Lumen, 2006. Primera edición: *Violence d'Etat et psychanalyse*. París: Dunod, 1988.
- (12) Charcot JM. *Leçons du mardi à la Salpêtrière: policlinique 1887-1888*. Publications du Progrés Médical. Edición francesa reciente en Editorial Nabu Press, 2010.
- (13) Pereña F. *Trastornos del límite*. Seminario de Psicopatología y Clínica Psicoanalítica de Ana Martínez. Espacio Clínico de Psicoanálisis, 2016.
- (14) Inchaurraga S. *Reducción de daños y/o psicoanálisis, uso de drogas, sujetos que se dañan y daños sin sujeto*. Revista Digital Psyberia 2009; 1.
- (15) Asociación Médica Mundial. 70^a Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, octubre de 2019.
- (16) Ubieto JR. *Redes en salud mental: entre lo institucional y lo comunitario*. XVIII Jornada Anual de la Fundación Manantial. 4 de noviembre de 2021.