

IDEAS PARA UN ABORDAJE PSICOSOCIAL DE PERSONAS AISLADAS EN SITUACION DE CALLE

(ESTRATEGIAS DE RE-INCLUSIÓN COMUNITARIA DESDE EL MODELO DE CLINICA DE LA VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL)

Yago Di Nella
Junio 2018

1- Los disparadores

Dos disparadores generaron las líneas que siguen y las quiero explicitar porque siempre resulta esclarecedor conocer el origen de cualquier reflexión, la adjetiva y apasiona. La afecta, diría Fernando Ulloa. Por un lado, el acaecimiento de una muerte de una persona en situación de calle en Viedma, ciudad donde resido y la posterior conversación con un trabajador social, que nos hizo reflexionar a ambos y nos multiplicó en asociaciones varias. Indignado, molesto, ser de “la patria grande” al que admiro en su coherencia ideológica y robustez técnica, al servicio de los desafiliados y excluidos, tiene el mérito de haberme entusiasmado con escribir este ensayo.

Por otra parte, ayer sábado y en el marco del curso de formación de operadores comunitarios en inclusión social, trabajamos el tema, al pasar, pero nos dejó algunas ideas que expondré a continuación. La clase consistía en exponer los modelos de políticas sociales tal como llegan a las comunidades, en relación a la concepción de Estado que impera en dichas políticas y, consecuentemente, la idea de ser humano que está allí implícita. Como el programa del curso estaba en este frondoso tema, no llegamos a exponer los principios de abordaje de una situación como esta (las personas en situación de vida en la calle) por lo cual, dejo la composición de dichos principios para una segunda parte de este humilde escrito.

2- La experiencia previa

Inicié mi acercamiento al tema de las personas que viven en la calle, a través de dos colectivos diferenciados. Los locos y los pibes. El trabajo con los chicos y los jóvenes resultaba ser siempre un abordaje colectivo, pues ellos se agrupan en la vida callejera. Los “locos”, así vistos y llamados, en general, tienden en cambio a andar solos y errantes. Todo esto fue en la zona de la Plata y Gran La Plata en la segunda parte de la década del 90. La provincia de Buenos Aires era un coto de caza de “la bonaerense”, por lo cual, debíamos tener un doble cuidado en nuestra labor. Digámoslo así, no éramos queridos aquellos que nos acercáramos a estos colectivos, básicamente porque de algún u otro modo, “trabajaban” para ellos.

Después se fue consolidando esta labor cuando hicimos los primeros pasos en las villas de emergencia con los proyectos de extensión universitaria. Ahí nació esta vocación por la psicología comunitaria, y, más en general, por el abordaje psicosocial, tema central del segundo bloque del presente artículo. Esta necesidad de luchar por el derecho a ser joven de esos pibes nos lo transmitió con técnica y con pasión Juan Carlos Dominguez Lostaló y en algún sentido, muy presente y vigente, todos somos sus alieris. También él fue quien me enseñó embrionariamente los modos de abordar, de operar con los chicos y jóvenes; igualmente de qué forma no se trabaja con los chicos; seguramente aún más lo segundo.

3- Lo que no se debe hacer: el otro como pertenencia

El “viejo”, como le decíamos cariñosamente y asumiendo así su paternidad profesional, era un cultor del abordaje respetuoso de la voluntad del otro, aún en el desacuerdo con la elección. Nos decía entonces: *“No se trabaja con los chicos en Programas de **Domesticación**, a los chicos se les debe enseñar aprendiendo (el enseñaje de Pichón-Riviere), sea cual fuere la circunstancia en que entramos en contacto con ellos. Tienen un derecho esencial, no solamente el derecho a la vida, sino el derecho a ser jóvenes. Este derecho es al goce y a la creación”*. A decidir y equivocarse. El derecho al goce está definido desde una perspectiva que es el disfrute concreto de su tiempo, de su posibilidad de realizaciones. El derecho a la creación se experimenta en cualquier trabajo, en cualquier forma de organización de actividades deportivas o de cualquier otra expresión del quehacer humano y se encuentra en todo hacer. Pero desgraciadamente, los modos de abordaje sobre estos seres de vida callejera en general en toda América Latina y específicamente en nuestro país, giran en torno a un grave problema de orden de transmisión cultural acrítico que lleva a la necesidad de generar en los sujetos, cualesquiera sean, consumidores de cualquier cosa. Después los acusarán del problemático uso de y abuso de ese consumo.

Siempre nos marcó esta contradicción el viejo: Después descubrimos las adicciones, pero primero generamos el consumo; *“el consumo de cosas artificialmente inoculadas. No me estoy refiriendo a las necesidades básicas que evidentemente son elementos de satisfacción. Me refiero a aquella exacerbación de intereses por cosas, objetos y demás que sirvan para generar futuros consumidores”*.

En el caso del abordaje del loco, la situación es diversa, más allá del problema del consumo y que puede bien estar presente, lo sustancial está en su desafiliación, su extrema desarticulación con todo espacio de inclusión, de integración social, por lo cual justamente queda fuera de todo lo vinculado al consumo, como sistema (incluyente). Siempre hay una inoculación de necesidades en todo grupo de crianza, pero, también hay una forma de inoculación que parte fundamentalmente de la propagación a través de los medios audiovisuales y las redes sociales de un modo ser cuerdo y otro, de pasar al campo de la irracionalidad, que no necesariamente coincide con el consumismo. Así, cuando la persona trabaja abusivamente, no es visto ni estigmatizado como adicto al trabajo, se dirá que es dedicado y responsable. Es “ambicioso”. Es decir, se lo caracteriza positivamente. Hasta que adviene un ACV, desarrolla una diabetes o una estrepitosa gastritis. Entonces simplemente enfermó, le tocó. Ni hablar de las adicciones vinculadas al modelo estético corporal. Les dejo descansar en otros ejemplos, porque no veo mejores que estos. El modelo audiovisual facilita la crisis y el corte violento con los modelos de grupo de crianza y facilita la expulsión (tácita, disimulada o literal) de los miembros no productivos ni consumistas.

Y este es el tema central del aporte de Domínguez Lostaló, pues él habla de grupos de crianza y no de familia, dada la connotación que tiene el término “familia”. Familia viene del derecho romano, viene de *fámulus*: “criados”, pero no en el sentido de las crías, sino al servicio del Pater-Patrón. Esto es una circunstancia que prácticamente nos llama a sorpresa cuando nos encontramos con que lo que hoy vemos como malos tratos o maltrato a la mujer, a los hijos, pues estaba claramente previsto como un hecho legal en las tablas de Rómulo, del mismo Derecho Romano que se enseña como biblia a nuestros abogados. Esto nos remite al concepto de patria potestad: el poder del padre. Ello explica la apropiación de la mujer, la cual era en Roma “algo” para comprar, tomar, devolver, castigar, vender, mutilar y –en caso de ser necesario- matar, sin que eso fuera una alteración del derecho. Es el derecho madre de nuestro sistema jurídico, no lo olvidemos. Esto nos enseñaba el viejo, antes de abordar a estas personas en situación de calle... y qué tiene que ver podrá preguntarse un ser desprevenido: *“pues todo, estimado extraviado”*. Las personas en situación de calle, la experiencia nos lo indica, están todas atravesadas por el problema del poder en los grupos de crianza, todas lo han padecido de uno u otro modo. Debido a ello y otros condicionantes y factores que más adelante expondremos es que el abordaje debe ser psicosocial. Pero no nos adelantemos tanto aún.

Allí están las tablas de Rómulo y así está impregnando el discurso de todas las situaciones críticas en las cuales nos encontramos. Cuando nosotros le preguntamos a un golpeador -¿Por qué golpea el tipo? Es decir, qué lo hace creer habilitado para hacer acto de su impotencia, nos lo explicita así: *“Porque es **mi** mujer, **mi** propiedad, **mi** objeto. Es **mi** hijo, yo lo educo como quiero”*. El apotegma funciona en términos de pertenencia del otro, en tanto criado, sobre el cual hay potestad.

Esto nos lleva a una primera cuestión básica a tomar en cuenta en el trabajo con personas en situación de calle: no se aconseja lo mejor para el otro, se lo escucha. El uso de la frase “*lo que a vos te conviene...*” es equivalente al fracaso de la intervención. No estamos para dar consejo, si es que nuestro objetivo es acompañar a esa persona hacia una mejora en su calidad de vida. Aquello que permite regular la Salud Mental de los operadores, su mesianismo, debe compensarse con un adecuado análisis de sus propias limitaciones y herramientas. Esto lo hace primeramente el grupo de referencia, el equipó; y en segundo lugar su analista externo (antiguamente llamado – erróneamente- supervisor), un lugar lógico fundamental. Bien, volvamos: no estamos para ser héroes. El heroísmo es lo contrario a nuestra función (escribí en detalle sobre este asunto, el del rol del operador comunitario en un artículo que ya tiene casi 20 años¹). Sin embargo, pareciera que deben ser corridas las personas que están en la calle, molestan, “*están equivocados en existir*”, al menos desde ese modo de estar en el mundo.

4- La ideología del peligro para la sociedad ²

Así es que nos adentramos en los modelos fallidos del acercamiento a estas personas. Qué hace el Estado comúnmente frente a estas personas? Veamos las principales reacciones, pero contemplando antes un principio global que reúne todos los enfoques, se trata para el Estado de seres de los que hay que cuidarse, pues parecen ser entes de adquirida peligrosidad.

“Según el consenso general, en Estados Unidos, el único hombre [ya la mujer queda fuera, por “naturaleza”] que no tiene que avergonzarse de nada es un joven casado, padre de familia, blanco, urbano, norteamericano, heterosexual, protestante, que recibió educación superior, tiene un buen empleo, aspecto, peso y altura adecuados y un reciente triunfo en los deportes. Todo norteamericano tiende a mirar el mundo desde esta perspectiva, y esto constituye uno de los sentidos en el que puede hablarse de un sistema de valores comunes en Estados Unidos. Todo hombre que no consiga llenar cualquiera de estos requisitos se considerará probablemente – por lo menos en algunos momentos- indigno, incompleto e inferior...”

Goffman, “Estigma”

Es en este punto donde nos haremos del concepto de Robert Castel de “vulnerabilidad social”, descompuesto en dos dimensiones bien precisas, a saber: a) lo laboral y b) lo relacional. Estas son abordadas en términos de “inserción” (aquí nosotros diferenciamos esta noción de “integración”, y esta del concepto de “inclusión”, como veremos más adelante). La vulnerabilidad expresaría un grado de escasez, de precariedad, de fragilidad. Debemos hacer notar aquí una serie de consideraciones:

- A) los espacios de la exclusión no son comparables en la Francia de Robert Castel a nuestras realidades socio-económicas e histórico-culturales latinoamericanas, tanto identitaria como cuantitativamente. Así, por ejemplo, la llamada *desinserción laboral* se corresponde en la mayor parte de los países de la Unión Europea con el Seguro de Desempleo, casi inexistente en América Latina;
- B) la asistencia estatal, también es diametralmente distinta (tanto en la contención social como en las estrategias de control represivo). La capacidad del Estado para atender esta problemática y para reconocerla en cuanto tal, sumado a la diversa historia de sus

¹ “*La grupalidad como eje constituyente del trabajo comunitario*”

² Este ítem está extraído de unos párrafos de la Tesina de Integración en la Especialización en Psicología Forense UBA intitulada: “el Modelo de Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial: un método de abordaje del sujeto atravesado por la Ley” escrito entre 2008 y 2009.

instituciones (política y socialmente hablando) no hace comparables sus estrategias de contención-expulsión, según cada caso;

- C) en nuestras sociedades *de exclusión*, no puede considerarse satisfecha “la inserción” por las dimensiones relacional y laboral, pues la integración comunitaria suele jugarse predominantemente en otros aspectos³. Esto es, que cabe repensar las categorías de Castel, en sociedades donde la marginación social constituye una estrategia de masas (vinculada y consecuente de procesos macroeconómicos de dependencia de carácter transnacional), no un fenómeno de personas o pequeños grupos sociales. Castel, por ejemplo, referencia estos espacios hablando de lo que llamaríamos aquí “*linyeras*” o de grupos ecológicos radicales (un colectivo casi sin representatividad en nuestro medio). En este margen, en cambio, debemos pensar en grandes asentamientos extremadamente precarizados, poblaciones enteras, comunidades rurales, y hasta en colectividades étnicas.
- D) Nuestro país cuenta justamente con un importante desarrollo teórico en psicología y psicoanálisis capaz de diferenciar el campo de las relaciones sociales (y la potencial “vulnerabilidad relacional”) de la dimensión de los vínculos. En este sentido, el concepto de vínculo, constituye un componente nodal de la concepción de la vulnerabilidad psicosocial que excede en mucho al enfoque relacional.⁴

Vulnerabilidad psicosocial

Así, cuando nos referimos a Vulnerabilidad Psicosocial nos estamos posicionando en la *perspectiva del sujeto*, y no tanto en los componentes más o menos vulnerabilizantes del entorno social.

También se usa el concepto de *vulnerabilidad*, con diferentes sentidos, en problemáticas sociales de discriminación de grupos étnicos, religiosos, minorías extranjeras, etc. En este caso, se alude a los efectos de marginación y desigualación de oportunidades por razones exclusivamente discriminatorias, y no atiende al sujeto mismo, sino en el sentido de su pertenencia por la que es estigmatizado. Tampoco se hace hincapié entonces en **la construcción de subjetividad del sujeto vulnerable**, sino en las cargas estigmáticas que porta. Evidentemente, es de notar este tipo de procesos de vulnerabilización como componentes de ese daño que puede terminar moldeando una subjetividad susceptible de implosiones o explosiones de agresividad. Pero claro está con es el centro del asunto, sino una manifestación, de algo más profundo.

Veremos en el desarrollo del modelo de clínica de la vulnerabilidad psicosocial cómo el concepto se vuelve praxis, es decir, se redefine en términos de su *operatividad*. Planteamos por lo tanto su sustento en función de las consecuencias en la práctica psicológica y social y no tanto, al menos al inicio, desde el punto de vista teórico (tarea que, por otra parte, está en plena construcción). Provisoriamente, por tanto, es definido del siguiente modo:

“La vulnerabilidad psico-social es el grado de fragilidad psíquica que la persona tiene por haber sido desatendida en sus necesidades psico-sociales básicas: seguridad afectiva, económica, protección, educación, tiempo de dedicación; como así también, comida, agua potable, trabajo y salud. La situación de vulnerabilidad se juega predominantemente frente a lo social, ya que se genera como una falla en la contención (grupal y comunitaria), al no poder garantizar el efectivo acceso a los derechos humanos fundamentales.

³ En la Investigación-acción del PIFATACS (2009) ya citada se logró constatar la activa relación entre las modalidades vinculares y las estrategias de supervivencia de los grupos de crianza en situación de riesgo para la supervivencia. Dichas modalidades requerían para su comprensión una compleja trama de conocimientos de orden étnico, socio-histórico y de las dinámicas predominantemente inconscientes de creación y consolidación de formas de contención para sus miembros más vulnerables.

⁴ Esta diferencia se hace patente cuando acaecen en las personas sorpresivos procesos neuropsicopatológicos (que requieran su cuidado y atención permanentes por un tiempo determinado), y se constriñe el campo de las relaciones sociales (muchas veces muy desarrollado laboral y recreacionalmente), en tanto y en cuanto no todas las personas “allegadas” al sujeto tienen realmente “vínculos positivos” que les permitan sostenerse en el lugar de contención o –siquiera- de acompañamiento en la rehabilitación media o larga que siempre este tipo de problemáticas supone.

El modelo de abordaje desde la «**Clínica de la Vulnerabilidad**», basado en un modelo de atención interdisciplinaria de restitución de derechos, recurriendo a estrategias de intervención alternativas al «*Control Social Institucional Punitivo-Represivo*», desde una estrategia de contención comunitaria que procura reconstruir redes vinculares y grupales que protejan al sujeto del riesgo social o de entrar en conflicto con la ley, en su desarrollo a lo largo de veinticinco años, nos ha permitido concluir que. «**No existe peligrosidad en las personas si antes no han sido vulnerables**».⁵

5- El control social del otrora “desviado”, ahora vuelto lumpen que vive en la calle

El sujeto que vive en la calle carga con el estigma de ser algo que no debe estar allí. Es una especie de error de la Matrix. Se supone que no debiera existir. Deberíamos cruzarnos con la despampanante rubia del vestido rojo, y no con el sucio o sucia tirados ahí. Generalmente se ve sumamente afectado por el rechazo o retracción de aquellos quienes le rodean. De ahí que reaccione por lo común devolviendo la piedra con el análogo rechazo. Para intervenir, se debe superar esa primera valla y demostrar que no se está allí para controlar-le su lugar en el mundo, que en ese momento es ahí.

Las comunidades que nosotros llamamos villas de emergencia, comunidades aborígenes, tienen una fuerte sensación de invasión cuando se va en oferta de ayuda, si esta tiende a ser impuesta en forma o contenido. Lo mismo sucede con las personas en situación de calle. Por lo tanto, en general, la “oferta de ayuda” es contraindicada. No se mejora su situación si se ofrece ayuda en el sentido de asistencia, sino que se pone a disposición servicios, que es otra cosa. Antes que nada, ese servicio es el del acompañamiento y la escucha. Luego advendrá algo más si las cosas se hacen bien (es decir, sin discriminar, ni estigmatizar). O sea, la demanda va a ser voluntaria y surge en un segundo momento. Ellos, los desclasados viviendo en la calle, están muy acostumbrados a un tipo de trabajo de CONTROL SOCIAL. que generalmente se hace desde las organizaciones del Estado, Como interviene el Estado?

- a- **asistencialmente:** le lleva frazadas o análoga intervención. Sean promotores de Salud, de “acción social” del municipio, o de la provincia, donde en realidad lo que sienten es que se los controla a los efectos de verificar, no la calidad de las vidas para mejorarse, sino que no interfieran en otros espacios o lugares donde no se quiere que estén.
- b- **clientelamente:** el puntero XX va y los amenaza; les dice dónde pueden ir y donde no, le especifica los lugares donde molestan y si cumplen las requisitorias les dará algo, y si no, intervendrá una fuerza, sea la policial o su propia fuerza de choque (si cuenta con ella).

Ese tipo de intervenciones, la maternalista de la frazada o la paternalista del “deber ser”, de lo que le conviene y lo que no, de premios y castigos, son ambas sumamente represivas (en el sentido de ser obturantes), y tienden a reforzar el alejamiento de la persona en su ya endeble relación con el Estado. Por algo de hecho la persona se encuentra ya en situación de calle, además de sus vicisitudes con su grupo de crianza y/o convivencia.

Pero hay dos modelos de Estado más a aplicar al problema, pues ya vimos qué hace un Estado desde su Asistencialismo, y qué haría desde su visión Clientelar. Ahora bien, qué hace el Estado cuando funciona desde su neoliberalismo ideológico, en su punto de vista econocrático? Y qué hace el Estado en su versión tecnocrática?

- c- **Econocráticamente:** El Estado garante del Mercado le pedirá al sujeto en calle que no perturbe la vida del consumo, que no lo moleste en lo más mínimo, siquiera con su sucia y

⁵ 2009- **Desarrollo Humano en Comunidades Vulnerables**. Libro de la Investigación-Acción "Desarrollo Humano y Comunidades Vulnerables: Significación de la Modalidad Vincular en las Estrategias de Supervivencia de grupos marginados y excluidos". Koyatun Editorial.

desaliñada presencia. Y si no obedece ese liberal designio, se transformará en una orden de expulsión represiva, sin más. No hay nada más policiaco que el modelo neoliberal con las personas en situación de calle. De modo que concluiremos en dos cosas: al consumismo liberal de mercado no le preocupa que no consuma la persona en calle y viva de los restos del sistema del ídem. Le preocupa solamente en la medida que perturbe a los integrados que sí lo hacen. Por eso son expulsados de los centros comerciales, pero no hacen más que eso. Con este objetivo se dan por conformes, es todo cuanto hay que cuidar o gastar en ellos.

- d- **Tecnocráticamente:** el pensador del proceso social no tiene el menor interés por este sujeto. Está fuera de todo, y está ahí por elección, supuestamente. No tiene nada que ver con su dimensión de análisis, más bien sociológica y politológica, pues entonces se trata de un ser que psíquicamente le resulta incomprensible. Sí puede llegar a interesarle en términos de su filiación con el movimientismo de los excluidos. Es decir, en cuanto lo vea más cercano al descriptivo mundo que observan los norteamericanos pensantes o los europeos reflexivos, entonces ahí sí hablará de ellos como de un *homeless*. Escribirá sobre el mismo, sin haber estado jamás en la calle con ellos, siquiera un rato. Nada podemos esperar de este enfoque, a no ser artículos de revistas científicas.

Estos enfoques suelen aparecer superpuestos en la vida real de una ciudad. Un organismo les lleva frazadas, otro organismo manda un puntero a negociar que se retiren y les ofrece alguna dádiva o servicio y no falta quien se queja, por lo general las cámaras de comercio. No falta además un ser sensible con estas quejas y decide proceder en consecuencia. En una palabra, la persona en situación de calle termina siendo responsabilizada por su vida desafiada y acusada por su padecimiento. Pero no pretendemos quedarnos en la negatividad de estas bravuconadas de escasa estrategia y nula técnica y avanzaremos hacia una propuesta, que no es una idea filosófica (aunque nuestro enfoque de derechos nos hace de paraguas meta-teórico), sino la objetivación (siempre desde nuestra mirada intersubjetiva, pues somos un agrupamiento de seres que lo han practicado grupalmente) de un abordaje del tema desde el terreno, ante que desde las citas bibliográficas. Todo cuanto sigue toma como nutrimento al Método de Clínica de la Vulnerabilidad, descripto acabadamente en el libro Comunidades Vulnerables citado reiteradamente en este escrito.

6- La deconstrucción analítica de “el sujeto y el control social” como pauta fundante de un abordaje crítico

El concepto de control social requiere del término sujeto, el cual refiere a alguien “sujetado”, sujeción que se opone a “individuo” (en el sentido de la indivisible unidad orgánica de vida⁶) y lo abstrae desde el punto de vista psicoanalítico. ¿A qué está sujetado? ...a lo orgánico por cierto, pero además cuando decimos está sujetado, es en referencia a “los otros”, estamos incorporando el plano vivencial vincular; y cuando decimos que supone el “otro social”, en lo cultural, no es incompatible con la anterior dimensión, todo lo contrario. Y, ¿a qué más?, por lo menos en otros dos sentidos:

- a) sujetación en cuanto a su historia, interrelación, la sobredeterminación social en la que está inscripto, estando sujeto, conozca o desconozca esa, su historia y
- b) una determinada forma de leer la historia que llamaremos el Paradigma de Pensamiento de la época –en lo micro y macrosocial-, forma dada por los sentidos que aportan a la lectura del pasado, el enfoque con que se iluminan los hechos y los sentimientos de su historia, se organizan los datos perceptivos del presente y se proyecta el devenir.

⁶ Escapa el análisis de esta diferenciación a este estudio, pero sí creemos necesario aclarar que no se conoce experiencia humana que pueda desarrollarse sin el soporte vincular y socio-cultural. No hay psiquismo posible, ni desarrollo de subjetividad, desde el supuesto de lo individual como dimensión aislable y separable de la vida comunitaria, por violenta y/o aberrante que esta sea.

Volvamos al asunto entonces. El control social funciona y funcionó a partir de un ejercicio de utilización de conocimientos psicológicos (para el *control social interno*) y que se construye a partir de lo que se llama *control social informal* ¿qué quiere decir?, que no se formaliza en instituciones de uso de la fuerza, sino en la construcción de modos de vida, de comportamientos, de lo esperado, del deber ser, de formas de vínculo, etc. En un momento histórico dado, **determinadas conductas son consideradas valorativamente como correctas y otras como desviadas. En salud mental, esto se traduce en saludables y enfermas, o sintomáticas.** Pero ¿quién y en base a qué hace esas valoraciones? ¿Cómo diferenciar la propia forma de ver lo aceptable y lo no tolerable en la conducta del otro? ¿Qué hace de una teoría, “la” teoría de la época, desde el punto de vista paradigmático?

De estas preguntas es que encontramos el sustento para introducir en nuestro enfoque la lectura crítica de los procesos de control social de las poblaciones más marginadas y excluidas. De lo contrario, se caería en el ridículo. Además de no ser visualmente observable, el control social informal es implícito –digamos- en términos de que el sujeto está siendo controlado, siendo que éste cree comandar sus acciones. Así, el profesional actuante **puede declarar como no tratable a quien no es abordable desde su dispositivo congelado y puede condenar al encierro institucional o al abandono si no encuentra herramientas operantes comunitariamente, pues no está dispuesto a aceptar que no sabe qué hacer.** Entonces seguramente culpará al sujeto de su estructura intrapsíquica o de su deficiencia mental, o de su familia que no lo contiene ni visita, cuando en realidad la institución y los profesionales tampoco nada han hecho al respecto. Estos casos hipotéticos, pero potencialmente muy reales, son claros ejemplos de las consecuencias del control social de la llamada “locura”. Por eso, es clave para nosotros este concepto. Es la base de nuestra conciencia crítica como profesionales insertos en una dinámica social que nos envuelve y excede. Tomarlo en cuenta, incorporarlo como dimensión de análisis, es lo que nos permite **preservarnos de jugar el juego de la supuesta ingenuidad, que termina siendo una acriticidad conservadora muy cercana a la complicidad más o menos ventajosa con el Statu Quo.**

Pero ha de notarse que al sujeto puede vérselo también como una **personificación de relaciones sociales**, ajustado al modo de “relación social actual esperada” por el Sistema. Se va produciendo así una introyección más o menos violenta –según caso y situación- de los valores y contravalores de organización social, para su efectiva reproducción. En términos de libertad, esto es “violento”. Cuando nos referimos al control social formal sostenemos allí una violencia que podríamos denominar “explícita”, ni oculta, ni sutil. En esa formalidad de la **tarea coercitiva el Estado**, cumple el rol histórico de “guardián” de estas relaciones establecidas. Este se organiza como instrumento de dominación. Ahora bien, **esta “violencia directa” del el aparato de control social formal se implementa cuando ya el consenso es insuficiente.** Pero la violencia adopta también otras formas. Tanto la **coerción como el consenso, van a determinar la educación, la tradición, los hábitos, etc.** El consenso remite a la obtención de soporte en el ámbito de la sociedad civil para la praxis distributiva del Estado. Es decir, los sujetos allí contruidos y disciplinados, soportan y/o sostienen en consenso una determinada forma de vinculación con los productos de su esfuerzo. En segundo término, será la coerción su garantía última, aplicando –claro- violencia directa. Pero deberemos precavernos de una confusión común, pues cuando se dice esto en ningún punto se debe suponer que solo la violencia directa (a través del sistema de control social formal) disciplina cuerpos. Por supuesto, la violencia oculta de las relaciones económicas –por ejemplo- también produce sujetos que enferman, y destruye cuerpos. Las relaciones sociales desiguales en la educación o la salud (con la inequidad de acceso que caracteriza a nuestras sociedades), lo mismo. Esto no será tampoco un mero efecto colateral, sino una estrategia de reproducción de las relaciones sociales mismas, esto es, un mecanismo reproductor. La marginalidad y consecuente estigmatización en el sistema de salud, en el sistema educativo, en el mercado de trabajo, en el acceso a información, en las condiciones precarias de seguridad social y laboral, etc., configuran así no los efectos no deseados (un “error” de la planificación); más bien es la consecuencia necesaria de una política pública que, en su aplicación sistemática, enferma sujetos y destruye vínculos.

A esto hay que anexarle por lo menos un factor más: la existencia predominante de **intelectuales orgánicos al Statu Quo**, que son los verdaderos artífices de la construcción de consenso. Ellos cumplen funciones táctico-estratégicas en la dominación social, pues constituyen el sujeto clave de la manipulación. No son solamente productores de consenso, sino también producto

de este, pero con esa **función diferencial, la de agentes del sostenimiento de lo dado, la de sancionar lo que escape a la norma o a lo esperado**, los que llevarán en clave de discursiva científica, el mensaje de la conservación reproductiva. Estos son los que construirán la innecesariedad lógica del sujeto en situación de calle y reforzarán la idea de que “hay que sacarlos de ahí”. Son diagnósticos así los cultores de la exclusión como una consecuencia lógica de un sujeto que ha elegido (suponen) el camino del estar y permanecer “a las afueras” del consumo.

7- El tridente metodológico de nuestro Modelo (principios metodológicos)⁷

Podrían sintetizarse los aspectos metodológicos del modelo de Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial en tres grandes componentes, a saber: **a) la Grupalidad, b) la Investigación Acción-Participativa y c) la Intervención Mínima.**

Cada uno de ellos requieren del otro, de modo que las falencias dadas en cualquiera de estos tres componentes o principios, distorsiona a los otros dos, o directamente los impide. Pero a su vez, cada uno requiere de un cuarto, que no puede ser soslayado, por su relevancia desde el enfoque de Derechos Humanos: **la Comunidad**. En efecto, de nada serviría el modelo de abordaje si no permite recuperar la dimensión de la libertad en vida comunitaria, para el sujeto de atención, tal como lo plantea el art. 29 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

En efecto, y más aún en el tema de la Salud Comunitaria donde suele preponderar el componente mental de la misma: ¿puede tener sentido ético cualquier tarea si no incorpora la dimensión de la dignidad humana? Y esta ¿Es asequible cuando se abandona, recluye o encierra a alguien en razón de algún padecimiento o discapacidad? De esta observancia deontológica surge la necesidad de incluir todo desarrollo metodológico de nuestras profesiones en una visión o perspectiva comunitaria.

El concepto de comunidad ha sido utilizado de muy distintas formas y ha expresado muy diversas ideas. Es, claro está, un concepto también clave en nuestro tema. Ahora bien, por dónde comenzar... por el problema. En primer lugar, aparece la cuestión de que una comunidad es un **haciendo** y no un **estando**, es un **siendo en el camino**, no un **punto de llegada**. Nunca se ha visto una comunidad según la cual sus miembros ostenten serlo definitivamente. Siempre falta algo... son y serán incompletas, inacabadas, por crecer, en desarrollo. Jamás se ha visto una comunidad en estado “de adultez”. Por otra parte, las comunidades se caracterizan por lo que quisieran ser y tener y nunca llegan a... Son un **querer ser**; lo que reúne a sus gentes es una **utopía**, nunca un acuerdo actual, vigente y compartido. También es de importancia situar como cuestión relevante en el asunto que, en toda comunidad, **la historia compartible es oral** y que pocos o nadie cree en los relatos escritos de ella. Son los comentarios de leyenda y las voces de los más memoriosos y míticos relatos los que reconstruyen esa historia de la comunidad. Esa historia es móvil y cambiante en su contenido y fija e insistente en su sentido. Es una historia siempre novelada, con pocas y dudosas fechas y muchos personajes extraños y/o cuasi-fantásticos. Sin embargo, de esa imprecisión se nutre la historia compartida y en mucha menor valencia, en cambio, los constructos *científicos* del pasado. Ocurre lo mismo con la historia novelada de sus grupos y miembros. Generalmente, la historia “oficial” de toda comunidad se apoya en la escrita, mientras que la compartida por sus miembros y aceptada por hijos y afines es la contada con esa especie de realismo mágico de “irreales” actores sociales, que le dan vida y hacen que esa otra, la oficial, esté hecha para no ser leída. Así como cada comunidad perfila su memoria viva del pasado, también modela las formas de funcionamiento y de interacción de sus grupos, sobre todo los grupos de crianza.

Toda comunidad encuentra, sin embargo, puntos de contacto en esas historias siempre transformándose. Constituyen unidades definidas por un territorio común, delimitado y más o menos preciso, pero que suelen no respetar las demarcaciones políticas de las tierras, sino que –más bien– parece relacionarse con accidentes geográficos, delimitaciones de carácter urbano (vías férreas, plazas, calles con peculiaridades especiales, etc.), a partir del asentamiento de grupos étnicos o

⁷ Parágrafo extraído de la Tesina ya citada, con escasas modificaciones.

subculturas específicas en ese territorio. Este conjunto de personas tienen relaciones de intercambio en el que comparten “algo”. Sus pautas de vinculación son de algún carácter común y sienten respecto de un cúmulo de temas en forma similar. Una comunidad puede ser así un barrio, un pueblo, una zona geográfica, una isla, una montaña o una región entera. Lo que la hace tal es “cierta” homogeneidad. Es “como una unidad”, dice el diccionario. Pero ¿dónde buscar dicha unidad? Siempre es posible divisar subgrupos, diferencias o prejuicios (entendidos éstos como “juicios previos”) que marcan lo distinto. Una de esas formas de lo distinto, es la separación de *lo dañado*, de *lo patológico*. Creemos, en una palabra, que, más allá de la especificidad de cada disciplina, y más acá de la función social del profesional, **debemos comenzar a articular la psicología clínica con la psicología comunitaria, toda vez que nos propongamos restituir el derecho a vivir en comunidad** o, dicho de otro modo, reintegrar a una persona a su entorno vital, esté ésta encerrada o abandonada a su suerte. Así, esta cuestión de definir qué es una comunidad y cuándo podemos hablar de la existencia de ella como unidad, nos llevó a la búsqueda de condiciones...

<<Las comunidades se construyen a partir del movimiento de los grupos que las componen. Para que este movimiento sea posible, se requieren de los grupos una serie de necesidades, ya sea que hablemos de un pequeño grupo o de una sociedad entera.

A) Condición del Tiempo: *necesitan haber construido una historia, un discurso que haga de la historia su propia historia*. Ello le dará la posibilidad de decir desde dónde vienen, los ubica en relación al afuera en el presente y, así, se les permitirá imaginar un futuro deseado. Construirán, en definitiva, su temporalidad: pasado, presente y futuro.

B) Condición del Espacio: les será necesario *contar con formas de organización y tareas que den realidad concreta y funcionalidad al agrupamiento; necesitan compartir un espacio común*. El espacio común es la condición sin la cual el grupo no es otra cosa que la suma de individualidades.

C) Condición de la Identidad: a partir de las condiciones anteriores, para que haya “comunidad” se requiere que (construida su historicidad y ubicada desde un espacio genérico y diferente), **el grupo cree ciertos significados que le dará una identidad**. La identidad del grupo es sustancial para crear la entidad de una comunidad.

La identidad, entonces, **es el motor** de toda comunidad, en tanto dará al grupo tanto el elemento nucleador que constituye compartir un origen común (su historia), como la posibilidad de intentar (y eso sólo basta como intención) **desarrollar los ideales a través de tareas participativas y horizontales**. >>⁸

Tres marcas de la pertenencia del sujeto en su comunidad: a) Un nombre, registro del pasado, de lo historizado, en el presente; b) “un soy...” que aporte identidad y c) una utopía, futuro soñado desde ese presente común que construya sentido, un querer ser algo que aún no se es, para ser otro nombre. Por eso es que las comunidades nunca son definitivamente; siempre quieren ser otra cosa, otro nombre, mejor, superior, más unidad... y está bien. De allí que cuando hablamos de salud (y en especial de salud mental), hablamos de comunidad, porque **no es posible pensar un abordaje del padecimiento psíquico, sin recurrir a la inclusión plena del sujeto en la vida comunitaria**.

Desde esta perspectiva, que coincide plenamente con el enfoque de Derechos Humanos, no podríamos decir que la historia ha sido de lineal progreso. Menos en nuestras sociedades autoritarias y tan afines al fascismo y al totalitarismo. La intolerancia ha hecho de los modelos del trato un sendero lleno de retrocesos y avances que, en retrospectiva, nos obliga a repensar cada día y a cada momento, la función social de nuestras profesiones. El Modelo de Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial, un emergente más de esta historia⁹, pretende asumir esa **necesidad de**

⁸ PIFATACS: Documento Marco: “Comunidad: Historia -- Memoria -- Utopía”. Presentación del P.I.F.A.T.A.C.S. (Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP) en el 1º Encuentro Nacional de Educadores. Co-organizado por el Instituto Nacional del Menor de R.O.U. (I.N.A.M.E.) y la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República (Uruguay). 17-18/04/1997, Montevideo, Rep. Oriental del Uruguay. Publicado por la Editorial Cuadernos del Caleuche.

⁹ Su nacimiento se dio en un grupo de profesionales viviendo en situación de exiliados políticos.

una mirada crítica, y autocrítica, que no abandone al sujeto, privilegiando cualquier otro componente o asunto, por la razón que fuere. Es un compromiso, un resguardo ético nodal que fundamenta cada uno de los principios metodológicos que a continuación se describen. Sostenemos como principios ejes de nuestro trabajo desde este modelo de abordaje los siguientes tres componentes:

7.a) la Grupalidad

Sin desconocer la especificidad de los fenómenos psico(pato)lógicos, el recurso de la Grupalidad pretende ser fiel a dos series de cuestiones:

- a) la forma en que se desarrolla la vida humana en la comunidad no se puede pensar por fuera de la participación y la pertenencia a grupos, y
- b) la necesidad de su preeminencia metodológica en el proceso de sostenimiento o reintegración de la persona con padecimiento mental, o en conflicto con la Ley, en su entorno vital (claro que esto presupone su tratamiento psicológico, pero como hemos visto, éste requiere a su vez su complementario enfoque revinculante).

Dicho esto, la Grupalidad se puede sostener en una infinidad de dispositivos, desde los talleres de rehabilitación de capacidades, hasta las reuniones familiares, pasando por las asambleas institucionales. Son estos algunos ejemplos solamente de las innumerables situaciones donde la grupalidad es predominante. El modelo de Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial requiere el desarrollo de tecnologías de intervención psicosocial, desde un criterio participativo no asistencialista. Si se pretende que las personas logren una calidad de vida acorde con la dignidad humana, de vinculación con sus semejantes y con la realidad, el abordaje del padecimiento psíquico se vuelve imprescindible. La Grupalidad será entonces la bisagra que conjugue el principio de lo participativo en el sujeto, con el de la preservación de las garantías y los derechos fundamentales, comenzando por el **derecho a la palabra**. El eje de la Grupalidad deberá tener en cuenta la complejidad del abordaje y adoptar una metodología participativa, considerando que el modo de resignificación y desarrollo de los lazos sociales (*Capacitación Vincular*), en sí mismo, se convierte en un contenido operativo en lo que hace a la prevención, a través del cual es posible pensar incluso en la *promoción de la salud*, y no solamente en la asistencia al *síntoma*.

Justamente, el carácter grupal de la intervención psicosocial tiene la virtud de multiplicar la fuerza de la palabra, y de todo mecanismo expresivo, con las consiguientes ventajas para la elaboración subjetiva. Claro que una buena articulación con el abordaje individual, puede complementar un tratamiento, antes que anular sus efectos. Elegir entre uno u otro grupo de técnicas siempre ha sido un desatino, cuando no un prejuicio profesional. Al actuar en sentido opuesto, la intervención con (no “sobre”) la persona, aunando su abordaje con el de sus grupos de pertenencia y con la comunidad de referencia, los saca de la “condición de objeto”, impidiendo el carácter reproductivo de las instancias de institucionalización del sufrimiento, sobre todo su estigmatización. Es que si no ponemos *únicamente* el acento en el sujeto, sino también en todo cuanto lo rodea, somos nosotros los que no aceptamos culparlo de su padecimiento, pues no asumimos (aunque más no sea tácitamente, con esa conducta) adjudicar a él, y solamente a él, el *pathos*. En efecto, **los profesionales podemos contribuir a la reproducción de las instancias de estigmatización, discriminación y aislamiento cuando ubicamos en el interior del sujeto toda la mirada sobre su padecimiento**. Facilitamos así el control social de aquello que se ubica como “lo desajustado”, como “lo desviado”.

Esta forma de anulación de la dimensión grupal de todo padecimiento, es una forma más del veto de la palabra. En nombre de la representación más sabia y efectiva de los “investigadores” de lo intrapsíquico, se impide la constitución del sujeto en tanto ser humano integral (al modo como lo conceptualizara José Bleger), incluyendo sus dimensiones como ser vincular, como ser social, como ser cultural y como engranaje de un medio ambiente dinámico y cambiante (centrífugo o centrípeto), es decir, como componente de un entorno comunitario y ecológico dado. **El asistencialismo intrapsicológico** (y peor aún cuando se practica desde un dispositivo congelado), **puede terminar así, sin buscarlo, siendo funcional al esquema de la sociedad de consumo**, tendiente a apartar del medio productivo, todo lo que obstaculice el proceso de circulación de bienes y servicios. Así, se

establece para estos grupos, desclasados, su propio “Mercado”: el de su cuidado en espacios de apartamiento social, pasando a formar parte de lo que varios autores han llamado el Mercado de la Salud Mental¹⁰. Ese modo de sacarlos del medio, pero estableciendo su reclusión, es lo que se puede llamar una **exclusión incluyente**. Ya hemos mencionado lo que esto significa desde la perspectiva de los Derechos Humanos.

Es esta la razón para entender a la Grupalidad no solamente como un medio regio para el abordaje, sino como una necesidad ética y técnica. Por esto, desde el Modelo de Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial cuando se desarrolla un proyecto cualquiera, con sus dispositivos de intervención, lo primero que hacemos es crear espacios grupales donde se ha de hablar, para instituir de entrada dos principios fundamentales:

- a) el derecho a disentir y
- b) la participación activa en el dispositivo.

La estrategia impacta también en quienes trabajan como técnicos. Cualquier sujeto que llega a un proyecto de este tipo, tiene expectativas acerca de lo que se va a encontrar. Esos saberes previos están influyendo, por tanto, sobre su percepción y sobre el modo en que se va a relacionar con el proceso de inclusión al dispositivo, que es –por otra parte- un dispositivo de aprendizaje social. Nosotros, los interventores, también aprendemos en estos dispositivos grupales, también nos grupalizamos y desarrollamos nuestra capacidad vincular. Lo que experimentamos depende de las redes vinculares que tenemos incorporadas desde nuestra construcción de subjetividad, a partir de los grupos primarios y secundarios que nos contuvieron (y el grado de elaboración sobre los mismos). Se requiere entonces una historización de los procesos de capacitación vincular propios y de la incorporación de los valores culturales implicados en la socialización consecuente. Este rescate de las modalidades de vínculo de su propia constitución subjetiva se vuelve una herramienta sustancial para el técnico en la intervención sobre grupos y personas en situación de vulnerabilidad psicosocial. Y es desde sus propias claves, es decir, desde las redes que las personas lanzan para leer e interpretar la realidad (peculiares, únicas en cada persona), como los sujetos de intervención y los técnicos podrán captar los nuevos conceptos, procedimientos y valores que se desarrollen posteriormente en el proceso de implementación de estos dispositivos grupales.

La Grupalidad (comparada con la sola aplicación de técnicas individuales) **introduce circularidad en la palabra** (multiplicada, dada la especificidad del dispositivo), **introduce disenso** y, así, **promueve la horizontalización de los espacios**, contribuyendo a la democratización de los intercambios y a la dinamización del poder mismo¹¹. En una palabra, **etifica las intervenciones**.

Cuando el recurso a la Grupalidad merma, o se vulnera como principio de regulación de los dispositivos de intervención, se verticalizan las relaciones y, por lo tanto, se abre la posibilidad para la (re)aparición de violentaciones y autoritarismos, tan propios de los ámbitos de la salud y tan proclives a revictimizar a los más vulnerables. Así, pierden todos. Por un lado, el sujeto, que sufre nuevas formas del daño, y por otro lado, el componente técnico, que se degrada a sí mismo, en sus intervenciones. Por ello, para nosotros, **la Grupalidad no solamente es un principio de intervención, es además un recurso de salud mental para los equipos de salud**.

7.b) Investigación-Acción Participativa: el respeto por los diversos campos de saber

¹⁰ Se puede citar, por ejemplo, al artículo de Fiaschè, A.- Tuckman, G. – Fried, W.: “**El mercado de la salud mental**”. En Autores Varios “Lo grupal 4”, Ediciones Búsqueda.

¹¹ Recuerdo puntualmente un ejemplo, en la experiencia de implementación del Hospital de Día del Neuropsiquiátrico de Melchor Romero. La mayoría de los pacientes provenían de sus salas de “crónicos”. Al implementar un dispositivo múltiple de a) terapia individual, b) terapia grupal y c) talleres de expresión (corporal, literaria, plástica, etc.), fue en los espacios grupales donde surgieron los episodios de denuncias de maltrato, de violentaciones y de abusos, no siendo proclives a su tratamiento en los espacios individuales o de tareas no circulares. Evidentemente, el carácter horizontalizado del espacio era condición necesaria para tomar la palabra en estos asuntos, tan delicados, tan cuidadosamente riesgosos, para la propia integridad, en sitios donde no hay muchas garantías de protección para el denunciante. En ese sentido, la posibilidad de hacer estas denuncias grupalmente, o sea, de a varios, y de solidarizarse el grupo en ese acto, como un todo, brindaba una protección que permitía, al menos imaginariamente, contar con un apoyo que sobrepasaba las barreras de la autocensura.

Ya hemos visto que la circularidad, como marca que introduce el principio de la Grupalidad, debe complementarse con otro dinamizador, que llamaremos “**democratización del saber**”. Una concepción de la salud mental, que se proponga ser consecuente con el enfoque de los Derechos Humanos, no puede soslayar este componente sustancial a todo dispositivo. El tema es cómo lograr esto. Es aquí donde toma especial sentido para el Modelo propuesto la Investigación-Acción Participativa. Surgen de su inclusión varias consecuencias:

- a) **Continuidad del diagnóstico:** el proceso psicosociodiagnóstico para la intervención psicosocial no es ya un momento de la tarea (el previo al tratamiento y el posterior a la atención de la “crisis”), sino una dimensión del abordaje, que se reactualiza todo el tiempo que dura la intervención.
- b) **Carácter participativo:** El sujeto participa de su diagnóstico, con su memoria historizante, su perspectiva, su palabra y su prospectiva. En una palabra, con su saber, el cual será incorporado como punto de partida sustancial de toda diagnosis. Esto se traduce comúnmente en la afirmación de que se trabaja *CON* el sujeto y no *SOBRE* él.
- c) **Extensividad de la participación:** Todo lo planteado para el sujeto, se complementa con la aplicación del mismo criterio para los grupos de crianza, de pertenencia y de referencia, y para el ámbito barrial comunitario de dicho sujeto. Este punto es sustancial en todo proceso de reintegración comunitaria, por ejemplo, luego de un tiempo previo de reclusión o aislamiento.
- d) **Investigación-Acción:** El proceso de indagación diagnóstica es a la vez un inicio de la intervención misma (por eso hablamos de “investigación” y, a la vez, de “acción”), pues requiere de la inclusión en el proceso de todos los componentes y actores mencionados, que es ya una intervención de extrema relevancia para el abordaje del padecimiento.
- e) **Enfoque Integral:** El carácter participativo se introduce desde varias dimensiones, pero la sustancial, es la necesidad de introducir coherencia entre el criterio que establece la co-producción social y vincular del padecimiento (el carácter de “emergente” del sujeto padeciente¹²) con la necesidad de incluir a cada uno de esos estamentos y funciones (lo familiar, lo fraternal, lo relacional-laboral, lo recreacional, lo vincular amoroso, y el resto de los espacios de participación del sujeto) en el abordaje y tratamiento de dicho padecimiento o situación de crisis vital.¹³

Estos elementos introducidos por un abordaje metodológico posicionado desde la Investigación Acción Participativa (IAP), no pretende soslayar (no nos cansaremos de decirlo) el espacio de tratamiento individual, asentado en la necesidad de atención a los aspectos subjetivos de carácter intrapsíquico y en la imprescindible elaboración de los aspectos simbólicos e imaginarios de su relación con el exterior. Pero cerrar en eso *el “tratamiento”*, dado el saber acumulado en el ámbito de la salud mental comunitaria, ya iniciado el siglo XXI, es algo de lo que no podemos adscribir ni sostener sin caer en el ridículo¹⁴.

En este sentido, la inclusión de la democratización del saber y la modificación de éste con las prácticas y la circulación del poder en nuestros dispositivos de abordaje, debe romper con varios preconceptos, de modo de introducir una nueva forma de abordar el padecimiento y/o la conflictiva con la ley. Lo hemos esquematizado en el siguiente cuadro, que compara el prejuicio inicial con que suelen funcionar los técnicos y la necesidad de su revisión.

¹² Hacemos referencia a la concepción pichoniana de la enfermedad.

¹³ Con esto quiero señalar la necesidad de superar aquellos abordajes que reconocen la multidimensionalidad de la producción del sujeto de la psicopatología, y por el otro, ensaya intervenciones focalizadas en una de ellas, autísticamente, sobre el sujeto. ¿No es contradictorio acaso esto? Y si vamos más allá: ¿no termina siendo culpabilizante?

¹⁴ Es fuente además, quizá la principal, del alejamiento de la comunidad respecto a los dispositivos psicológicos, y su paulatino reemplazo por otros modelos de abordaje de la conflictividad subjetiva. Es algo para revertir cuanto antes.

Prejuicios profesionales	Revisión desde el Modelo de clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial
<i>El saber está solo en los técnicos</i>	Democratización del saber (inclusión de todos los actores en la IAP)
<i>El abordaje lo hace un solo actor profesional</i>	Interdisciplinariedad (horizontal)
<i>El sector salud es el que tiene las herramientas para el abordaje</i>	Intersectorialidad: incorporación del sector educación, justicia-seguridad, trabajo, seguridad social, cultura y recreación, entre otras.
<i>La institución tiene todas las respuestas (El paciente es de la institución, le pertenece).</i>	Interinstitucionalidad: el abordaje requiere respuestas integrales de articulación de dispositivos interinstitucionales.
El tratamiento del padecimiento mental es la psicoterapia. El tratamiento del sujeto en conflicto con la ley es la sentencia judicial.	Multidimensionalidad: en un enfoque de complejidad, no restrictivo, la causalidad se multiplica y el abordaje también.

Un comentario especial merece el tema de la interdisciplinariedad, pues siempre aparece con el carácter de “problema”, el hecho de compartir con otros, de otros ámbitos, disciplinas, modos de ver el mundo, etc., la intervención (diagnóstico y tratamiento). La interdisciplina aparece a los ojos de todos como el problema fundamental del trabajo grupal en cualquier ámbito, sea salud, educación, control social, etc. La heterogeneidad de saberes en cualquier equipo es de conocida y aceptada preferencia, pero la in-tolerancia de tales distancias epistemológicas y metodológicas, hace estragos en una buena parte de las dependencias del Estado y en entidades comunitarias. En función de poder abordar las diversas problemáticas de las instituciones y comunidades en donde se aplica la IAP es que resulta imprescindible contar con la máxima medida de recursos humanos y de tecnologías de intervención.

Esto debe quedar absolutamente claro: en el modelo de Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial no se trabaja en interdisciplina por *elección* metodológica, o por ser éste un estilo de trabajo, entre otros; **la interdisciplinariedad es una medida estratégica insoslayable - insustituible- en el abordaje de grupos y personas en conflicto social o en crisis vital**. No es posible hacerlo de otra manera. Si bien es cierto que cada disciplina construye discursos, formas de ejercicio de poder, estrategias de abordaje y técnicas de intervención, mucho más cierto es que si no se superan esas diferencias, se priva a la comunidad de una complejidad de recursos de la que no tenemos razones para sustraer, más que la propia mezquindad, la propia elección y la afirmación de lo que nos identifica a nosotros restrictivamente. Pero poco tiene que ver con el problema en sí, esto es, con el tema que se nos plantea desde la comunidad y sus grupos de pertenencia, los sujetos padecientes como emergente sociocomunitario y vincular, sino con el narcisismo personal y profesional reinante en los equipos.

Por eso, los intercambios recíprocos de saberes, desde la IAP, resultan imprescindibles para la atención de la vulnerabilidad psicosocial. Ahora bien, esa necesidad de sostener los intercambios de saber entre las diversas disciplinas que participan del abordaje, requiere de su **horizontalidad**, de su **funcionamiento circular y democrático**. **Si se quiere hablar de interdisciplinariedad, se debe entonces democratizar todo el abordaje, entre las disciplinas participantes**. En las supervisiones institucionales siempre preguntamos cuáles son los dispositivos que se practican para el ejercicio pleno de la supuesta interdisciplinariedad (ver el siguiente cuadro)¹⁵. Las preguntas obligadas sobre el proceso decisorio en la diagnosis y el tratamiento son:

¹⁵ En realidad, esto opera como analizador, pues permite detectar el grado de concreción del discurso del equipo.

Pregunta sobre las decisiones	Disyuntivas (lo restrictivo o lo participativo) Autoritarismo / Democracia	Dispositivo necesario (para la efectiva interdisciplinariedad)
Quién/es	Una disciplina o el equipo	Reunión de Equipo
Cómo	Desde órdenes o por consenso	Asamblea institucional
Qué (involucramiento)	El sujeto o su Entorno	Reunión intersectorial (sujeto, familia, instituciones, equipo, etc.)

Como vemos, hablar de interdisciplinariedad nos remonta a la constitución de espacios de grupalidad. Esto no debiera sorprendernos, pues es en el marco de la grupalidad –como forma de sobrevivir en el nivel de lo humano- que se cimienta el dispositivo mismo de la IAP, en tanto forma estratégica del abordaje de esos grupos. De allí que el modelo de trabajo del equipo que dirige el Prof. J. C. Domínguez Lostaló insista en que **operar en comunidad es, siempre, vincular**. Pero además es, antes que nada..., vincularse, tolerando sus vicisitudes (y siendo también tolerado en los obstáculos propios), respetando la palabra del otro, para ejercer el derecho de ser escuchado en el uso de la propia, aún en el disenso. Si no nos es posible participar en grupos de trabajo con estas reglas y características, ¿Qué podemos pretender de la persona, grupo o comunidad a atender? ¿Qué hacer en ella y desde dónde? ¿Desde qué ejemplo y sostén ético?

7.c) Intervención Mínima: las 3 P del encuadre

Cualquier abordaje de personas debiera tener por primer precepto que el sujeto que ha sufrido o sufre por cualquier razón y de cualquier forma de daño o herida, merece **SIEMPRE** ser atendido. Es lo que conocemos como el Derecho a la Salud. Pero este principio presente ya en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se articula con otro principio, complementario, que no es menos significativo: **el principio de intervención mínima**. Este tiene varias lecturas. La primera es que **el dispositivo implementado para remediar o remitir ese daño no puede producir uno mayor**, ni puede avasallar más derechos de los ya interdictos, resignados o perdidos. Un planeamiento que no tome en cuenta esta premisa es un planeamiento incompleto y hace peligrar su legitimidad, además de su eventual ilegalidad. Esto nos debiera obligar a repensar permanentemente nuestros dispositivos de intervención en Salud Comunitaria.

En segundo lugar, **la construcción de dispositivos de intervención**, para ser efectiva, **debe apoyarse ineludiblemente en aquello que los sujetos pueden tolerar y comprender** acerca de su situación y su entorno. Desde este punto de vista, toda comprensión es siempre construcción e interpretación que realiza principalmente el sujeto participante, de modo que algunos autores llegan a afirmar que la realidad supuestamente “hallada” en una situación cualquiera, es una realidad “inventada” y su inventor no tiene conciencia del acto de su invención, sino que cree que esa realidad es algo independiente de él y que puede ser descubierta; por lo tanto, a partir de esa invención percibe el mundo y actúa en él. Pero el acompañamiento de ese proceso, requiere de los tres componentes básicos que ordenan el encuadre de trabajo (descriptos en el presente acápite).

La falta de consideración de esta tríada hace que los sujetos de intervención, sean tratados muchas veces en la institución donde fueran o sean llevados, como si estuvieran “vacíos” de conocimientos e intereses:

- *Al no grupalizarlos*: Concibiéndolos como individuos receptores de información, a ser incorporada automáticamente (!).
- *Al no hacerlos partícipes*: como si nada sintieran y pensarán de todo cuanto los rodea.
- *Al Intervenir sin ellos*: desarrollando acciones autísticamente concebidas e implementadas, que terminan por des-afectarlos y des-implicarlos, por excesivo e invasivo uso de una estrategia de planificación y gestión de la que están excluidos.

En ese momento se los ha ubicado en “condición de objeto”. Suele ocurrir lo mismo en los espacios de salud comunitaria de los diversos ámbitos de trabajo centrados en el abordaje de

sujetos en procesos terminales de exclusión social. Sin embargo, ellos tienen siempre sus visiones de la realidad, visiones que sirven para funcionar en el mundo que les rodea. Saben sobre la ciudad en la que viven... sobre los conflictos sociales que padecen..., sobre el entorno patogénico que les excluye o daña, etc. De uno u otro modo, los temas que podemos abordar en nuestros dispositivos, forman también parte de sus marcos de referencia habituales. Debiéramos respetar más ese saber resultante de sus estrategias de supervivencia, en el día a día. Nosotros, como facilitadores o mediadores de la reintegración sociocomunitaria y vincular, y como sostenedores del encuadre del dispositivo, tenemos que **hacer posible que todo ese conocimiento previo se exprese y se sistematice, trabajando a partir de lo que ya saben y piensan**. Este trabajo de facilitación participativa es un elemento fundamental para conformar un campo de experiencias previas y de explicaciones del que las personas no pueden desasirse inicialmente, cuando participan en acciones de reducción de la vulnerabilidad (la de un semejante próximo o la propia), aumentando la contención vincular y comunitaria de los miembros. De modo que siempre estaremos trabajando con esa realidad como telón de fondo, por lo que hay que explicitarla y operar desde ella.

Evidentemente, la clave para la superación del *asistencialismo* (sea en la práctica que fuere) o el clientelismo, está en el lugar que se le asigna al sujeto. Toda vez que es ubicado como mero receptor de la acción, cada ocasión en que se lo posiciona en la ignorancia, siempre que sea desconsiderado en las decisiones a tomarse, se estará recorriendo el camino de la construcción de su *dependencia*. Así, no será ético ni legítimo plantear que el sujeto de intervención es dependiente, pues esa dependencia se la habría construido desde el propio modelo de intervención, que allí lo ubica y lo constituye, a partir de praxis objetalizadoras y manipulatorias del otro.

Por ello, toda vez que se sostiene una atención no asistencialista, se escuchará por parte de los sectores más conservadores, de lo instituido, un coro de prejuicios y temores sobre lo que el sujeto pueda hacer y sobre lo que pueda devenir, en tanto y en cuanto se siente que se pierde el control de la situación. Esta apertura al sujeto, en el caso del proceso de salud-enfermedad, requiere repensar y reposicionarnos como técnicos. En ese sentido, es que cabe preguntarse por nuestro rol, en relación al sujeto de intervención. Como ya lo hemos planteado, tendremos –siempre- en un extremo la indolencia y en el otro, el compromiso (Ulloa, 1995, *Novela Clínica Psicoanalítica*. Paidós).

En tercer lugar, la construcción del conocimiento sobre una realidad dada, como es el padecimiento mental, exige que la comunidad tome parte de la intervención psicosocial haciendo que nuestra acción u operación sea mínima, en la medida que se fortalezcan sus capacidades de contención. Es una operación interactiva en la que, por un lado, operan las cualidades y problemas del entorno y, por otro, los marcos de referencia que forman parte de la estructura convivencial de los miembros de la misma y del grado de fortaleza de las redes sociales de sus grupos. Así, **intervención mínima es también sostener la tensión entre sujeto y comunidad, facilitando sus procesos de integración**.

Estas consideraciones tienen valor al hablar de los sujetos, y no son menos importantes cuando se refieren a la comunidad. Los patrones subculturales y de idiosincrasia de cada instancia barrial son elementos esenciales que no deben ser ignorados por el operador, a la hora de intervenir psicosocialmente. La interacción sujeto-entorno, cuando es operativa y participativa, permite que los aprendizajes en ella obtenidos se conviertan asimismo en construcciones de sentido histórico cuyo impacto es constitutivo de su identidad. Modifica a la comunidad misma, y la prepara, para nuevas formas de vinculación en un nuevo proceso de aprendizaje social (capacitación vincular), lo que vuelve plausible el principio mismo de Intervención Mínima. Digamos que en la medida que nuestra intervención sea la mínima posible, concomitantemente se facilitarán procesos de integración máxima posible entre el sujeto y su entorno vital.

Así, el papel del técnico varía, pues pasa a operar como facilitador de recursos vinculares entre sujeto-entorno o grupo-entorno, lo que dará lugar a nuevas formas de organización comunitaria de sus emergentes (como el sujeto padeciente), poniendo en juego las estrategias necesarias para que las personas en conflicto o crisis puedan relacionar aquello que asimilan con lo que los ha vulnerado. De este modo, será posible generar, mediante nuevas síntesis, formas superadoras de vinculación de menor conflictividad. Queremos decir, que esto permite pasar de la **atención de lo sintomático** (asistencia de lo dañado o “enfermo”), a la **promoción de la salud** (como contribución al desarrollo humano sostenible), ni más ni menos. Este nuevo rol profesional planteado para el técnico inserto en dinámicas comunitarias no excluye ni se contrapone con quien ejerce el rol

psicoterápico clásico en la práctica “*de consultorio*”. Pero creer que en ese esfuerzo se agota la función social del profesional y su capacidad de atención, es cuanto menos una auto-restricción innecesaria. Otras veces, una marca ideológica o una anticuada visión, enraizable en lo que Foucault llamaba el “*Poder Psiquiátrico*”. Debemos estar atentos a no terminar por autocensurarnos en nuestra potencialidad como disciplina profesional, acabando por “entregar” campos del desempeño legítimo y legal de un ejercicio técnico cuya principal dificultad es, muchas veces, el miedo del propio profesional a salirse de su mundo más conocido. El profesional o el técnico del saber práctico en salud comunitaria deberá llevar adelante una tarea sostenida en tres principios de actuación que hemos bautizado en otro lugar¹⁶ como “**la estrategia de las 3 P**”. Son elementos de juicio actitudinales a tener en cuenta en el proceso de planificación y sostenimiento de la tarea, cuyo objetivo central es **establecer una circularidad interdisciplinaria, horizontal y participativa, en el abordaje integral del fenómeno humano atravesado por la Ley**. Oficia de sustento del encuadre desde este nuevo rol, apoyado en el principio de intervención mínima, en el marco del modelo de Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial, ya expuesto. Estos tres elementos claves son:

- 1) La primera P es la de la **Presencia**, como componente inicial y vital en toda intervención que se encuadre en la IAP. Se define por oposición a la planificación y gestión “de escritorio”, tan clásicamente observable en el Estado, ya sea en sus modalidades asistencialistas como libremercadas –neoliberalismo mediante–, donde –en ambas– la mayor parte o la totalidad de la acción pública de gestión de la temática se desarrolla sin contacto directo con la problemática. En el caso de la Salud Comunitaria, es imposible realizar intervenciones eficaces sin un trabajo directo con el sujeto en su propio marco institucional (si está recluido), o convivencial urbano (si se encuentra en situación de calle), sin conocer los servicios públicos y comunitarios de los que se dispone.
- 2) La segunda P es la de la **Permanencia** (sostenimiento de la *presencia*) pues es el medio único posible para generar políticas estables en el mediano y largo plazo (no tan solo esporádicas o episódicas) y establecer lazos firmes y profundos entre el grupo, servicio o institución y la comunidad. El contraejemplo de esto es, por ejemplo, cuando “aparece” el Estado a nivel local desarrollando políticas de contención específicas (frazadas, café, sopa, etc.) sobre el sujeto en la calle, en los meses del invierno, para atender el frío extremo, perdiéndose en la nada, el resto del año.
- 3) La tercera P es la de la **Paciencia** (manejo de los tiempos), que supone generar procesos participativos donde los otros se incluyen desde sus propios ritmos y secuencias de acción y gestión. Evidentemente no se puede hablar de un carácter participativo en cualquier IAP cuando se persiguen tiempos de implementación de acciones ajenos a la temporalidad de sus participantes y de la comunidad como un todo. Esto puede verse muy claramente en el tiempo que se da la comunidad para recibir a una persona en rehabilitación psicosocial, en su regreso a la vida barrial, luego de un episodio de internación.

Por último, **la intervención mínima consiste en llevar adelante el tratamiento menos restrictivo posible** (tal como lo indica ONU permanentemente¹⁷), **con la paciencia necesaria para no soslayar los pasos que requiere todo proceso de cambio**, con su elaboración en avances y retrocesos, que siempre ostenta. La paciencia se opone a lo que Freud ha llamado el *Furor Curandis*, esa tendencia profesional a imponer los tiempos y las formas del proceso de reversión de un cuadro dado. Ese manejo de los tiempos del sujeto y su entorno, requiere su complemento en la necesidad de sostener esa presencia en el acompañamiento y la facilitación de los recursos técnicos para el abordaje del caso. Digamos que la paciencia se sostiene en la presencia no discontinuada.

¹⁶ Ficha “**La grupalidad como eje constituyente del trabajo comunitario**”. Exposición realizada el 29/04/2000, en el marco del *Curso de Capacitación Laboral para operadores en comunidad*. (Nivel III: *Estrategias de Intervención comunitaria*). Publicación del P.I.F.A.T.A.C.S. Secretaría de Extensión Universitaria, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, U.N.L.P.. Publicado en la edición de 2001 y 2002 como ficha interna del Curso. Incorporado en marzo del 2002 como material bibliográfico para la capacitación de los equipos municipales en el ámbito del Plan Nacional de Prevención del Delito. Sec. de Política Criminal. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación

¹⁷ por ejemplo en los **Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental** (Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 119. 46 Sesión. 1991).

Por último, el eje estratégico de la planificación supone que la interdisciplina funciona de tal modo que en el proceso de modificación o reversión de una situación crítica dada, se irá elaborando y repensando todo el tiempo que dura el abordaje, de modo tal de volverlo dinámico, creativo y ajustado a esos cambios permanentes que constituyen tanto la dimensión de lo subjetivo como la de su entorno ambiental y vital. Así, estos tres ejes de la estrategia de atención desde el modelo de Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial no son otra cosa que el modo en que el principio de intervención mínima se hace carne en el dispositivo de intervención.

8- Las técnicas

No haremos un detalle pormenorizado de las técnicas de abordaje que supone el enfoque, pues ello ya fue realizado en las investigaciones previas del PIFATACS (2009), donde se puso a prueba el modelo metodológico. En cambio, estableceremos algunos parámetros para la tarea de reintegración de personas que han sufrido procesos de expulsión de la comunidad, en diversos espacios de reclusión o exclusión. En este momento, el modelo de Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial es cuando se ha desarrollado más eficazmente, en tanto herramienta de revinculación del sujeto con su entorno. Es éste un punto de encuentro entre la psicología comunitaria y la psicología forense, pues una posiciona el ámbito y la tarea y la otra las herramientas de abordaje para su consecución eficaz. Enunciaremos a continuación algunas técnicas utilizadas para la recolección de datos y la intervención directa, a saber:

- Entrevistas en profundidad y semiestructuradas individuales y grupales
- Grupos de discusión
- Visitas domiciliarias
- Relevamiento de recursos vinculares e institucionales de la comunidad
- Análisis de cobertura institucional

El desarrollo de estas técnicas se implementan en bloque, en forma simultánea y tienden a producir un relevamiento participativo, esto es, incorpora la visión de los vecinos en la construcción del esquema diagnóstico (IAP). Descompuesto en etapas de intervención el modelo de Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial, procede del siguiente modo:

A- Etapa Diagnóstica

1. **Relevamiento de la situación jurídica** del sujeto, en base a lo trabajado por la instancia jurídica correspondiente (Defensoría, Curatela, Patronato, etc.) y lo reflejado en el expediente judicial.
2. **Diagnóstico Familiar**, con especial énfasis en el estudio de su capacidad de contención (y sus dificultades) del sujeto que sufre el proceso de desafiliación.
3. **Diagnóstico de Vulnerabilidad** psicosocial y socio-comunitaria del sujeto en tanto padeciente.

Actividades que esto presupone: Visitas domiciliarias. Entrevistas familiares. Entrevistas al grupo de convivencia (cuando no sea coincidente o sea necesario como segundo grupo de contención y/o apoyo). Relevamiento de recursos vinculares, grupales, institucionales y comunitarios. Interconsultas (medico-clínica, psiquiátrica, endocrinológico-inmunológica, etc.). Relevamiento de la situación educacional, laboral y jurídica del sujeto. Determinación de la estrategia de supervivencia y situación económica del grupo familiar y del sujeto. Relevamiento de las potenciales fuentes de sostenimiento económico del sujeto.

B- Etapa de Intervención

4. Elaboración y puesta en marcha de estrategias de intervención para el abordaje vincular a través del **fortalecimiento de la capacidad de contención del grupo de pertenencia y7o referencia**.
5. Elaboración y puesta en marcha de estrategias de intervención para el **mejoramiento de la capacidad vincular del sujeto**, que le permita integrarse más eficazmente en sus grupos de pertenencia y referencia. Contención plena acompañada de su proceso vital, compartiendo sus espacios cotidianos de vida.
6. **Sensibilización de la comunidad y sus instituciones**, sobre todo en las que participe (real o potencialmente) el sujeto de intervención, para prevenir fenómenos de discriminación y exclusión (o marginación) de sus acciones sociales y culturales. Acompañamiento en las primeras visitas o participaciones del sujeto.

Actividades que esto presupone: Se especifica, en realidad, en cada caso en articulación al proceso diagnóstico previo. Pueden señalarse las siguientes en forma general y tentativa: Acompañamiento personal singularizado al sujeto en las actividades de salida o de encuentros. Preparación del encuentro o acogida de los grupos “de recepción” (grupo primario de acogida del sujeto) y de pertenencia y referencia (grupos secundarios). Preparación de los ámbitos locales institucionales de apoyo a nivel barrial y zonal (Unidades Sanitarias, centros de fomento, ONGs. barriales, etc.) para la recepción del sujeto y sus actividades. Interconsultas permanentes con el esquema de sostenimiento para la reinclusión: Dispositivo terapéutico (sea o no hospitalario). Acciones de promoción y fortalecimiento de los lazos del sujeto de intervención con su barrio en forma sistemática y permanente. Seguimiento de la situación jurídica que eventualmente quedara pendiente. Acciones de promoción y fortalecimiento de las estrategias de supervivencia para la consolidación del autovalimiento del sujeto.

C. Etapa de Egreso del Dispositivo: Acompañamiento en el seguimiento de la reintegración (“post-alta”).

7. Acompañamiento del sujeto en su reintegración efectiva a la comunidad.
8. Establecimiento de lazos de sostén para el eventual acaecimiento de *recaídas*

Actividades que esto supone: Visita domiciliaria y relevamiento del nivel y la estrategia de contención en su grupo de pertenencia y en el barrio en el que convive el sujeto. Establecimiento de lazos precisos y definidos entre el sujeto, sus grupos de sostenimiento vincular con la Unidad de Salud más cercana. Trabajo con el sujeto y su grupo para la detección de indicadores de recaída o de reaparición de *síntomas* del cuadro clínico previo (en casos de salud mental) o de conflictiva social predelictual (en casos de criminalización).

9- Conclusiones

El modelo de Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial lleva más de 20 años ininterrumpidos de tareas de investigación y transferencia de su tecnología de intervención. Ha sido probado y difundido (PIFATACS, 1999, 2009), con aceptación en organismos estatales y de la Naciones Unidas (Domínguez Lostaló, J.C.; Yago Di Nella y otros, 2001). Sin embargo, y a pesar de tiempo que lleva aplicándose aún resta profundizar en sus basamentos teórico-conceptuales y metodológicos, más allá de las corroboraciones que obtuviera respecto de su eficacia para el abordaje de personas y grupos en situación de extrema vulnerabilidad.

Este texto plantea su adaptabilidad al abordaje del núcleo de personas excluidas y que viven en situación de calle. Para ese objetivo hemos tomado los diversos aportes recibidos en el curso de nuestra formación como operadores comunitarios abocados a procesos de inclusividad social y ha procurado cubrir este problema, intentando dar cuenta de las ideas centrales que sostienen dicho modelo, haciendo hincapié en la cuestión del sujeto, las intervenciones que se realizan desde el

equipo interdisciplinario y el enfoque de derechos con el que debiera actuar, como paradigma que lo encuadra.

Sin duda, el quehacer sociocomunitario con los espacios de la exclusión, encuentra en este modelo de intervención psicosocial herramientas que le permiten un abordaje que se enmarca en la Constitución Nacional y sus instrumentos Internacionales allí consagrados, a la vez que revierte viejas modalidades de operar, sostenidas en perimidas ideas propias del peligrosismo positivista de inicios del siglo XX (Zaffaroni, 1999, 2000). Esto implica un reposicionamiento subjetivo del mismo equipo profesional, en tanto conlleva un replanteo de su labor, orientada a la interdisciplina, la interinstitucionalidad, la intersectorialidad y, en suma, de cara a la comunidad.

10- Bibliografía de referenci

- Aniyar de Castro, Lola: (1999) **La Participación Ciudadana en la Prevención del Delito: Antecedentes, Debates y Experiencias. Los Comités de Seguridad Vecinales.** En Revista *Alter-Nativas del Control Social*. Año 1 N° 1. 1999. Ediciones Cuadernos del Caleuche. Revista Latinoamericana de la Cátedra de Psicología Forense UNLP.
- Angelini, Silvio & Di Nella, Yago: (2008) **Criminología: seguir soñando sabiendo que se sueña.** En Di Nella, Y. (comp.) *Psicología Forense y Derechos Humanos. Vol. 1.* Buenos Aires. Koyatún Editorial.
- Bleger, José: (1973) **"Psicología de la Conducta"**. Paidós. Buenos Aires.
- Castel, Robert: (1995) La dinámica de los procesos de marginalización (de la vulnerabilidad a la exclusión). En *Revista Topía*. Año 1, Nro. 2, agosto.
- Di Nella, Yago: (2008) *Ciencia y modelos de Sociedad. Del control social a la Vulnerabilidad Social. El daño psíquico en la niñez, Factores de riesgo.* (pp 275-306). En Di Nella, Y. (comp.) *Psicología Forense y Derechos Humanos. Vol. 1.* Buenos Aires. Koyatún Editorial.
- Domínguez Lostaló, J. C.: (1995) **"Introducción a la Clínica de la Vulnerabilidad Psico-Social"**. Cuadernillo correspondiente al Curso sobre "Alternativas al Control Social Punitivo-Institucionalizado. Capacitación laboral como operador en Comunidad", Universidad Nacional de La Plata.
- Goffman, I.: (1970) **"Estigma: la identidad deteriorada"**. Amorrortu. Barcelona.
- PIFATACS: (1997) **"Comunidad: Historia -- Memoria -- Utopía"**. Presentación del P.I.F.A.T.A.C.S. (Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP) en el 1º Encuentro Nacional de Educadores. Co-organizado por el Instituto Nacional del Menor de R.O.U. (I.N.A.M.E.) y la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República (Uruguay). 17-18/04/1997, Montevideo, Rep. Oriental del Uruguay. Publicado por la Editorial Cuadernos del Caleuche.
- PIFATACS: (1999) **Desarrollo Comunitario para la Seguridad Humana en Latinoamérica. Prevención del Conflicto Social en el marco doctrinario y técnico de la Naciones Unidas.** Documento Institucional del Programa P.I.F.A.T.A.C.S. (U.N.L.P.). Editorial Cuadernos del Caleuche. Publicación auspiciada por el Programa *"Derecho Penal Juvenil y Derechos Humanos"* del ILANUD/COMISION EUROPEA.
- PIFATACS: (2009) **Desarrollo Humano en Comunidades Vulnerables: El método de la Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial. Programa de Trabajo Comunal Universitario (1995-2002).** Editorial Koyatun. Buenos Aires.
- Ulloa, Fernando: (1995) **"Novela Clínica Psicoanalítica: Historial de una práctica"**. Paidós. Buenos Aires.
- Zaffaroni, Raúl Eugenio: (1990) **"En busca de las penas perdidas (Deslegitimación y Dogmática Jurídico-Penal)"**. Temis. Bogotá, Colombia.