

SUBJETIVIDAD E INSTITUCIÓN TOTAL

**SEIS ENSAYOS PARA
UNA UTOPIA TRATAMENTAL**
(luego del desengaño)

YAGO DI NELLA

COLECCIÓN

TEXTOS UNIVERSITARIOS 14

 **COPALQUI**
EDITORIAL



ENSAYO 3

EL MODELO DE CLINICA DE LA VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL:

Un método de abordaje del sujeto atravesado por la Ley ⁸

MARZO 2008⁹

Freud nos mostró que no se puede estudiar la psicología del hombre como ente aislado porque la sociedad en la cual vive influye sobre él y él sobre ésta. Freud nos hizo adquirir conciencia de estos procesos. Parece haber llegado el momento de tomar el mismo enfoque frente a nuestro trabajo como psicoanalistas. Debemos considerarlo y ubicarlo dentro de la sociedad con sus influencias e interacciones mutuas y debemos tomar conciencia de las modificaciones en la realidad externa, social, que pueden ser consecuencia de nuestro trabajo y nuestros descubrimientos.

Marie Langer (1956)

⁸ Tesina final de integración de Yago Di Nella. Tutor: Juan Carlos Domínguez Lostaló. En el marco de la Carrera de Especialización en Psicología Forense. Facultad de Psicología. UBA. Primera Cohorte. Período 2005-2007. Aprobada.

⁹ Este texto tiene ya 14 años al momento de integrarlo a esta obra. Seguramente hoy reescribiría casi por completo su tosca textura. Tampoco sé certeramente si lo mejoraría demasiado. Me he resistido a tal tentación, pues preferí preservar su carácter documental, en tanto constituye la presentación del *Método de clínica de la vulnerabilidad psicosocial* que, si bien no es la primera históricamente, lo fue en mi original modo de reescribir y reinterpretar las enseñanzas de mi Maestro en torno al modelo de intervención, sus bases nocionales y su andamiaje técnico. El hecho de haber sido presentada y aprobada en el ámbito de la Facultad de Psicología de la UBA, tampoco es algo que quisiera descuidar ni menoscabar distorsionando esa escritura original. Así fue leída y aprobada, y así fue como obtuve el título de Especialista en Psicología Forense. Es también en algún sentido un (auto)homenaje a esa etapa profesional y académica. Luego tuve oportunidad de ser docente de esa misma especialidad y de otras, entendiendo allí la importancia de estas instancias evaluativas de otro modo. Todas estas consideraciones me hicieron optar por dejar intacto este texto tal cual fue presentada esta Tesis y, en todo caso, complementarla, suplementarla y hasta corregir puntuales errores 'de juventud' en los siguientes tres ensayos que dan continuidad a la presente obra.

1- INTRODUCCIÓN

Presentamos a continuación un modelo de abordaje del padecimiento psíquico, donde adquieren particular relevancia varios conceptos, entre lo que quiero subrayar algunos, a saber: “desarrollo humano”, “vínculo” (o mejor, “capacidad vincular”), “control social”, “operación comunitaria”, “derechos humanos”, “corresponsabilidad social”, “vulnerabilidad psicosocial”, entre otros. Dicho modelo, resulta de una intersección múltiple de varias disciplinas entre las que resaltamos la psicología comunitaria, la psiquiatría social, la teoría política, la antropología social y cultural, la epidemiología, la psicología de la salud o sanitaria, la teoría crítica del control social, la clínica criminológica, la psicología de los grupos, la psicología forense, entre otras. No pretendemos, ni mucho menos, dar un detalle acabado de dicho modelo, sino introducir algunos de sus aspectos conceptuales y metodológicos básicos que lo atraviesan.

El modelo de abordaje de **“CLÍNICA DE LA VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL”**, es una construcción práxica (Práctica – Teoría – Práctica...), propia del equipo de trabajo bajo la conducción académico-técnica de Juan Carlos Domínguez Lostaló, con aplicaciones probadas y exitosas, efectivizadas desde organismos internacionales como ILANUD (Instituto Latinoamericano de la Organización de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente) y UNICEF (Fondo de la Organización de Naciones Unidas para la Infancia). Así, probado y reformulado a través de investigaciones científicas llevadas a cabo en los últimos catorce años, el modelo encuentra una metodología ajustada sucesivamente en varias experiencias, en Latinoamérica. En Argentina, se desarrolló primeramente a través de dos investigaciones científicas en el marco de la Universidad Nacional de La Plata que dieron como fruto, luego de cinco años de trabajo continuado (1996-2001), una construcción colectiva de un modelo de abordaje de comunidades en situación de exclusión, ya sea desde el enclave barrial o desde sus instituciones. Desde esa Universidad la Investigación realizada por el Equipo de Investigación-Acción de la Cátedra de Psicología Forense (Programa de Investigación, Formación y Asistencia Técnica en Alternativas del Control Social –PIFATACS-), a cargo del Prof. J.C. Domínguez Lostaló, denominada **“Desarrollo Humano y Comunidades Vulnerables: Significación de la Modalidad Vincular en las Estrategias de Supervivencia de grupos marginados y excluidos”** en el período 1998-2000, como continuación y profundización del proyecto anterior **“Prevención del Conflicto Social”**. Fue acreditado por el Programa de Incentivos a la Investigación (Consejo Interuniversitario Nacional-CIN; UNLP. 1998-2001). Fue declarado de Interés por la Secretaría de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Cultura y Educación de la Nación y por la Dirección de Política Criminal del Ministerio de Justicia de la Nación. La investigación fue finalmente aprobada en 2001 por la UNLP. Informe final fue publicado posteriormente. Luego, en un segundo momento, se expandió y consolidó

mediante procesos de transferencia a gobiernos provinciales y a programas nacionales (2001-2008).

Es preciso aclarar que su actualidad se encuentra organizada en acciones de investigación, extensión y docencia, en el ámbito de la UNLP y en las actividades profesionales de su Equipo Gestor Original, inserto en distintas funciones y agencias del Estado (Rep. Argentina).

2- CONCEPTOS CLAVE

En función de un recorrido grupal que aún se encuentra en curso y perfeccionamiento, se fue estableciendo un desarrollo conceptual que en este momento se podría agrupar en tres nociones claves para pensar el modelo de clínica de la vulnerabilidad psicosocial. En un punto, los tres podrían enlazarse con el proceso de crisis de los paradigmas (en el sentido que le da Tomas Khun), ubicable entre la segunda mitad de la década del 70 y la primera parte de la década del 80. Los movimientos libertarios de la época y las ideas de justicia social y de igualdad participativa están en su base.

A continuación, presentamos un pequeño esbozo de estos tres conceptos, fundacionales y fundamentales para el enfoque teórico del modelo.

- a) Por un lado, el concepto de **vulnerabilidad** viene en su origen a contraponerse a la corriente positivista del pensamiento social criminológico (y en salud-enfermedad mental, también) que ubicaba en el concepto de *peligrosidad* del centro de su praxis de estigmatización (llamado diagnóstico), encierro (discurso del tratamiento) y castigo (asumido como práctica de supuesta rehabilitación social). Así, quedaba desnudada la faz ideológica del concepto de *peligrosidad*, punto de encuentro de la psiquiatría y el derecho desde hacía siglos en occidente (Foucault), en tanto componente sustancial del control social de todo desvío desde la instalación del Estado Moderno de las sociedades disciplinarias.
- b) En segundo lugar, aparecerá ante nosotros como insoslayable el concepto de **construcción de subjetividad**, en tanto intento de superar –por una parte- la vieja antinomia individuo-sociedad y – desde otro lugar- como inscripción en la psicología psicoanalítica de la época de un punto de anclaje convergente entre lo intrapsíquico y lo interpersonal. Esta posibilidad que aporta la idea de construcción de subjetividad como una noción que escapa a cualquier reduccionismo psicólogo (espiritualismo) o sociólogo, posibilitaría pensar cualquier fenómeno del campo de las ciencias sociales, sin prescindir (integrando) de ninguna de sus disciplinas que la componen. Pero, además, permite pensar a nuestro sujeto

de intervención en la constitución de su relación con la Ley, proceso propio de su singular construcción subjetiva.

- c) Por último, y en tercer término, ubicamos el concepto de **control social**, pensado este desde el margen regional latinoamericano. En efecto, la llamada corriente crítica de control social reformula el concepto desde un punto de vista que intentó aunar el pensamiento marxista con la criminología crítica emergente (Lola Aniyar, 2000), cuyo principal sustento era la doctrina de los derechos humanos (Zaffaroni, 1999, 2000). Así, el concepto sufrió una importante torsión, pues produjo una fundamental transformación de la noción, al poner en crisis el concepto de “poder” y, a su vez, ubicarlo desde el punto de vista geopolítico, y no sólo desde una lectura sociológica, tal como venía siendo empleada por el funcionalismo reinante en la época. Se pasó entonces de considerar al control social como el componente que permite la interrelación entre los seres humanos, a ser abordado en tanto eje nodal de los dispositivos de reproducción de las relaciones sociales establecidas (Domínguez Lostaló, 2008). Evidentemente, esto pone en crisis al concepto, el cual es utilizado ahora en tanto dispositivo, no como función (Angelini-Di Nella, 2008).

A su vez, los tres conceptos aparecen correlacionables, siendo incluso de gran esfuerzo pedagógico diferenciar algunos aspectos de sus elementos de la intersección que implican. Pasemos al análisis, breve pero necesario, de cada uno de ellos, antes de introducirnos directamente en los componentes del modelo de clínica de la vulnerabilidad psicosocial. Para no salirnos de nuestro tema específico y en honor a la brevedad, prefiero dejar aquí el análisis de estos conceptos. En la bibliografía del presente trabajo existe un detalle de artículos y textos que permite profundizar en cada uno estos tres conceptos claves. (PIFATACS, 1999, 2007)

2.a) Vulnerabilidad psicosocial

2.a)-1. Origen

A mediados de los años setenta en diversas investigaciones asociadas y concluyentes, en las cuales se estaba estudiando el problema de la selectividad en el encierro de determinados grupos o individuos de la sociedad, se practica una serie de relevamientos e indagaciones (cualitativa y cuantitativamente) a través de expedientes judiciales y de historias clínicas de personas institucionalizadas (cárceles, instituciones de “menores” y neuropsiquiátricos). Se da un resultado muy relevante, para la época. Se encuentra en sus historias de vida descriptas en el material escrito y en las entrevistas realizadas al efecto, recorridos vitales caracterizados por

vejaciones y violentaciones de todo tipo (hoy diríamos violaciones sistemáticas de derechos humanos, o sea, la imposibilidad de acceso a la cobertura de necesidades básicas), pero con una dimensión clara y netamente demarcable: el irrefutable “*daño psíquico*” producido (Di Nella, 2008), evidenciado como un efecto traumático de dichos sucesos históricos en la conformación de su personalidad (esto es, lo que hoy llamamos *consecuencias en la constitución ética del sujeto*). (PIFATACS, 1999)

Una de las primeras formulaciones aparece en el marco del naciente ILANUD en 1976 y 1977, creado ese año. Al siguiente se presenta un modelo de diagnóstico (en ese momento denominado simplemente “diagnóstico de vulnerabilidad”) que pretende contemplar estos aspectos, como forma de responder –antitéticamente- al modelo de diagnóstico criminológico y psicopatológico –según el caso- centrado en el estudio de la peligrosidad del sujeto (el cual no se posiciona en la historia y contexto vital de la persona, sino en los hechos o manifestaciones conductuales por los cuales se encuentra institucionalizada o en “observación y diagnóstico”). De allí surgiría la ya famosa afirmación de que “*nadie es peligroso, si antes no ha sido vulnerable*”. Comenzaría como hipótesis y terminaría como tesis.

Desde entonces, el concepto “Vulnerabilidad” –en general- se ha extendido y ha sido utilizado en muchos temas de las ciencias sociales. Desde la ecología hasta la histología, pasando por la etnología y las ciencias comportamentales, han hecho uso de él. Sin embargo, y por la proximidad con el nuestro que han tenido dos enfoques, quisiéramos diferenciar el concepto de Vulnerabilidad de las acepciones de Raúl Eugenio Zafaroni y de Robert Castel. No se trata aquí de cuestionar el uso dado al concepto por estos u otros autores, sino de precisar el sentido que tiene para nosotros, por comparación con sus respectivos enfoques.

2.a)-2. Vulnerabilidad Socio-Penal

En el primer caso, se habla de vulnerabilidad como el grado de probabilidad que tiene una persona de ser captada *selectivamente* por el sistema penal. Así, en este punto la vulnerabilidad aumenta en la medida que la persona se acerque más al modelo de delincuente o trasgresor *selectivizado* por el control social formal punitivo represivo del Estado. El joven, varón, petiso, desarrapado, “mal vestido” (¡!), sucio y de “aspecto coya”, será el prototipo de criminal buscado por las fuerzas de seguridad. Zaffaroni, le ha llamado a eso “portación de cara”. (Zaffaroni, R. E., 1993)

Evidentemente, esta es una dimensión de la vulnerabilidad de una persona, vital a la hora de estudiar los procesos judiciales y penales, pero su centramiento –a diferencia del nuestro- está situado en el orden jurídico, más que en las condiciones subjetivas. El concepto es de gran utilidad al abordar las condiciones causales del ingreso del sujeto en el sistema penal, pero no

se ocupa prácticamente de las condiciones de subjetividad del mismo, o las consecuencias que tiene para él, salvo en lo referido a los efectos del encierro llamado por el autor mencionado “prisonización”, es decir, los efectos en la subjetividad de las permanentes ofensas a su identidad y su dignidad en tanto ser humano.

Esto nos hace recordar el trabajo de Goffman. Trabajando en el marco de la sociedad imperial, lugar estigmatizador por necesidad del mismo Sistema, con toda justeza describe así este procedimiento:

“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, I., Pp. 150.

2.a)-3. Vulnerabilidad Social

Por otra parte, tampoco puede identificarse el concepto con la acepción 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 socioeconómicas 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 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 aspectos (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, sociohistórico y de las dinámicas predominantemente inconscientes de creación y consolidación de formas de contención para sus miembros más vulnerables). 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 “*linyer*as” 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. 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.

2.a)-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.

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».**”

PIFATACS, 2009

2.b) Construcción de subjetividad: su relación con la introyección de la Normativa

El presente acápite se ha nutrido de apreciaciones de los prof. Juan Carlos Domínguez Lostaló en sus clases teóricas de la Asignatura Psicología Forense, Carrera de Psicología, UNLP (años 1998-2002) y Antonio López en sus clases teóricas de la asignatura Psicología Social, Carrera de Psicología, UNLP (años 1999 y 2000). Sin embargo lo que sigue parte de mis “Notas Personales”, por lo cual constituye -en el marco del malentendido

fundamental- lo que he entendido de ellos y no los quiero responsabilizar por mi impronta y distorsiones eventuales a tales enseñanzas.

Este concepto es fundamental para nuestro enfoque, pues nos permite, como decíamos arriba, superar la antinomia individuo-sociedad y establecer la unidad de análisis e intervención en el campo psicosocial y psicojurídico de los vínculos, sin prescindir de los otros niveles de análisis, pero haciendo foco en éste. Por otro lado, se pueden discriminar y procesar varios componentes concausales del proceso de vulnerabilización, no a efectos taxonómicos, sino más bien debido a razones operacionales en el abordaje del sujeto atravesado por la Ley.

El proceso de *constitución del sujeto*, en tanto *ser social* no tiene forma de visualización individual, puesto que en cualquier proceso subjetivo está despersonalizado; es decir, cuando se habla de *subjetividad* no se alude a personas, se alude a procesos que, por lo menos, es necesario participe todo el entorno vital. No hay forma de pensar la subjetividad en “*uno*”. Cuando se habla desde el concepto de construcción de la subjetividad, se alude a algo que se implantó en el individuo, pero que tiene una dinámica “*socio*”. Esto surge de una dificultad, pues no se puede establecer ninguno de los dos términos de la oposición individuo-sociedad como antecedente del otro, porque inmediatamente surge el otro como antecedente del antecedente; es decir que el concepto de subjetividad intenta poner en dialéctica la cuestión.

Ahora, la antinomia individuo-sociedad evidentemente es uno de los ejes vertebrales de Siglo XX, frente al cual el concepto de subjetividad intenta hacer y ser una superación. Intenta no ubicarla en el polo individual ni en el polo social. Además de ser un concepto flexible e inasible tiene otras *dificultades*, pues es en sí *DIALECTICO*. O sea, esta antinomia está conjugada con relaciones de oposición, complementariedad y alternancia.

En Psicología, puesta a trabajar en el Cono Sur americano, dentro de esta perspectiva, es capital el concepto de **Constitución Ética del Sujeto** por lo que veremos inmediatamente. Pero, por otra parte, resulta ineludible para quien quiera explicar *cómo se constituyó la cultura del silencio y la cultura de la muerte en la Argentina*, base y sustento para la implantación del sistema económico-social neoliberal y la producción de **su sujeto** (de consumo): **el homo aterrados**. Me he focalizado en este concepto en otro texto: Di Nella, Yago: (2007) “**Psicología de la Dictadura: el experimento argentino psico-militar (Ensayo de psicología política)**”. En este escrito intento trabajar pormenorizadamente la relación entre los valores impuestos en la última dictadura cívico-militar (en ese orden) y cómo esto fue moldeando en la sociedad un nuevo modelo de “*carácter social*” que permitiera casi desde la resignación el vaciamiento del Estado y la depreciación del salario real y los derechos laborales y civiles en general. Y, a la luz de estas transformaciones trans-subjetivas, las nuevas problemáticas clínicas y profesionales emergentes en Salud Mental.

Por razones teóricas y operativas separaremos el concepto de construcción de subjetividad en tres vertientes que se corresponden con los componentes del super-yo freudiano (Freud, Sigmund: ***El yo y el Ello***. Obras Completas. Amorrortu Editores. También en otros textos posteriores). No se trata aquí de practicar grandes desarrollos sobre estos conceptos clave, sino más bien de dar cuenta de su necesidad para nosotros. En efecto, definimos tres componentes que serán básicos en el modelo de clínica de la vulnerabilidad psicosocial, y que pasamos a continuación a señalar y describir:

2.b. 1) Constitución ética del sujeto

Es hoy imposible referirse a este concepto sin remitirse a su origen, vinculado a la necesidad explicar fenómenos aberrantes en el orden de lo humano, ubicables en nuestro margen latinoamericano en las dictaduras militares y sus prácticas de tortura, muerte y desaparición de seres humanos, de semejantes, abarcable en lo que llamamos la ***cultura de la muerte*** y la ***cultura del silencio***. De hecho, la mayoría de los autores que en nuestro país han necesitado recurrir a la idea del ***sujeto como ser ético*** han estado de un modo u otro vinculados a los organismos de derechos humanos y, en particular, preguntándose por los horrores producidos en la ***instalación de dispositivos de producción sistemática de sufrimiento***. En una palabra, pensar en la dimensión ética de la construcción de subjetividad en nuestra región, se ha enlazado ineludiblemente al abordaje crítico de “*lo siniestro*”, en tanto modelo de producción de un tipo de ser social específico.

Por lo tanto, el concepto no podría sino resurgir como retorno de lo acallado, de aquello que necesita ser reelaborado, pero sin embargo encuentra muy poco o ningún espacio para ser incluido en el discurso. En este sentido, uno de los aspectos básicos no trabajados frecuentemente en la obra freudiana por sus “re-lectores” (especializados en retomarlo, con la selectividad ideológica que esto supone ineludiblemente, aunque se lo niegue), se puede establecer en torno a lo que Fernando Ulloa (1995) y otros autores de nuestro margen llaman ***constitución ética del sujeto***. Efectivamente, como decíamos, el concepto surge del análisis de fenómenos específicos vinculados a las situaciones más atroces del orden de lo humano (Nos estamos refiriendo a las situaciones de apropiación de niños, la creación de maternidades clandestinas con ese fin, la tortura como práctica de aterramiento y a la desaparición forzada de personas realizadas sistemáticamente en la última dictadura cívico-militar argentina, pero expandible a los países donde se implementara el Plan Cóndor).

Freud estableció en el *Super Yo*, tres instancias diferenciables: La más conocida, la “*Conciencia Moral*”, la tan trabajada de “*los Ideales del Yo*” y la función menos abordada de “*Auto-observación*”. Bien, es preponderantemente en la primera de ellas donde se inscribe la dimensión

ética del sujeto, de donde podemos capturar su faz, indolente o solidaria, colectivista o individualista, más o menos humanista, más o menos objetalista y manipulatoria. Claro que no se podría ubicar sólo allí, pues es importante la incidencia de las otras dos instancias, como veremos a continuación, pero se puede asegurar que es desde la *conciencia moral* donde se posiciona el sujeto para el examen ético de su comportamiento y del de los otros. Obviamente sería imposible explicar un sinnúmero de problemáticas clínicas sin recurrir a esta instancia, fruto de sus implicaciones en los procesos de culpa y autodenigración, por un lado, o de manipulaciones y violentaciones por el otro.

Como el mismo Freud lo planteara taxativamente (*El Yo y el Ello*), la instancia de la conciencia moral es un producto enteramente captado del entorno social de la persona y configura por internalización no sólo el lugar del “*deber ser*”, sino también el carácter más *político* de su subjetividad (independientemente del grado de conciencia de esto).

Las ideas asumidas como propias y enraizadas en la constitución de la *Conciencia Moral* constituyen un foco con el que el sujeto ilumina la realidad y la observa **valorativamente**, en categorizaciones simples de lo bueno y lo malo, más allá de los grises y contradicciones que sabemos conviven en la dinámica inconciente. El sujeto construye entonces visiones, lecturas y conductas que, asumidas como propias, reiteran, reproducen, cuestionan o reversionan –según el caso– el “*deber ser*” inscripto en lo que se ha llamado “*inconciente político*” (Domínguez Lostaló). Pero esa *conciencia moral* sabemos puede volverse sobre el sujeto mismo y operar severamente, como valoración de su propia conducta (acciones u omisiones). Veremos esto un poco más adelante, pero podemos desprender de esta cuestión una serie de *pathos* (pasiones) que supone tal tipo de funcionamientos en sociedades de consumo como la nuestra.

Para la Psicología Forense será vital el conocimiento y, sobre todo, la intervención en este terreno, toda vez que es llamada a lograr un reposicionamiento del sujeto en relación con la cosa pública o, directamente, a la Normativa.

2.b. 2) Pertenencia identitaria

Los otros dos componentes o instancias del Super-yo freudiano son para el Modelo de Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial también muy relevantes, sobre todo en lo referido al tema de la *identidad*, entendida ésta tanto a nivel personal, como grupal y comunitaria.

El tema de la identidad es fundamental cuando trabajamos desde una perspectiva comunitaria en el campo forense de la psicología, y se pone el acento en la integración social del sujeto en cuestión (sea por razones criminológicas, psiquiátricas, etc.). Claro está, por ejemplo, que la mayoría de

las personas que sufren encierro institucional a partir de supuestos padecimientos mentales, se encuentran alojadas crónicamente por razones ajenas a su “patología”. Surgen ante esto, comúnmente, dos grupos de pruebas: por un lado, otras personas con padecimiento análogo (diagnóstico similar) no requieren dicha internación institucional, sino a lo sumo en el período crítico. Por el otro, cuando cesan las manifestaciones sintomatológicas que llevan a la internación, las personas no pueden o no reciben la ayuda profesional necesaria para su reintegración socio-comunitaria y permanecen asiladas, entonces, a partir de estos momentos, por razones ajenas a su motivo “supuesto” de ingreso. Es decir, que **su internación conllevó una exclusión total del medio de vida comunitario**. Su proceso de reintegración sería una reversión de la misma, una reinclusión. Pero sobreviene entonces otra dificultad.

En los momentos en que se confirma y prolonga la cronificación de la internación (innecesaria técnicamente), **el sujeto** (y sus responsables del tratamiento ayudan, voluntaria o involuntariamente a ello) **ve cómo su “antigua” –originaria- identidad** (sostenida en sus grupos de pertenencia y referencia, su hábitat barrial, su trabajo y/o su estudio, etc.) **se desvanece**. Sus espacios de participación e inclusividad se van perdiendo o ya no están. La institución de internación será entonces su reemplazo, trágico, pero imposible de eludir.

Por otra parte, si alguien de su entorno se acerca a verlo, ve su desmejora; un concreto observable en su impregnación medicamentosa, su desconexión de la realidad, sobre todo la laboral (y su reemplazo por el mundo interno del espacio institucional donde se aloja o asila), y en la falta de iniciativa personal. Pero son a decir verdad todos consecuentes y no causas de la situación inicial, la internación. Se confirma entonces el diagnóstico de “*enfermedad*”, y de su “*progresividad*” gradual, que en realidad no es más que el asilamiento provocado por el dispositivo. **Ha operado así la manicomialización del sujeto**. En cualquier institución total se puede observar este tipo de fenómenos. De ahí que tanto la cárcel, la institución de los llamados “menores” o los psiquiátricos, y otros asilos en general, tienen lo que popularmente se plantea en términos de “*puerta giratoria*”. Para quien se ha institucionalizado es mucho más fácil volver a estos sitios, que modificar todos los hábitos que ha incorporado en su internación. Así, la institución, de encierro, puede volverse *subjetivamente* mucho más contenedora que la comunidad, toda vea que la salida de la primera no se practique como una *integración*. Es que **dar el alta o cumplir una pena es bien distinto de integrarse vincular y socialmente**. Para lo segundo se requiere una política pública activa al efecto y una tarea profesional ajustada a ese objetivo. El psicólogo es el agente fundamental en esa tarea.

La pertenencia identitaria entonces es para nosotros el “eslabón perdido” entre el padecimiento subjetivo y la exclusión asilar institucionalizada.

Ahora bien, ¿Cómo llega una persona a reducir su “*capacidad vincular*” (PIFATACS, 2009) y su “*capital social*” a nivel de perder toda posibilidad de contención humana en su entorno de vida comunitaria? Esta es una pregunta que nos hacemos caso por caso, permanentemente, desde el modelo de clínica de la vulnerabilidad psicosocial. El grado de *avincularidad* de una persona puede ser reconocible fácilmente en aquellos sujetos que han pasado por severos procesos de migración y, alejados de su entorno de vida familiar y barrial, se encuentran en y con soledad. Pero son más bien pocos los casos si los pensamos con sentido epidemiológico. En general, el proceso obedece a otras razones.

Evidentemente, pertenecer a un grupo social con el que referenciarse es un producto extremadamente complejo que cada sujeto construye en largos y trabajosos procesos psicosociales a lo largo de su vida. Estamos ante algo dinámico, permanente e inacabado por su misma constitución. Sin embargo, podemos sin duda aseverar que es la instancia de *los Ideales del Yo* la que aporta el componente sustancial en esos procesos, en tanto y en cuanto es la que proyecta al sujeto en su entorno vital. Las ideas y constructos del orden de los ideales del yo conforman lo que llamaremos las **utopías vinculantes**, ya que operan como ideas fuerza que dinamizan y permiten la constitución de un “*proyecto de vida*”, conciliado con los vínculos más cercanos y confiables para el sujeto. Ya sea en el orden del trabajo, del teatro, de la música, el baile, las artes plásticas, la ciencia, la literatura, el o los deporte/s, las murgas, los agrupamientos étnicos, la militancia social y/o política, los accionares religiosos, etc., estas formas tan disímiles de participación en la vida social, tienen en común que el sujeto se incluye en grupos y estos operan como núcleos básicos dadores de sentidos, y de rasgos de significancia, sustanciales para el sentimiento de pertenencia.

Estas *Utopías Vinculantes* permitirán la emergencia en un proyecto de vida colectivo, pero no lo son en sí; pues se requiere escapar a los designios personales o individualistas, para convertirse en formas estratégicas de enlace, en la vincularidad comunitaria, que los integre socialmente al tejido eco-ambiental de su entorno. Esto permite a la persona relacionarse con los otros, y así incluirse en acciones que lo integran con lo social-comunitario. Las *utopías vinculantes* son el componente clave de la inclusividad social, dadora de contención, pertenencia, vincularidad, posicionando al sujeto en la vida pública, multiplicando la potencialidad protectora de su red personal, en lo afectivo, lo identitario y lo vocacional.

2.b. 3) Auto-observación

Esto nos lleva a la tercera instancia superyoica, según la versión freudiana, **la auto-observación**. La introduciremos con un caso de intervención psicosocial desde el modelo de Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial. En un trabajo con adolescentes con problemáticas subjetivas

disímiles, pero con un común denominador en el vacío de proyecto de vida y la violencia como lugar preponderante en su entorno vital, se observaba un cambio fundamental en ellos como individualidad y como grupo, en la operación comunitaria de construcción colectiva (Investigación- Acción Participativa) trazada en la reparación de una plazoleta *“para sus hermanos”* menores (escapa al objetivo de este trabajo un detalle mayor de esta experiencia, realizada con adolescentes y jóvenes en conflicto con la Ley Penal pertenecientes al asentamiento “Ciudad Oculta”, en Mataderos, CABA, en el marco del Programa Comunidades Vulnerables del Plan Nacional de Prevención del Delito, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación). Dicha actividad, en principio “inocente”, casi irrelevante, sin embargo, produjo un sinnúmero de modificaciones subjetivas:

- a) *Cambios de horarios de vigilia y sueño* (pues se debía trabajar de mañana);
- b) *revisión de conductas adictivas* (ya que el consumo nocturno de alcohol y pastillas reducía notablemente su capacidad para el trabajo);
- c) *observancia del cambio de la visión del entorno sobre ellos* (perceptible en el ánimo que les infundía la barriada, y la colaboración que se les prestaba para la tarea, cuando antes eran poco menos que eliminados del campo de relaciones sociales establecidas) y fundamentalmente
- d) **la modificación de su propia autoobservación**, en tanto ahora se veían a sí mismos de modo absolutamente diferente, como seres útiles a su comunidad y a su entorno familiar.

Ese entorno, variaba a su vez la postura para con ellos: *de la tendencia a la expulsividad, al apoyo y la colaboración en su nuevo proyecto* (mediante provisión de herramientas, el asesoramiento técnico, la cobertura de insumos, como acercarles algo “casero” para la merienda y equipos de mate, etc.). Imagínese el impacto subjetivo en los adolescentes, otrora acusados de cuanto ocurriera en el lugar, amenazados por intermedio de las fuerzas de seguridad, o amedrentados y despreciados por los “capangas” o “punteros” del barrio. Ahora, eran defendidos por los mismos referentes que en el pasado los excluían de los “buenos intercambios”, trueques de servicios y acciones solidarias comunes.

En efecto, la auto-observación constituye un componente de enorme importancia que se dinamiza pendularmente entre el yo ideal y el “real”, coproducido en interdependencia con la visión que los otros tienen del sujeto. Por lo tanto, la apoyatura yoica que representa esta función suele ser nodal en el **proceso de integración de una persona en su comunidad**.

En la constitución del Superyo, los buenos o malos tratos recibidos con posterioridad serán vitales para el sujeto, cuando se den los procesos de

la adolescencia, en la singularización psicológica que supone el modelamiento de su identidad como ser adulto. En ese difícil proceso, lleno de contradicciones, de lo que ha sido llamado “proceso patológico normal”, se puede observar el interjuego de los componentes superyoicos en la conformación de la identidad, de acuerdo con la historia vivida y a las construcciones de subjetividad que esta deparara a la persona.

Evidentemente, una historia de vida cargada de violentaciones y carencias de todo tipo genera una compleja trama de producción de *daño psíquico*, y conforma un aparato psíquico con deficientes instancias, las cuales operarán a su vez sintomatizando la trama social vulnerabilizante. ¿Cómo será, por ejemplo, la constitución de la conciencia moral y del Superyo en general, de un sujeto que ha padecido sistemáticas carencias materiales y afectivas? ¿Con qué elementos puede o podría escabullirse de la violencia que esto supone y no volcarla reproductivamente hacia los otros, cuando su fuerza y aptitud se lo permitan? No estoy haciendo un planteo de resignación sostenido en lo que ya hemos producido como sociedad. Estoy simplemente planteando un problema psicojurídico, psicosocial y clínico que debemos atender sin escape posible aquellos que nos desempeñamos en la trama socio-jurídico-comunitaria.

Nuestras sociedades de opulencia y consumo vacío han generado un anticuerpo para su sintomatología social y su propia patología, que es ubicable en aquellos que no reconocen la propiedad sobre lo superfluo y la expropiación (el caso quizá más paradigmático es el robo o el hurto de calzado “de marca”. Marca-estigma de estatus, en definitiva, de la inclusividad que supone cierta “capacidad de consumo” evidenciada en tal o cual objeto. Las zapatillas representan un esquema ideal, pues es algo con lo que se anda encima, se muestra, se ostenta, se intercambia y/o se quita, con la mayor facilidad). Es en una medida discernible el antídoto. A ideales del yo vaciados de contenido social, vienen los ideales del yo vaciados de contenido de propiedad. Ambos son violentos. El primero, porque niega muchas veces, la vivienda, la ropa o el alimento al otro, semejante, a “*uno de nosotros*”. El otro, porque niega al otro como ser humano y, en función del objeto a conseguir, puede llegar a prescindir del valor vida y también se deshumaniza, quitándole entidad personal y su carácter de ser parte de un colectivo. Pero no son más que dos caras de la misma moneda. Pensando el asunto desde una psicología promotora de la salud, no puede más que concluirse que mueren, o se pierden, muchas más vidas por carencias reparables con mejor distribución de los recursos y mayor equidad, que por delitos comunes. Esta realidad debiera obligarnos a un cambio de enfoque. Nos referimos al concepto de “*Seguridad Humana de los Habitantes*”, por oposición al de “*Seguridad Ciudadana*”, el cual restringe el derecho a la seguridad al resguardo de la propiedad privada –únicamente- y a esta cuando es perteneciente a “*buenos ciudadanos...*” (Más detalle al respecto en Carranza, Elías: *Situación del delito y de la seguridad de los habitantes en los países de*

América Latina. En el libro *Delito y Seguridad de los Habitantes*. Siglo XXI Editores. 1997). La Psicología Forense tiene mucho para aportar, en tanto representa la mejor opción para el abordaje del sujeto, en su facultad para repensarse en su relación con la normativa.

Sin embargo, este irreductible dato epidemiológico, no opera en las políticas públicas y se destinan recursos en medidas escandalosas a asuntos que no aportan un mejoramiento del desarrollo humano ni permiten vislumbrar un quebrantamiento de la producción circular y viciosa de violencia, más bien todo lo contrario (me refiero a las políticas de “mano dura” contra el delito, como discurso de reforzamiento de la gestión represivo-policial de la conflictividad social). Así, las patologías de nuestra época no pueden soslayar las dimensiones sociales que constituyen en las expresiones explosivas de violencia y el orden del consumo, su eje regulador de las políticas de atención de “lo enfermo” (y no como estratégico planeamiento de la salud), Por otra parte, establecen un contorneo de control social, que no ve en los padecimientos de la productividad objetalista y el consumo superficial más que “*rasgos de personalidad*”. Entonces si la persona tiene una adicción de objetos de consumo socialmente valorados no será vista psicopatológicamente (se dirá que es *un coleccionista*), pero si el hambre la lleva a la internalización depresora de esa violencia o a la desesperanza, será pasible de prácticas asilares, por *su sintomatología*. Esto es también un asunto psicopatológico, pero pensado desde la salud mental pública y no posicionados exclusivamente desde la estructura intrapsíquica, como suele hacerse ingenuamente, y con no desdeñables consecuencias graves.

En síntesis, la pertenencia identitaria nos será fundamental a la hora de operar en el campo de la subjetividad, sobre todo en el nivel vincular, donde el concepto toma su cariz más resonante. El sujeto de intervención tendrá en particular una serie de **constructos identitarios** que, en la articulación con su grado de “**capacidad vincular**”¹⁰ y de desarrollo de la **autobservación**, podrán o no ser la llave de salida a cualquier situación crítica.

Sin embargo, no dependerá solamente de estas cuestiones referentes al sujeto, sino también de la nuestra, al operar, pues no se trata de elementos dados o inmodificables. Justamente a eso nos referimos cuando criticamos el uso de *dispositivos congelados*, esto es, inmodificables y descontextualizados

¹⁰ Concepto de Juan Carlos Domínguez Lostaló, que señala la mayor o menor capacidad de la persona para generar vínculos positivos con los otros del entorno, de modo de que el sujeto participe en construcciones colectivas de proyectos comunes, que acaban por generar lazos vitales de co-cuidado, solidaridad y gestión común, articulados en una estrategia de supervivencia que los envuelve como conjunto. Se trata de una serie de relaciones intersubjetivas que dan o no la posibilidad de un proyecto de vida, con un tiempo por compartir y un espacio por desarrollar en la comunidad de pertenencia. Para más detalle sobre el concepto y sus implicancias ver Investigación-Acción “**Desarrollo Humano y Comunidades Vulnerables: Significación de la Modalidad Vincular en las Estrategias de Supervivencia de grupos marginados y excluidos**”. Op. Cit.

de la realidad, ya que ponen en el sujeto la carga de lo imperturbable, en vez de disponerse para intervenir creativa y operativamente.

El modelo de clínica de la vulnerabilidad psicosocial, que hemos utilizado desde las situaciones más comunitarias como las campañas de promoción de conductas saludables (higiene, vacunaciones, modificación de conductas generadoras de violencia o violentas, etc.) hasta las dinámicas más institucionalizadas como “*los internados*” (sean penales, proteccionales o mentales), promueve y propicia la idea de ***no poner en el sujeto las limitaciones ni las carencias de nuestros sistemas o dispositivos de intervención***. Si no sabemos entonces cómo intervenir en determinada manifestación clínica, psicojurídica o psicosocial, no diremos que es inabordable, diremos que aún no hemos encontrado los medios adecuados para tratarla. Juan Carlos Domínguez Lostaló (2000) tiene una frase que describe perfectamente esta tendencia de nuestra profesión. A veces “*el que no sabe tocar la guitarra, termina diciendo que la guitarra no sirve*”; es lo que tenemos que modificar. No podemos recargar en el que padece, la ineficacia en el abordaje. Debemos concentrarnos en dinamizarlo, pues no se trata de un juego de encastre, donde hacer “calzar”, a la fuerza, al sujeto que padece.

2. c) Control Social

Este párrafo con pequeñas modificaciones es un resumen de un acápite del Capítulo 1 del libro “**Aterrados. Psicología de la Dictadura: el experimento argentino psico-militar (Ensayo de psicología política)**”. (Di Nella, 2007)

En primer lugar, *el “Control Social” no es algo abstracto, ni potencial, ni azaroso*. Constituye todo un sistema o dispositivo en que se articulan el ejercicio del poder y el orden de la producción, para además regular las interacciones humanas. En segundo lugar, si el “Control Social” es un sistema, como tal no es ajeno al momento sociohistórico al que pertenece. Veamos de qué se trata este asunto brevemente.

2.c).1- Descripción y conceptualización positivista (como dispositivo)

Desde la concepción clásica el dispositivo del control social es el dispositivo de una sociedad dada. “*En sentido estricto, el control social no es otra cosa que aquello que hace posible la reproducción de una sociedad*” (Domínguez Lostaló, 1995), siguiendo los lineamientos de los modelos, valores y relaciones materiales de esa sociedad. Es aquello que “supervisa” el mantenimiento de ciertas características de las relaciones entre sus miembros. De ahí su directa relación con el campo de la “razón” y, por tanto, de la “locura”. La organización social hace del dispositivo de control social, aquello que intenta lograr el mantenimiento del orden socialmente constituido,

más allá de las superficiales transformaciones que se operen para acompañar el paso del tiempo.

Toda sociedad instituye su autoregulación de manera de garantizar su supervivencia. Existen instituciones encargadas de la regulación de las interacciones y de la circulación de bienes, en lo que hace a su medio interno. Llamamos control social formal a este tipo de instituciones, *cuya función específica es la de dar seguridad a sus miembros*. En éste, deben incluirse las instituciones encargadas de la seguridad civil, las de la administración de justicia y las que directamente contribuyen al sostenimiento ideológico, científico y/o político de las anteriores (como meta-estructura).

Por otra parte, existe toda una serie de regulaciones de los comportamientos de los miembros de una comunidad, que no pertenecen a las instituciones formales del dispositivo del control social. El ejemplo principal por su trascendencia y por su claridad, es el sistema educativo o de transmisión de las ideas de una sociedad dada. Es más, el control social formal sólo interviene sobre aquellos “casos” en que el control social –a través- de las ideas no ha sido efectivo; es decir, las instituciones de seguridad y de penalización actúan cuando determinado acto viola las normativas que debiera haber transmitido el sistema educativo, o cualquier instancia de socialización de las personas. Las relaciones entre el dispositivo formal y el informal del control social son por lo tanto dialécticas.

La instancia *informal*, constituida por las redes vinculares (de la institución familiar, en primer lugar, de los grupos de pertenencia en segundo, y de las redes comunitarias en último término), las instituciones de la socialización secundaria y de transmisión de los valores y patrones culturales y los agentes e instituciones de la comunicación social, se pueden entender como las primeras “*capas de la cebolla*” del sistema del control social. Si estas primeras capas son vulneradas, abren las puertas para el ejercicio del control social represivo-punitivo en las siguientes capas. Pero a su vez, la amenaza de la intervención represiva de éste constituye el primer componente causante del llamado autocontrol, aprendizaje forzado de conductas de evitación de la punición sociopolítica en toda la socialización.

Es por esta razón que se vincula o es posible hacerlo, muy fácilmente al estado de disciplinamiento de la desviación de la conducta, como un campo donde la “la locura” –lo que se entiende en cada momento por ella- con el del control social. Son en sí inseparables, pues uno supone el otro.

2.c).2- Lecturas críticas: el control como sistema y el Orden

Ahora bien, lo que sostiene la corriente latinoamericana de la Teoría Crítica del Control Social (su principal precursora es la venezolana Lola Aniyar, pero tuvo importantes desarrollos en Colombia, Argentina, Uruguay, Costa Rica, Brasil, entre otros países de la región), es que los profesionales

de las ciencias sociales (nos dediquemos a lo que nos dediquemos) no podemos ser ingenuos respecto a las funciones que acaban de suponerse para estas instancias del control social. El control social –sea predominantemente formal o informal- pertenece –lo decimos, aunque parezca obvio- a la sociedad que lo sostiene; no está fuera de ella. Por lo tanto, el control social se ve atravesado por las dimensiones de lo histórico-social de las relaciones económicas y del dispositivo del poder de la comunidad a la cual sirve (en su doble sentido).

El sistema de control social es vulnerable a intervenciones de estos atravesamientos. Así, *toda acción del sistema formal de control social es una acción política e ideológica y no sólo de seguridad*. El padeciente mental obviamente no escapa a esta regla, por lo que no debiéramos descuidar el aspecto disciplinador de un diagnóstico, de un pronóstico o de un tratamiento. Por otra parte, no sería tan difícil introducir los derechos civiles –y los derechos humanos en general- en los lugares de internación prolongada, si no fuera por que constituyen espacios de disciplinamiento mental instaurados como tales, como dispositivos de control, desde hace al menos tres siglos en el mundo occidental.

La Teoría Crítica ha desarrollado otra clasificación basada en modalidades de control social, a partir del criterio según el cual se discrimina *como ha de situarse al sujeto del control social*. Cuando el sujeto se autorregula, generando comportamientos en función de las normativas internalizadas (cuando “se” controla), decimos que está en juego una *modalidad interna* del control social. Cuando el comportamiento, e incluso los pensamientos, ideas y reflexiones del sujeto, son producidos y co-determinados por la coerción desde las instancias institucionales y formales del control social, decimos que se trata de un *control social externo*. En este caso, el sujeto siente a lo normativo como impuesto. No es partícipe. El determinante de su conducta es del orden de la ajenidad, y esa enajenación le resulta violenta.

La violencia que ejerce el sistema de control social –en el que el sujeto no participa- aparece cuando no resulta de una dinámica de consenso. Esa violencia aumenta su grado de vulnerabilidad, en tanto y en cuanto el sujeto no se subordine a los patrones emergentes del Orden impuesto. La fragilidad resultante tomará nombres etiquetantes del rol del insubordinado; el sujeto será rotulado ya sea como enfermo, loco, deficiente, delincuente, subversivo, extremista, zurdo, comunista, anarquista, mal viviente, oligofrénico, depravado, degenerado, etc., etc. En función de ello se administrarán las medidas correspondientes a su desviación: tratamiento, encierro, cura, medicación forzada, electroshock, castigo, tortura, desaparición, ejecución, exterminio, etc. Así, se podría decir que se controlará (Control Social Externo) a quien no se autocontrola (Control Social Interno).

A su vez, cabe también la formulación que sostiene que la autocensura conductual será una medida preventiva frente al carácter más o menos represivo del Dispositivo de Control Social. Es necesario sin embargo practicar una aclaración. En realidad, es esta una distinción analítica, el dispositivo de control social configura una realidad única. En todo acto humano lo externo y lo interno co-participan. La distinción que hacemos sólo puede entenderse a los fines de suponer una preponderancia de uno sobre otro.

2.c).3- *Latinoamericanos redefinen el concepto desde el margen*

En resumidas cuentas, según la corriente latinoamericana, el control social en la sociedad capitalista (sobre todo a partir de la injerencia decisiva en la vida política interna de las fuerzas militarizadas) se ha vuelto el *control social de la desigualdad*. Se trata entonces de “producir” la reproducción social de la desigualdad. Insistimos: *El objetivo central del dispositivo de control social no es la reducción del conflicto, sino el mantenimiento del orden establecido*. La reducción del conflicto es en todo caso un objetivo secundario e interesa sólo en la medida en que las estrategias y acciones de control quieran legitimarse, por ejemplo, por la vía del consenso.

Nuestra historia nacional (y regional, y la de otras sociedades), cuenta con innumerables experiencias en las que, es el mismo sistema de control social el que produce, incrementa o multiplica conflictos sociales. Es más, a veces el conflicto es el objetivo, algo a producir. En conclusión,

<<el aparato de control social funciona como un sistema destinado a que el total de la población actúe en base a determinadas pautas y normas. Puede funcionar de manera represiva, persuasiva, deteriorante, mutilante o criminal. En base a ciertos criterios originados por estos modelos de control social se puede realizar la siguiente división: “recuperables” (domesticables) e “irrecuperables” (asesinables). Desde el punto de vista del Psicoanálisis se dirá que son “analizables” o “no analizables”; desde la pedagogía se ubicará al chico “dentro del grado” o “fuera del grado”; desde la perspectiva del trabajo social se dirá que tienen posibilidades de integrarse o no; desde el derecho y la criminología lo verán como “peligroso” o “no-peligroso” y como “imputable” o “inimputable”. Es así porque la Ciencia no carece de Control Social. Es, al contrario, uno de sus principales pilares. Podemos observar que, desde esta visión, todo el sistema gira alrededor de la existencia de “los unos y los otros”. Este grupo marginal (“los otros”) presentan una característica llamativa: tienen rostros que hacen recordar nuestros mestizajes del Origen; es lo que se llama “portación de cara...”>>.

J. C. Domínguez Lostaló (1995)

El concepto de control social entonces 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 vida) y lo abstrae desde el punto de vista psicoanalítico. 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 sociocultural. 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. ¿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.

Volvamos al asunto entonces.

2.c).4- Las funciones (negadas) del sistema de control social y la nuestra

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 latinoamericanas. 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 (en este caso pienso en el estudiante universitario aprehendiendo una teoría desde la que enfoca en su realidad laboral al otro sobre el que se intervendría) está siendo controlado, siendo que éste cree comandar sus acciones. Así **puede declarar como no**

tratable a quien no es abordable desde su *dispositivo congelado* y puede condenar al encierro institucional 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 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 “explicita”, 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 de e inaugura una época de convivencia política. Ahora bien, **esta “violencia directa” o 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 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.

3- EL TRIDENTE METODOLÓGICO DEL MODELO

Podrían sintetizarse los aspectos metodológicos del modelo e 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 Mental, ¿Puede tener sentido ético cualquier tarea si no incorpora la dimensión de la dignidad humana? Y esta ¿Es asequible cuando se recluye o encierra a alguien debido a 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**, nunca 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 subculturas específicas en ese territorio. Este conjunto de personas tiene 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 de la salud mental, **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. En la medida que sigamos fragmentando lo clínico de lo sociocomunitario (y viceversa) no haremos más que contribuir a la escisión de dimensiones del sujeto de intervención, y con la resultante de su consecuente incidencia en los procesos de aislamiento y exclusión.

Comunidad: condiciones

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 con el 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.** >>

PIFATACS, 1997.

Toda comunidad tiene un tiempo, un espacio y una identidad y de ello depende que se constituya como siendo “alguien” (pertenencia) y teniendo algo... (proyecto colectivo). Toda comunidad será entonces su historia y lo que cree que es. Su pasado –al ser historizado- le dará un nombre, reconocido y reconocible por las otras poblaciones humanas que la circundan. Y tendrá algo más, un plus, si puede tender una línea en el presente hacia el futuro, si puede darle un sentido a “ser unidad”. Para que ese nucleamiento encuentre un sustento fuerte que permita atravesar las dificultades del camino... deberá tener una utopía común. 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.**

Los grupos humanos sufren en ese proceso, avances y retrocesos, que bien pueden observarse mediante el tratamiento que se les da a sus miembros disonantes, los que quedan en el camino. Uno de los campos observables de este proceso es la forma de atención o abandono (y sus intermedios) que se presta a sus padecientes (y entre estos, los que sufren psíquicamente). 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 historia (su nacimiento se dio en un grupo de profesionales viviendo en situación de exiliados políticos), pretende asumir esa **necesidad de 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 en el campo de la psicología forense los siguientes tres componentes:

3.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.

3.a).1- La grupalidad del enfoque: derecho a la palabra y capacitación vincular

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*.

3.a).2- Las técnicas sostenidas en la grupalidad: la salud mental

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 asilar o carcelario 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”.

3.a).3- La grupalidad como eje de una estrategia inclusiva

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 (o de lo neuropsíquico en el caso de la psiquiatría tradicional) se impide la constitución del sujeto en tanto ser humano integral (al modo como lo conceptualizara hace ya 40 años José Bleger (1973), 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 Mental. Se puede citar, por ejemplo, al artículo de Fiaschè, A.- Tuckman, G. – Fried, W.: **“El mercado de la salud mental”** (En el libro Autores Varios “Lo grupal 4”).

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 psico(pato)lógico (de lo que hay innumerable prueba y bibliografía), 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 (en este caso el “*de tratamiento*”).

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 (sobre todo, si es un estudiante o un egresado sin mayor experiencia profesional), y maneja un esbozo de

hipótesis sobre las cuestiones a tratar. 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 lo contuvieron (y el grado de elaboración sobre los mismos, de ahí también la importancia del propio análisis). 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.

3.a).4- Aportes de la grupalidad al modelo tratamental

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 mismo. En una palabra, **etifica las intervenciones**.

Recuerdo puntualmente un ejemplo, en la experiencia de implementación del Hospital de Día del Neuropsiquiátrico de Melchor Romero (años 1996-1999). 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.

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 mental 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.**

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

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 por PIFATACS la Investigación-Acción Participativa. Surgen de su inclusión varias consecuencias.

3.b).1- Modelo de IAP democratizado

- 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.

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 producir coherencia entre el criterio que establece la co-producción social y vincular del padecimiento (el carácter de “emergente” del sujeto padeciente, pensado esto desde la concepción pichoniana de la enfermedad) 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. 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?

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, ya iniciado el siglo XXI, es algo de lo que no podemos adscribir ni sostener sin caer en el ridículo. 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.

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 mental 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.

3.b).2- Preconceptos / Revisión

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 (diagnos 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 intolerancia 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 socio-comunitario 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**. Y aquí el ejemplo que surge es el del poder psiquiátrico. No se puede hablar de interdisciplinariedad cuando la relación entre las disciplinas es verticalizada, es decir, donde una detenta el poder decisorio y las restantes cumplen el papel de disciplinas subordinadas, tanto en la diagnosis, como en la dirección del tratamiento. Evidentemente, el psiquiatra, en su formación de grado en medicina, más la especialización, no tiene saberes sustanciales para el abordaje de la temática, sobre todo en lo que respecta al componente vincular y social, pero suele arrogarse, sin embargo, todo el campo decisorio como si lo tuviera. La razón que se suele exponer es su saber medicamentoso y neurológico, lo que es en efecto su aporte disciplinar, pero tan parcial –para la atención del padecimiento mental- como el saber de las otras disciplinas. También surge como ejemplo, el del juzgado, donde una persona de la abogacía decide en base a “informes” de “disciplinas auxiliares”, sobre un innumerable tipo de cuestiones de las que en la mayoría de los casos desconoce su mecánica y su causalidad. Por ejemplo, en cuestiones de familia, o de infancia, ¿Qué posiciona al abogado en función de juez para ejercer su capacidad de decisión sobre estos asuntos, por sobre el psicólogo, el trabajador social, el psiquiatra, etc.? Sin duda alguna, que detenta el poder de la decisión y nada más. Nada en su formación de grado lo posiciona para ello.

Sin embargo, no pocas veces se habla de trabajo interdisciplinario. Establecer esa cuota de saber como el subordinante es una cuestión de poder y no otra cosa. Por eso, **si se quiere hablar de interdisciplinariedad, se debe entonces democratizar todo el abordaje, entre las disciplinas participantes**. En las supervisiones institucionales siempre preguntamos (me refiero a las experiencias del PIFATACS desde 1995 hasta la actualidad) cuáles son los dispositivos que se practican para el ejercicio pleno de la supuesta interdisciplinariedad (ver el siguiente cuadro). En realidad, esto opera como analizador, pues permite detectar el grado de concreción del discurso del equipo.

3.b.3- Decisiones y la interdisciplinariedad efectiva

Las preguntas obligadas sobre el proceso decisorio en la diagnosis y el tratamiento son:

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, equipo, instituciones, 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?

3.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.

3.c).1- Sobre el principio

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 Mental.

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, por ejemplo, los niños y adolescentes, sean tratados muchas veces en la escuela 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 mental de los diversos ámbitos de trabajo de la psicología forense. 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. Debíamos respetar más ese saber resultante de sus estrategias de supervivencia, en el día a día.

3.c).2- La facilitación participativa como rol (profesional)

Nosotros, como facilitadores o mediadores de la reintegración socio-comunitaria 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) 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 con el sujeto de intervención. Como ya lo hemos planteado, tendremos –siempre– en un extremo la indolencia y en el otro, el compromiso (Ulloa, 1995).

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 psicojurídica o psicosocialmente, y menos en el campo de la psico(pato)logía, tan cargado de prejuicios. 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 autorrestricción 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.

3.c).3- Las tres P del encuadre

El profesional o el técnico del saber práctico en salud mental deberá llevar adelante una tarea sostenida en tres principios de actuación que hemos bautizado en otro lugar (Di Nella, Yago, 2000) 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 estrategia presencial:** 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 libremercadistas –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 Mental y en el ámbito de la psicología forense, es imposible realizar intervenciones eficaces sin un trabajo directo con el sujeto en su propio marco institucional (si está recluido), sin conocer los servicios públicos y comunitarios (si se encuentra en libertad) y, menos aún, sin operar en su situación concreta de vida intramuros, si se encuentra en un hospicio.

- 2) **La estrategia de la permanencia:** 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 barrial desarrollando políticas de niñez en el mes de agosto, para el día del niño, perdiéndose en la nada, el resto del año.
- 3) **La estrategia de la Paciencia:** 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.

3.c).4- La intervención mínima y el tratamiento: una aparente contradicción

Por último, **la intervención mínima consiste en llevar adelante el tratamiento menos restrictivo posible** (tal como lo indica ONU permanentemente, por ejemplo, en los *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental* desde la Asamblea General), **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.

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.

4. 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, como los hospicios, los centros para adictos o las cárceles. En este momento, el del regreso a la comunidad, 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.

4.1- Sobre *La Herramienta* del modelo

Describiremos a continuación algunas técnicas utilizadas para la recolección de datos y la intervención directa, a saber:

1. Entrevistas en profundidad y semiestructuradas individuales y grupales

Al inicio del trabajo de revinculación de una persona en situación de internación previa, se desarrollan los recorridos barriales con el objetivo de tomar noticia de la situación general de la comunidad en donde se pretende reintegrarla. En dichas recorridas se establecen los primeros intercambios espontáneos con vecinos. Estos tienen el objetivo de realizar las primeras comunicaciones, y le permiten al equipo detectar actores sociales potencialmente

receptivos y otros expulsivos, pararon el sujeto de intervención. Recién a posteriori se va profundizando el intercambio en formas “más” dirigidas, en general destinadas a requerir información acerca de las situaciones sentidas como más problemáticas y a la construcción participativa de la historia del barrio, así como en lo que respecta a las estrategias de supervivencia más características del mismo. Esto es fundamental, cuando se trata de personas en conflicto con la Ley penal, en términos de evitación de reincidencias. Raramente las entrevistas toman carácter netamente estructurado, por cuanto en general la información obtenible por esta vía es asequible en fuentes de información del Estado.

2. Grupos de discusión:

Su uso es preponderantemente usado para el intercambio con grupos de interés ya sean grupos étnicos, étnicos, sindicales o representantes de algún campo de la cultura o el saber de la comunidad en estudio. En general estos se dan en la vía pública, como encuentros espontáneos con adolescentes en esquinas, abuelos, en plazas o parques, etc. También se utiliza en grupos de personas prontas al egreso institucional. Sirve como espacio de preparación psicológica para el momentote la revinculación.

3. Visitas domiciliarias:

Esta técnica es la menos utilizada, al inicio del proceso, y luego se va incorporando más decididamente. Se la requiere cuando es necesario entrevistar a un informante clave, un referente importante del lugar, representante de una entidad de peso en el imaginario de la zona, sobre todo cuando resulta imprescindible para el trabajo de relevamiento de necesidades y recursos (por baja participación en los otros dispositivos técnicos, como las entrevistas callejeras, las asambleas, etc.). También se hace uso de esta técnica en el momento de preparación del hogar para la reinclusión de la persona que estaba en situación de reclusión.

4. Relevamiento de recursos vinculares e institucionales de la comunidad:

Lo más importante es que deja como producto un **mapeo “real”** de recursos institucionales y vinculares -quiere decir, efectivamente contrastado en el terreno-, así como en lo referido a aspectos cualitativos como sentimiento de pertenencia barrial,

historia comunitaria, delimitación “sentida” del barrio, etc. El proceso de reintegración plena y efectiva de la persona antes internada, depende en buena medida de esta técnica, por cuanto se ve facilitada en tanto y en cuanto las instituciones comunitarias alberguen y no discriminen o expulsen al recién llegado.

5. Análisis de cobertura institucional:

Es una especialización de lo anterior. En realidad, es una técnica y un producto a la vez. Se realiza contrastando la visión de los vecinos con la de la institución respecto a su objeto, sus servicios y la calidad de su atención. Revela aspectos implícitos de la dinámica institucional y necesidades ocultas, tras la apariencia de coberturas que no son sentidas vivencialmente por los vecinos o que se desconocen en tanto prestación).

Estas técnicas se desarrollan e 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).

4.2- Etapas de implementación de las técnicas (del modelo metodológico)

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 trabajo 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 la internación prolongada asilar o carcelaria.
3. **Diagnóstico de Vulnerabilidad** psicosocial y socio-comunitaria del sujeto en tanto padeciente mental.

Actividades: 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**.
5. Elaboración y puesta en marcha de estrategias de intervención para el **mejoramiento de su capacidad vincular**, que le permita integrarse más eficazmente en sus grupos de pertenencia y referencia.
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 (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 de la institución de reclusión. 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 hospitalario. Acciones de promoción y fortalecimiento de los lazos del usuario 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: 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).

5- CONCLUSIONES

El modelo de *Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial* lleva 15 años ininterrumpidos¹¹ de tareas de investigación y transferencia de su tecnología de intervención. Ha sido probado y difundido (PIFATACS, 1999, 2007), 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 metodológicos¹², más allá de las corroboraciones que obtuviera respecto de su eficacia para el abordaje de personas y grupos en situación de extrema vulnerabilidad.

La presente Tesina, ha tomado los diversos aportes recibidos en el curso de la Carrera de Especialización en Psicología Forense 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 profesional y el enfoque de derechos, como paradigma que encuadra el encentro entre ellos.

Sin duda, el quehacer psicológico 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 profesional (sea psi o no), en tanto conlleva un replanteo de su labor, orientada a la interdisciplina, la interinstitucionalidad, la intersectorialidad y, en suma, de cara a la comunidad.

6- BIBLIOGRAFÍA

[incluida al final del libro para esta edición]

¹¹ [Aclaración *postscriptum*: ese es el tiempo desde la citada presentación en ILANUD-ONU hasta el momento de escritura de la Tesina de Especialización: Marzo de 2008].

¹² [Esta obra, sobre todo en los 3 ensayos que siguen, pretende justamente aportar a ese objetivo.]

7- ANEXO 1: SOBRE LA TESINA

7.a- Síntesis:

La presente investigación se enmarca en una serie continuada de trabajos teóricos y prácticos, que encuentran como denominador común la aplicación del modelo de abordaje de la ***Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial***. El objetivo general de esta propuesta es sistematizar la estrategia de intervención, sus principios metodológicos y la aplicación de sus técnicas, para sentar las bases de una metodología propia de abordaje para las problemáticas presentes en el campo de la psicología forense.

7.b- Metodología

- Análisis de documentación (informes) de proyectos y programas en que se implementó el modelo de clínica de vulnerabilidad psicosocial.
- Análisis bibliográfico de los conceptos claves utilizados según el modelo de clínica de vulnerabilidad psicosocial.
- Relevamiento de las técnicas utilizadas en el desarrollo de las intervenciones desde el modelo de clínica de vulnerabilidad psicosocial, mediante el estudio de material primario (informes de extensión e investigación) y a través de entrevistas a informantes clave (directores y coordinadores de proyectos).
- Delimitación de la especificidad de la aplicación del modelo de clínica de vulnerabilidad psicosocial al ámbito de la psicología forense.

7.c- Etapas

- Delimitar conceptualmente la estrategia de intervención del modelo de clínica de vulnerabilidad psicosocial.
- Caracterizar los principios metodológicos de abordaje del modelo de clínica de vulnerabilidad psicosocial.
- Aplicar el modelo de clínica de vulnerabilidad psicosocial al ámbito de la psicología forense.
- Especificar las técnicas de intervención que se emplean y su función en el modelo de clínica de la vulnerabilidad psicosocial.