

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

Lo clínico y lo comunitario en el barro.

Otero, Vanesa, Granata, Diego, Fernández, Maia y Coppola, Daniel Ricardo.

Cita:

Otero, Vanesa, Granata, Diego, Fernández, Maia y Coppola, Daniel Ricardo (2021). *Lo clínico y lo comunitario en el barro. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/83>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/Hor>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LO CLÍNICO Y LO COMUNITARIO EN EL BARRO

Otero, Vanesa; Granata, Diego; Fernández, Maia; Coppola, Daniel Ricardo
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Los tratamientos de las adicciones convocan al trabajo interdisciplinario. Esta investigación propone indagar el guión que conecta (y a la vez distingue) al ámbito clínico y al ámbito comunitario. Se intentará interrogar cómo leer, cómo interpretar ese guión. Se refiere a una conjunción? ¿Es más bien una disyunción? En principio, la hipótesis a trabajar es que se trata de una articulación. Luego, se pretende profundizar las características, condiciones y obstáculos de la misma. Para iluminar estos cuestionamientos, se desarrollarán algunos principios que hacen de marco teórico a estos interrogantes. Primeramente, se empezará por definir a cada uno de estos ámbitos en los que se desarrolla nuestra práctica profesional, para luego reflexionar sobre la efectividad de la articulación de los mismos, considerando tanto sus alcances como sus obstáculos.

Palabras clave

Clínica - Comunitario - Singularidad

ABSTRACT

THE CLINICAL AND THE COMMUNITY TREATMENTS IN MUD

Different treatments of addicted people mean multidisciplinary working. This investigation wishes to dig the hyphen that connects (and distinguishes) the clinical area and the community area. The question is how shall we read, how shall we understand that hyphen. Is it a conjunction? Is it a disjunction? In the very beginning, the hypothesis is that it is an articulation. Then, we will try to dig in the characteristics, conditions and obstacles of that combination. In order to better understand those themes, we will develop some concepts as the theoretical framework of our questions. First of all, we will give the meaning of each of these areas of our professional work, and then we will think about the efficiency of that articulation, considering its conquests and failures.

Keywords

Clinical treatment - Community treatment - Singularity - Subjectivity

A partir de la práctica profesional que se dicta en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, "Adicciones: un abordaje clínico-comunitario", este trabajo se propone indagar ese guión que conecta, y a la vez distingue, al ámbito clínico y al ámbito comunitario. Se intentará interrogar cómo leer, cómo interpretar ese guión. ¿Se refiere a una conjunción? ¿Es más bien una disyunción? En principio, la hipótesis a trabajar es que se trata de una articulación. Luego, profundizaremos sobre las características, condiciones y obstáculos de la misma en la práctica de las adicciones.

Para iluminar estos cuestionamientos, se desarrollarán algunos principios que hacen de marco teórico a estos interrogantes. Primeramente, se empezará por definir a cada uno de estos ámbitos en los que se desarrolla nuestra práctica profesional, para luego reflexionar sobre la efectividad de la articulación de los mismos, considerando tanto sus alcances como sus obstáculos. La práctica profesional de un/a psicólogo/a se despliega, en parte, en sectores de salud. La convivencia entre la Psicología y la Medicina está desde el inicio. La Psicología hereda características de la práctica médica. Ello puede verse en la clínica. Sin embargo, no va de suyo que la Psicología se desarrolle en el área clínica.

De esta manera, la presente investigación se adentra en el nacimiento de la clínica en tanto tal, tomando los aportes de Michel Foucault. "La medicina como ciencia clínica apareció bajo condiciones que definen junto con su posibilidad histórica, el dominio de su experiencia y la estructura de su racionalidad" (Foucault, 2008, 16). De esta manera, Foucault explica que la clínica, siendo que pone en juego la mirada, está atravesada por lo que se entiende que puede observarse y lo que no. "...una nueva experiencia de la enfermedad, que ofrece, sobre la que rechaza en el tiempo, la posibilidad de una percepción histórica y crítica" (Foucault, 2008, 17). Así, el autor se propone hurgar las condiciones que posibilitaron la aparición de la clínica médica en la historia efectiva, dándole a esto valor de "acontecimiento", producido no sólo por un devenir histórico entendido como un continuo, sino también por cortes, interrupciones que dieron lugar a la emergencia de lo nuevo. Entonces, se advierte una constante articulación entre las características de una época, su subjetividad, lo que se entiende por salud, enfermedad, qué es lo observable y cómo se lo aborda. Así, el concepto mismo de clínica es dinámico.

En esta línea, Jacques Lacan demuestra que un decir toma su sentido de un discurso (Lacan, 2012). Además, sirviéndose de los conceptos de la lógica, propone tres preceptos: no hay

metalenguaje, no hay relación sexual y existe uno que hace de límite al paratodo (no hay universal que no se sostenga en una excepción). A partir de esto, el punto es precisar dos cuestiones: por un lado, cuál es el discurso dominante y, por el otro, qué o quién encarna esa excepción en cada época. Esto determinará un ordenamiento del mundo simbólico, con consecuencias en el registro imaginario y en el tratamiento de lo real.

Durante la época moderna, la subjetividad se conformó a partir del ordenamiento del discurso del amo. Se trata de un orden simbólico que se caracteriza por la égida del Nombre del Padre. Siendo la identificación definida como la más temprana ligazón afectiva con otra persona (Freud, 1921, 105), este concepto resulta fundamental para ubicar la organización libidinal de la familia en particular y de la sociedad en general. Si partimos de proponer al totemismo como un sistema social (Freud, 1913, 106), el complejo de Edipo se instala como un mito que permite explicar el organizador social en la modernidad. Así, es el padre quien encarna la excepción necesaria para plantear un paratodos que organice el lazo social. Dentro de este marco, entonces, también se ha construido una noción de salud y de enfermedad, a la vez que la consideración que se le ha dado al consumo de sustancias psicoactivas.

Sin embargo, Lacan enseña que esta lógica ya no es hegemónica y considera que el discurso capitalista ha generado una nueva realidad, se trata de un nuevo modo de sostener el No-Todo o la excepción del universal. En la actualidad, se trata de un común que ya no es la masa, no es a lo que nos identificamos todos armando masa. Se trata de precisar el modo “en común” que tenemos de dar un tratamiento a lo que no-hay. Pensando al Nombre del Padre como la excepción que armaba un “para todos”, se verifica esta sustracción de la excepción, que encarnaba la autoridad del padre. El Otro que hacía de excepción ya no existe y en su lugar, la excepción que sostiene el universal o la Ley que regula el lazo social no es el Nombre del Padre, sino el mercado. (Miller, 2005).

Así, se han producido cambios en el modo en que las sociedades abordan la temática del consumo de sustancias, dentro de un mercado feroz que produce y se sostiene en un sistema desigual: “Una cultura que deja insatisfechos a un número tan grande de sus miembros y los empuja a la revuelta no tiene perspectivas de conservarse de manera duradera ni lo merece” (Freud, 2004, 12). Se hace imprescindible entonces zanjar esta desigualdad, para luego apuntar hacia la singularidad, en donde ubicamos el padecimiento subjetivo más íntimo.

Dadas estas condiciones, en los años 70 comienza a plantearse en Estados Unidos la necesidad de definir y fundamentar una Psicología comunitaria. Algunos autores la proponen como una forma de Psicología aplicada, (Murell, 1973). Lo que parece delimitarse en este país es la necesidad de una Psicología que trabaja con organizaciones sociales, cambiándose de manera tal que los individuos se beneficien, así como la dualidad del rol del psicólogo involucrados en tal acción, quien es calificado

de “participante conceptualizador” (Benett y cols., 1966), significando tanto su valor como promotor, cuanto su papel como profesional (Montero, 1984)

Entre las prácticas latinoamericanas pioneras en tareas comunitarias se mencionan aquellas que se han originado a partir de dos grandes movimientos nacidos en los años 60 y 70. Por un lado, la Investigación Acción Participativa (IAP) como proceso dialéctico continuo en el que se analizan los hechos, se conceptualizan los problemas, se planifican y se ejecutan las acciones en procura de una transformación de los contextos, así como a los sujetos que hacen parte de los mismos (Orlando Fals Borda). Por otro lado, las contribuciones del filósofo y pedagogo brasileño Paulo Freire sobre educación popular, la concientización sobre la realidad que refieren a la acción y la reflexión entendida como una unidad para la transformación social (Freire, 1968). En la Argentina, el desarrollo de la Psicología comunitaria fue interrumpido por los sucesivos golpes militares. En 1983, con el advenimiento de la democracia, las prácticas comunitarias comenzaron nuevamente a implementarse. En el año 2010 se promulga la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, que brinda el marco jurídico para promover abordajes comunitarios en el proceso de atención. Señala que deben realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial del equipo tratante donde se oriente al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (capítulo V, art. 9).

Doble vertiente de la clínica comunitaria:

A- Para La comunidad: se conforman dispositivos que brinda un servicio a la comunidad, responde a las necesidades que tiene la población. Consideran el contexto, la época y las múltiples dimensiones que atraviesa la subjetividad. Aborda los malestares considerando al sujeto constituido y determinado por la cultura. “En la vida anímica individual, aparece integrado siempre, efectivamente, «el otro», como modelo, objeto, auxiliar o adversario, y de este modo, la psicología individual es al mismo tiempo y desde un principio, psicología social, en un sentido amplio, pero plenamente justificado” (Freud S., 1921). Para Campos y Guareschi (2000) en el siglo XX hay demarcaciones importantes que contribuyeron en la definición de psicología social actual incluyendo en este término la psicología social comunitaria (en este escrito sólo nombraremos una): la psicología de las masas, nacida en Europa a comienzos del siglo XX, que surge como respuesta a los movimientos sociales urbanos de las sociedades capitalistas modernas.

B- En y con la comunidad:

El abordaje comunitario propone que el trabajo sea realizado en la comunidad donde las personas viven, y no retirado del ambiente en el cual ellas se ha desarrollado, promoviendo acciones que mejoren la salud y el medio ambiente, y modificando las

redes de relaciones (subjettivas, primarias, secundarias y terciarias) de esta persona/grupos/familia con los demás miembros de la comunidad. Es por esta razón que se considera que la institucionalización del tratamiento en salud mental que implica en muchos casos apartar a la persona de la comunidad sea indicada por un tiempo breve. (Ley Nacional de Salud Mental 26.657, cap VII, art.15).

La tarea se realiza de manera interdisciplinaria e intersectorial formando redes institucionales que abordan necesidades que se registran en el territorio. Dichas organizaciones (nodos de la red) muchas veces pertenecen a distintos sectores como ser educación, cultura, trabajo, recreación, deporte, etc.

También los dispositivos que intervienen emplazados en el territorio pueden estar conformados por personas que habitan en el mismo. Al estar ubicados cerca de las personas que padecen determinada dolencia posibilitan mejor accesibilidad y mayor inclusión. Es relevante la presencia y la participación activa de los integrantes de la comunidad. Se conforman equipos que se “organizan” para sostener la tarea, se establecen roles y funciones diferenciadas para hacer más expeditivo el trabajo y habilitar la participación activa de todos los integrantes.

Se pueden señalar algunos elementos de la experiencia participativa: circulación de la información, generación de espacios de encuentros, comunicación tendiente a la horizontalidad, posibilidad de incidir en la toma de decisiones, protagonismos en las actividades, espacios de discusión y formación (Bang, 2016). Este abordaje comunitario brinda una plataforma fértil para que advenga un sujeto derecho y se articula al tratamiento clínico comunitario propiamente dicho que está inserto en la trama organizacional. Generalmente las tareas realizadas están vinculadas a la atención primaria de la salud (promoción y prevención de la salud integrando todos sus aspectos), pero también hay organizaciones que pueden desempeñarse tanto en atención secundaria (asistencia) como en atención terciaria de la salud (rehabilitación).

Y es aquí donde es válido retomar la problemática del consumo de sustancias. La perspectiva comunitaria adquiere relevancia en abordajes de problemáticas donde especialmente se visualizan fenómenos de exclusión social como consecuencia de padecimientos mentales. Estas derivaciones propias de la existencia de estereotipos sociales se observan con mayor claridad tanto en personas con padecimientos concordantes con fenómenos psicóticos como también con el consumo problemático de sustancias. Sin lugar a dudas el aporte de la Psicología comunitaria para los primeros es indiscutible y arriba en la Argentina a partir de la Ley 26.567 a su punto más importante al prohibir la creación de nuevos hospitales y clínicas psiquiátricas y el cierre de los hospitales monovalentes existentes. Sin embargo, para el campo de las adicciones la perspectiva es diferente ya que todavía falta avanzar tanto en la concientización social de la problemática como en la valoración de los tratamientos que contemplan abordajes comunitarios.

Si bien el ámbito de la Psicología clínica es herencia de la Medicina, el psicoanálisis nace en el seno de esta última y se sirve de ella pero para hacer algo distinto. A partir de éste, en el área clínica se propone trabajar con la incoherencia, con lo que no se ve ante los ojos del médico (Freud, 1903) ya que el método psicoanalítico consiste en la asociación libre, en donde puede aparecer lo que se escapa al yo, lo que carece de coherencia ante el médico. De este modo, Miller (2013) plantea que el psicoanálisis lleva a “asignar la verdad más bien a lo incoherente que a la coherencia”. Aquí el autor señala que no se intenta demostrar una coherencia, una armonía, “lo que va con” que arma un lazo, sino más bien a seguir el hilo que indica lo incoherente, lo que no pega; como puede ser un lapsus, un acto fallido, un síntoma. En el encuentro con el analista es donde rige el derecho a la incoherencia, en donde el sujeto se deshace de sus lazos, desprendimiento que se logra a costa del establecimiento del nuevo lazo transferencial.

Por ello es importante preguntarnos cómo pensamos a lo colectivo, el vínculo social y a lo sintomático, para desde allí intervenir en una comunidad. ¿Qué es la comunidad? ¿Qué es lo común? Para abordar ello retomaremos a Lacan (1946) quien se sirve de las conceptualizaciones de Hegel para desarrollar el concepto de locura como transestructural, ubicando como características principales: la ley del corazón, el delirio de infatuación y el alma bella. Hegel vincula la locura con el individualismo de fines del siglo XVIII, que escinde lo singular de lo universal, es decir, desconoce la relación dialéctica que hay entre el individuo y lo social. Por consiguiente, la ley del corazón del loco supone una articulación inmediata entre la ley como elemento universal y el individual en tanto deseo sin mediación, así es como se impone su ley individual por sobre todas del mundo. De este modo, entra en juego el delirio de infatuación, donde desconoce la existencia de otros corazones que pueden disentir, “se cree lo que es”, y a su vez desconoce su implicación de su ser en el desorden del mundo, que podría formularse “yo no tengo nada que ver con eso” con la presentación del alma bella (Muñoz, 2019, pág.89). De este modo, es primordial hacer pasar por el Otro en una dialéctica entre la persona en tanto individuo, pero también la subjetividad en juego y su vínculo con el orden del mundo social ya que desconocerla sería redoblar la locura si no se circula el discurso inconsciente como discurso del Otro mediando a través de la transferencia, haciendo surgir de este modo las incoherencias, lo que no encaja y rompe con la no división de un individuo.

Por consiguiente, para repensar lo colectivo y lo comunitario se hace necesario hacer una distinción entre la relación colectiva con la Causa y el Ideal. Alemán (2012) ubica que “mientras la **Causa** es el lugar vacío desde el cual lo Común puede eventualmente engendrarse de modo contingente y retroactivo, el Ideal, en cambio, es siempre la aglutinación en masa que obtura la invención del acto político de enunciación (pg. 32). Aquí lo común es entendido como la causa en tanto un vacío de “no

saber”, es un común constituido topológicamente por un vacío central y exterior a la vez. De este modo, lo Común es lo que podemos hacer juntos con el vacío de lo que “no hay”. No es la propiedad lo que nos unifica, ni la potencia, “el Común es lo singular del síntoma, la Soledad que inventa al lazo social para que la misma se transforme en una voluntad política” (pág.60). El común es la imposibilidad de la relación que impone que se responda con la invención de un suplemento constituido por el vínculo social. De este modo, en la intersección vacía entre la Soledad y el Común surge como suplemento el vínculo social y de ello en la práctica del tratamiento de las adicciones se hace necesario estar advertidos en la escucha ya que la vida social está dominada por la respuesta fantasmática a estos tres no hay que tienen en Común los seres parlantes.

De este modo, diferenciaremos el común del “para todos” capitalista o totalitario, del ser con los otros sin garantías, en donde “el Común no está dado de antemano sino que es la contingencia que se puede encontrar en el arte, en el amor, en la amistad y en el orden específicamente político” (Aleman, 2012, 60), un estar con otros que lleven en su construcción las marcas de la imposibilidad. Ubicando que “Mientras la lógica del Todo y la excepción masculina siempre llaman a la restauración de un nuevo significativo Amo que garantice el orden del <>, el <>, que podría dar cuenta del momento emancipatorio, se constituye en una relación con los otros que sólo retroactivamente, luego de invención contingente de un nuevo límite, nos entrega su verdadero alcance transformador” (pág. 69). Por consiguiente, tanto en el consultorio como en el territorio la escucha del analista no es sin pensar lo social como una respuesta coherente frente al *no hay*, ya que el objeto a es lo incoherente en relación a la realidad psíquica y el fantasma viene a darle coherencia a ello (Miller, 2013). Lo cual hace necesario encontrar los modos de que el discurso pase por el Otro, produciendo de este modo que un nuevo lazo surja haciendo que aparezca lo incoherente de lo común que nos habita, el estar con otros a través de la causa atravesada por el no-todo, por lo imposible, hacia una invención transformadora.

Ergo, en un segundo movimiento, Miller (2013) diferencia al psicoterapeuta del psicoanalista, ya que refiere que el primero acredita ante el sujeto que el síntoma es lo que no anda, el desajuste con el mundo que marcha, ubicando que su posición es el de ser el guardián de la realidad colectiva, el representante del sentido común. En cambio, la posición del psicoanalista es la de no ratificar la realidad colectiva, por eso recae sobre el síntoma la sospecha de la creencia. “Decir que el síntoma es un hecho de creencia es no ratificar lo que dice la realidad colectiva, con respecto a la cual se localiza y se mide la disfunción sintomática. Es la condición misma para reconocerle su estatus de real en su no relación con el mundo, en su relación con el inconsciente y hasta con la satisfacción inconsciente” (pág. 50). En los dispositivos clínicos comunitarios se establecen férreos lazos de solidaridad y compañerismo a partir de la tarea rea-

lizada que permite mayor adherencia que a otras formas de abordajes, predomina clima organizacional operativo y amigable para la concreción de objetivos. “En la comunidad, a diferencia de una sociedad, no se ponen en común solamente relaciones secundarias, es decir relaciones funcionales, burocráticas; en la comunidad son compartidas también relaciones primarias, es decir, relaciones de afecto, comunión, amor. Los seres humanos necesitan vivir en dimensiones afectivas para su plena realización” (Saforcada, E. y Sarriera J. 2008).

En conclusión, las intervenciones comunitarias y sus dispositivos, son un ejemplo de herramientas de abordaje multidimensional. Donde participan discursos y lógicas de naturaleza y propósitos diferentes que si bien no tienen por objetivo la construcción de un objeto epistémico único, lo abordan mancomunadamente. No hay respuesta efectiva en el campo de las adicciones desde una perspectiva que no tome en cuenta la innegable vinculación entre lo comunitario y lo clínico. Ya que en las adicciones confluyen tanto variables comunitarias como subjetivas. Empezando por la sustancia misma, transformada en mercancía de goce. Mercancía que como tal está afectada a las leyes del capitalismo y regulaciones comunitarias. Y el sujeto que encuentra en los vericuetos posibles su goce particular, intentando en esa práctica obviar al Otro.

BIBLIOGRAFÍA

- Aleman, J. (2012). *Soledad: Común. Políticas en Lacan*. Buenos Aires, Capital Intelectual, 2016.
- Bang, C. (2016). *Creatividad y salud mental comunitaria*. Bs. As. Edit. Lugar.
- Calderon J. y Cardona, D. *Orlando Fals Borda y la investigación acción participativa*, Publicación: I Encuentro hacia una pedagogía emancipatoria
- Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI, Buenos Aires, 2008.
- Freire, P. (1968). *Pedagogía del Oprimido*, Siglo XXI, Bs.As, 2002.
- Freud, S. (1903). *El método psicoanalítico de Freud*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores, 2013.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- Freud, S. (1913). Tótem y tabú. En *Obras Completas*. Bs As: Amorrortu, 2006.
- Freud, S. (1927). El porvenir de una ilusión. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- Lacan, J. (1946). Acerca de la causalidad psíquica. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1953). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos 1*, Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2010.
- Lacan, J. (1972). El atolondradicho. En *Otros escritos*, Bs. As: Paidós, 2012.



- Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, (2010).
- Miller, J. A. (2005). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2005.
- Miller, J. (2013). *El lugar y el lazo*. Buenos Aires, Paidós.
- Montero, M. (1984). La Psicología comunitaria. En *Revista latinoamericana de Psicología*, vol. 16, num. 3, pp 387-400.
- Muñoz, P. (2019). *Las locuras según Lacan: Consecuencias clínicas, éticas y psicopatológicas*. Buenos Aires, Letra Viva.
- Saforcada, E. y Sarriera J. (2008). *Enfoques conceptuales y Técnicos en Psicología Comunitaria*. Buenos Aires. Editorial Paidós.