

Las otras clínicas. Acompañar prácticas y procesos: del kliné al kiné¹

HARGUINDEY, María Alicia.

Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología Social Comunitaria. Miembro del Dispositivo de Enlace Comunitario de la Región XII (La Matanza). Docente en la Carrera de Especialización en Psicología Social Comunitaria del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (Distrito XIV, Morón).

Contacto: licharguindey@gmail.com

USSHER, Margarita.

Magíster y Especialista en Psicología Social Comunitaria. Directora de la Carrera de Especialización en Psicología Social Comunitaria del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (Distrito XIV, Morón). Ex docente e investigadora Universidad de Buenos Aires (UBA) y Universidad Nacional de Moreno (UNM).

Contacto: margausser@gmail.com

WAJNERMAN, Carolina.

Magíster en Políticas públicas y Licenciada en Psicología. Coordinadora de la Red Territorial de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Salud Pública de La Matanza. Docente de la Carrera de Especialización en Psicología Social Comunitaria del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (Distrito XIV, Morón).

Contacto: carolinawajnerman@gmail.com

Recibido: 15/05/24; **Aceptado:** 31/07/24

Cómo citar: Harguindey, M.A., Ussher, M. y Wajnerman, C. (2024). Las otras clínicas. Acompañar prácticas y procesos: del kliné al kiné. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 19-34

Resumen

Este texto surge en el marco de la Carrera de Especialización en Psicología Social Comunitaria del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (Distrito XIV, Morón). Buscamos producir una revisión discursiva del término *clínica*, pluralizando sus sentidos, para ampliar su alcance a otras prácticas no reconocidas en los haceres de los equipos territoriales, aunque estén enunciadas en los marcos legales que abogan por una perspectiva de derechos. En esa búsqueda encontramos la necesidad de superar el límite de una única definición y de pasar a pensar clínicas que producen rupturas y se sostienen en posiciones críticas, respecto de aquella nacida con la raíz *kliné*, la del cuerpo *enfermado*² y recostado.

Las clínicas que reconocemos e invitamos a reconocer son aquellas que tienen a la otredad como protagonista y a los cuidados como objetivo, que resisten a lo unívoco, se nutren de la rebeldía y la incomodidad, apuestan a lo agudo de diferentes modos de simbolización en su relación con el otro, haciendo reacción, resonancia y creación, incluyendo el juego, el humor y los lenguajes corporales y saberes culturales diversos. Son clínicas con sensibilidad y que abren la posibilidad de abarcar y conjugarse con la dimensión comunitaria,

y que se despliegan en los bordes de la clínica hegemonizada. Clínicas múltiples, participativas, que elegimos llamar cónicas, críticas, perrunas, rizomáticas, que anclan y desbordan sobre distintos suelos, eligiendo también otros modos de narrar y ser narradas.

Palabras clave: clínica - cuidados - salud - salud mental - comunitaria

The other clinics. Accompany practices and processes: from kliné to kiné

Abstract

This text arises within the framework of the Specialization Course in Community Social Psychology of the College of Psychologists of the Province of Buenos Aires (District XIV. Morón). We seek to produce a discursive review of the term clinic, pluralizing its meanings, to expand its scope to other practices not recognized in the work of territorial teams, although they are stated in legal frameworks that advocate a rights perspective. In this search we find the need to overcome the limit of a single definition and begin to think about clinics that produce ruptures and are held in critical positions, with respect to that born with the *kliné* root, that of the sick and recumbent body.

The clinics that we recognize and invite to recognize are those that have otherness as a protagonist and care as an objective, that resist the univocal, are nourished by rebellion and discomfort, bet on the acuteness of different modes of symbolization in their relationship with the other through reaction, resonance and creation, including play, humor and body languages and diverse cultural knowledge. They are clinics with sensitivity and that open the possibility of encompassing and combining with the community dimension and that are deployed at the edges of the hegemonized clinic. Multiple, participatory clinics, which we choose to call cynical, critical, dog-like, rhizomatic, that anchor and overflow on different soils, also choosing other ways of narrating and being narrated.

Keywords: clinic - care - health - mental health - community

Presentación

Este texto surge en el marco de la Carrera de Especialización en Psicología Social Comunitaria del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (Distrito XIV. Morón), en la búsqueda de producir una revisión discursiva del término *clínica*. A través de la historia, lo que llamamos clínica en el cam-

po de la Salud Mental se ha diversificado para dar lugar a distintos modos de hacer en la intención de producir terapéuticas y procesos de cuidado. Algunos de estos modos fueron pensados originalmente como estrategias para la atención de personas que no se adaptan a los protocolos clínicos tradicionales (Lancetti, 2011), pero el término *otras clínicas* podría extenderse hacia lo que queda por fuera de la formalidad definida como práctica hegemónica, y nombrar aspectos no reconocidos de lo que hacen los equipos en diferentes prácticas de Salud Mental, entre las cuales nos interesan especialmente las territoriales y las que se realizan en el marco de lo público.

Las otras clínicas

Las *otras clínicas* van surgiendo como respuesta a la necesidad de acompañar la diversidad del padecimiento humano, comprendido a partir de la situación en que surge y de las posibilidades de abordarlo, considerando además los recursos de las personas, las familias y las comunidades en que se manifiestan. En algunas ocasiones, las *otras* personas para quienes se pensaron las *otras clínicas*, ponen en escena una concepción ontológica que nos mueve a investigar los mecanismos de producción del *nosotros* (Lewkowicz, 2004; Salazar Villava, 2011). Un *nosotros* que frecuentemente olvida que las

diversidades son un hecho de la vida, que incluye una multiplicidad de situaciones de vivir, de sufrir, de amar, de morir, y por lo tanto, debería haber también diferentes modos de abordar los padecimientos; múltiples modos de acompañar y cuidar.

La clínica que buscamos revitalizar no es posible sin la construcción de un *nosotros* ampliado y extendido, sostenido en la hospitalidad, que tenga en cuenta la alteridad, que siempre se manifiesta como misteriosa y diversa. La hospitalidad no es fácil, afirma Derrida (2001), el recibir, acoger a alguien en nuestra casa/institución o acompañarle en recorridos y territorios. Esto nos interpela, nos transforma y también interroga nuestras funciones institucionales. Las *otras clínicas* se construyen desde una relación singular, entre personas que se encuentran comprometidas en abordar el padecimiento subjetivo.

Desde esta perspectiva, las *otras clínicas* no son solamente la clínica *de* lo otro sino que son necesariamente clínicas *con* la otredad, promoviendo la otredad como protagonista y participante activa. Son *otras* porque no son concebidas o reconocidas institucionalmente como *la* clínica en tanto la *única* o parte de ella. Nos interesa abrir el campo de reflexión acerca de su quehacer dado que implican múltiples saberes, corporales y

culturales en situación, y un conjunto de acciones que se construyen desde y en la resonancia del encuentro, que podemos potenciar si las visibilizamos.

En este sentido, cabe decir que lamentablemente siguen siendo clínicas *otras*, a pesar de ser enunciadas por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), cuando en el Art. 9° expresa que el padecimiento mental debe abordarse en un marco “interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud” y “se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”. Esto implica una construcción diferente del rol de los equipos de salud/salud mental y de otros actores sociales; otros modos de estar respecto a lo instituido hegemónicamente en las instituciones.

Si partimos de que toda clínica se sostiene en diferentes formas de poder, las *otras clínicas* buscan interpellar las prácticas de normalización y control y repensar las bases teóricas en las que se fundan esas prácticas. Clínicas ordinarias y exóticas. Clínicas normativas y extrañas. Clínicas que no se nombran o no se animan a nombrarse. Clínicas nómadas, peregrinas, apátridas, lúdicas. Clínicas en la intemperie, a cielo abierto, del no lugar, cartográficas, itinerantes, andariegas, en movimiento. Clínicas rizomáticas que conectan diferentes

eslabones semióticos, organizaciones de poder, lenguajes relacionados con las artes, las ciencias y las luchas sociales (Deleuze y Guattari, 1976)

En el camino de des-cubrir aquellas *otras clínicas*, proponemos pensar en diferentes círculos concéntricos desde lo uno a lo otro, configurando grados o niveles en cuanto al giro hacia la alteridad que son capaces de abarcar. A las *otras clínicas* les tememos muchas veces porque eso otro corre el riesgo de quedar en el lugar del no-ser, de lo excluido de ciertos campos del saber y el poder. Sin embargo, podemos reconocer diferentes situaciones y campos de lo clínico. Nuestro punto de partida es el hecho de que efectivamente la diversidad de formas clínicas existe, es parte de nuestra realidad institucional, aún con su escasa legitimación.

Es comprensible que les temamos: las *otras clínicas* nos mueven del cuerpo acostado, enfermo, del paciente en reposo, hacia los desplazamientos y movimientos que van del consultorio al territorio ampliado. Es por esto que pensando desde la dimensión espacial, en un primer esbozo para pensar las *otras clínicas*, categorizamos el giro de *unas* hacia *otras clínicas* de la manera que sigue:

1. *Lo otro según lo uno*: en este círculo ubicamos un primer modo de hacer lugar al conocimiento y aplicación de otros modos clínicos, en el cual la clínica se mantiene todavía en las coordenadas espaciales conocidas e instituidas en tanto dispositivo. Sin embargo, en el marco de esta hegemonía aparecen intentos e invenciones que generan una apertura en relación a lo otro, a otras perspectivas. Este primer giro de perspectiva se caracteriza por la sospecha de eso otro, la apertura conceptual, afectiva, corporal hacia ejes diferentes a los instituidos en el campo hegemónico de la clínica. Algunos aportes conceptuales en este sentido que nos gustaría mencionar son: Psiquismo creador (Fiorini, 1995), Interferencia -como modo de pensar la transferencia- (Berenstein, 2004), Inconsciente colonial capitalístico cafisheístico (Rolnik, 2019), entre muchos otros modos de configurar las coordenadas y perspectivas clínicas.

2. *El lugar de lo otro*: son aquellas clínicas que en su práctica promueven una conjugación efectiva de *otras clínicas* en tanto posibles, viables y vitales. El punto de inicio se da muchas veces cuando no hay consultorio, cuando toca hacer una entrevista en el domicilio de quien consul-

ta, cuando se dan encuentros de pasillo o nos vamos al aire libre, se abren puertas, cuando salimos a caminar algo se con-mueve. De este modo, se empieza a jaquear el cuerpo y el modo de pensamiento. El cambio de coordenadas espaciales del encuentro permite comenzar a configurar otro posicionamiento ético y político, que muchas veces está en el giro anterior como idea, el territorio interpela al dispositivo. Son clínicas itinerantes, nómades, peripatéticas, a la intemperie. Clínicas que en su práctica resultan cuestionadoras de lo instituido pues son el inicio del dislocamiento; clínicas que en su modo de hacer ya huelen a algo distinto.

3. *Las clínicas otras*: configuración de otros modos de estar y habitar, metodologías y efectos. Marcos teóricos *otros* en intersaberes y con el protagonismo activo de la otredad, con posibilidad de pensar y actuar desde lo comunitario y lo colectivo. Implican un hacer distinto, marcan otro eje, son prácticas clínicas que ponen en riesgo la identidad, el rol profesional, el nombre. Esto abre al des-disciplinamiento, la interdisciplina, la transdisciplina y el rumbo a lo intersapiential o los intersaberes.

Desde una acepción de *otras* que sigue el sentido del acto hegemónico al acontecimiento, las *otras clínicas* serían las disidentes, las que hacen ruptura a lo instituido como uno, y que se diferencian respecto de aquello ya reconocido como hacer clínico para producir otras búsquedas. ¿Desde dónde nos involucramos en el que-hacer clínico? ¿Cómo acompañamos múltiples modos deseantes? ¿Qué nos preguntamos frente a los nuestros deseos otros, frente a otros nuestros deseos en el camino de la descolonización de las prácticas?

Desde este último giro, el que nos gusta explorar, pensamos en situaciones y campos del hacer clínico con la otredad como protagonista, basados en el reconocimiento de que la diversidad es constitutiva y parte de la realidad, produciendo modos de estar y habitar, metodologías y efectos múltiples, roles móviles y activos, y también una escucha distinta.

De *Kliné* a *Kiné*. Clínica crítica, clínica cínica

¿Cómo fue que *Kliné* es casi lo opuesto de *Kiné*? El *kline* (del griego κλίνη, y en plural klinai) es un antiguo tipo de mueble, especie de diván o lecho, donde reclinar en la clínica al enfermo. Mientras que *Kiné* es movimiento, presente en la palabra *cine* por ejemplo.

Creemos que es allí donde la clínica puede encontrarse con algo más que enfermedad y padecimiento.

La homofonía nos hace rastrear, desde ese olfato de los oídos, otra palabra en la que también reconocemos el ejercicio de la otredad. Parece ser que *ánico* tiene orígenes en Grecia donde Antístenes y Diógenes se comportaban como perros y se los apodaba con el nombre *kynikos*, que es la forma adjetiva de *kyon*, perro. La causa era el modo de vida que habían elegido estos personajes, especialmente Diógenes, con su desvergüenza como posición crítica frente a la sociedad y sus objetivos. Diógenes adoptaba gestos y actitudes perrunas, provocando el escándalo de los ciudadanos. Los cínicos, como los perros, tenían diversas formas de vivir, con cierta impudicia a la hora de manifestarse públicamente. Diógenes, el Sócrates delirante, como lo llamaba Platón, se enorgullecía del calificativo y se consideraba guardián de los principios de la filosofía, contra aquellos que la normativizaban rígidamente (García Gual y Laercio, 1987).

Franco Basaglia, desde su cinismo y delirio, también estaba orgulloso de recibir del *establishment* psiquiátrico, el juicio que le endilgaba falta de seriedad y respetabilidad:

Resulta demasiado fácil al establishment psiquiátrico definir nuestro trabajo como falta de seriedad y de respetabilidad científica. Este juicio sólo puede halagarnos, puesto que en fin de cuentas nos asignaron toda la falta de seriedad y de respetabilidad atribuida desde siempre al “enfermo mental”, así como a todos los excluidos. (Notariani, 1980, p.91)

En esa misma línea, desde la Especialización en Psicología Social y Comunitaria del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de Morón, en el Seminario “Las otras clínicas”, venimos promoviendo la idea de que una clínica crítica es cínica, es perruna y pide *menos perreras y más perro*. No se trata de rechazar lo perruno (vale por *lo otro*) sino de ampliar esos bordes que definen los modos clínicos (Harguindey, 2022); explorar los límites de lo establecido y recuperar la fuerza vital arrasada en la “proxenetización” o “cafishéo” que el régimen neoliberal necesita para impulsarse. Perrear es un hacer y un sentipensar desde el saber del cuerpo, en su condición de vivo y “devenir sensible de esos afectos en acciones, que pueden ser teóricas, artísticas, políticas, existenciales u otras” (Rolnik, 2009, p. 70). Expresa esta autora:

Pensar es necesariamente una práctica de ‘cura’ de las obstrucciones del flujo vital, y también una práctica

política, dado que esa acción pensante participa activamente en la definición de los destinos de una sociedad. En suma, estética, clínica y política son inmanentes a este tipo de práctica del pensamiento. (Rolnik 2009, p. 70)

Antonio Lancetti (2011) la piensa anticlínica; relata las experiencias de la deconstrucción manicomial en Brasil ante el objetivo de poner a las personas de pie e inventar emprendimientos que produzcan el deseo de vivir fuera del hospicio. Clinicando desde la osadía y la invención. Pensando la salud “no como lucha contra una dolencia o un desvío sino como producción de vida, arte de (de)subjetivación, potencia de encuentro” (p. 23). Llamándola también “transclínica” para diferenciarla de una clínica ampliada comprendida sólo como ampliación de “presupuestos criticados por los procesos de transformación institucional, hacia nuevas áreas” (p. 17), propone recursos que “a veces son poéticos; otras veces, dramáticos, cuando no patéticos” (p. 37).

Una clínica con dimensión comunitaria

Desde las prácticas de equipos interdisciplinarios que abordan el padecimiento subjetivo va surgiendo un nuevo paradigma clínico que para Maritza Montero (2010) tiene cuatro aspectos:

1. El diálogo entre dos campos: el clínico y el comunitario
2. El lugar protagónico de las prácticas, que construye método y teoría en el andar.
3. La complejidad del campo de trabajo que entrelaza los padecimientos subjetivos con las cuestiones sociales
4. La necesidad de producir enfoques teóricos y metodológicos que a su vez estén sostenidos por una perspectiva ético-política basada en los Derechos Humanos.

Estas dimensiones parten de interrogar el Modelo Médico Hegemónico que se caracteriza por su individualismo, biologismo y “por cumplir no solo funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normatización, de control y de legitimación” de la organización social existente (Menéndez, 2020, p. 2). Una clínica con dimensión comunitaria no se contenta con asistir los padecimientos sino que busca visibilizar y modificar las condiciones sociales que lo producen.

Agustín Barúa Cafarena (2023) denomina “clínica” a una forma de intervención en Salud Mental que, con “sensibilidad comunitaria”, propone articular

discursos clínicos y comunitarios desde una dimensión transdisciplinaria, intercultural, antimanicomial y popular. Las clínicas comunitarias dan lugar a conversaciones con diferentes lenguajes y en diferentes territorios, están orientados por una ética del cuidado, generan dispositivos singulares para cada situación, no son prácticas solitarias sino que surgen de equipos que producen, cuestionan y se interrogan creativamente (Ussher, 2019).

Las clínicas comunitarias no buscan intervenir con las personas aisladas, sino con sujetos colectivos, las comunidades como totalidad (Fernández Álvarez, 1998), partir de situaciones y no de casos; mirar más procesos que estructuras. El trabajo clínico con comunidades nos lleva a pensar la situación como el punto de partida de la intervención, la complejidad de cada situación permite entender la demanda desde diferentes puntos de vista y la forma en que estos puntos de vista cobran significado para los distintos actores. Es a partir del análisis de esa situación que el equipo puede comenzar a planificar estrategias de trabajo interdisciplinarias e intersectoriales, basadas en una perspectiva de Derechos Humanos. Carlos Matus (2008) afirma que para comprender una situación debemos adentrarnos en las explicaciones que cada uno de los actores expresa: “el diagnóstico es un monólogo que alguien no situado hace encerrado en su

propia visión del mundo que lo rodea. La apreciación situacional, en cambio, es un diálogo entre un actor y los otros actores” (p. 149).

El concepto de situación parte del escenario de la vida cotidiana de las personas que nos consultan, del entrelazamiento discursivo y las posibilidades de generar espacios de diálogo que modifiquen las condiciones que sostienen el sufrimiento (Ussher, 2019). La dimensión comunitaria de la clínica nos permite interrogar, desde diversas posiciones, la experiencia de estar con otros, pensar un *nosotros*, tanto desde una identidad compartida como en las diferencias.

El estar, los cuidados, el Estado

Las *otras clínicas* recuperan una noción integral del cuidado, que es espontáneo y también reflexivo/planificado, que “se hace amalgamando en un mismo movimiento naturaleza y cultura, sujeto y objeto, el yo y el otro” (De la Aldea, 2019, p. 14). El cuidado está al servicio de la vida, implica disponibilidad y deseo de cuidar y ser cuidado. El cuidado se teje en las relaciones íntimas amorosas, de ma-paternidad, de amistad y también en las redes comunitarias y sociales, que son co-responsables de los procesos de cuidado. El cuidado surge a partir de un *estar con los otros* nutrido por la ternura, *estar*

perseverante, aún en la incertidumbre, estar esperanzador y utópico, aún en los fracasos. Rodolfo Kusch ha planteado la importancia de la dimensión del *estar*, en contraposición al *ser* subrayado por la modernidad occidental; ejercitar el estar aún en el caos, respirar codo a codo con los otros, quizá nos lleve a construir caminos de bien-estar y buen vivir (Wajnerman, 2023).

Cuidar y ser cuidado es una necesidad propia de la vida. Donde hay una necesidad surge un derecho que interpela al Estado como responsable indelegable del cuidado de los ciudadanos. Las *clínicas* que nos ocupan emergen desde nuestras prácticas y lo hacen al amparo y/o en diálogo con el Estado, que asume a la salud como derecho, como plantea la Ley Nacional de Salud Mental. Si la salud solo dependiera del mercado, no habría movimiento ni pluralidad en los modos de vivir y sufrir; la salud solo sería mercancía y el sentido único prevalecería.

Para el mercado lo otro queda en el lugar del no-ser, excluido, expulsado a condiciones precarias de vida, no merecedoras de cuidado, vidas encerradas en prisiones manicomiales para que permanezcan invisibles. “Si una vida se considera carente de valor, si una vida puede hacerse desaparecer sin dejar rastros o consecuencias aparentes, eso significa que esa vida no se concebía ple-

namente como viva, y por lo tanto, no se concebía plenamente como llorable” (Butler, 2022, p. 41).

Escribir las *otras clínicas*. La otra escritura

¿Puede el discurso de lo *uno* transformarse en palabras de un *nosotros*?

Para que “nosotros” pueda ser pronunciado hace falta una condición de legitimidad. Que los otros allí incluidos demanden la aparición de esa voz en su nombre y que el discurso se sostenga en el sentido común. Nosotros es comunidad de sentido; para actualizarse precisa una delegación en virtud de la cual quedan representados. (Salazar Villava, 2011, p. 101)

La representación de un nosotros es siempre errática, transitoria. Unos toman la responsabilidad de ser sujetos de enunciación, buscando esas palabras fugaces en transformación y movimiento. Lo que narramos es la memoria de hacer y sentir compartidos, de afectaciones y afectos múltiples. Cada narración de procesos colectivos es una invitación a reescribirse desde lenguajes diferentes, a reconocerse errante y errada, a convocar a nuevas expresiones que den cuenta de caminos que se abren.

Es por eso que creemos que las *otras clínicas* se escriben distinto, para mostrar los huecos entre las palabras, los silencios y los grandes ruidos tan ensordecedores que muchos oídos no logran captar. Son otras formas de narrar que encontramos en muchas de las escrituras de los bordes.

La escritura no es un espejo del hecho, tal y como solemos entenderlo desde una supuesta neutralidad; en las *otras clínicas* encontramos con frecuencia un ejercicio de espejar los sentidos múltiples, las resonancias afectivas. Es una escritura cartográfica que además no solamente incluye el hecho en sí y *lo hecho* sino lo *deshecho*. Justamente estas escrituras suelen aparecer especialmente en esas *otras clínicas* donde lo hecho y los hechos necesitan de espejos quebrados que narren la fragmentación, de espejos inclinados que muestren la proyección al infinito de los despojos y los bordes de la subjetividad que no se ven con las narrativas del espejo de frente, de escrituras oblicuas que solo adquieren sentido frente a otras.

A continuación traemos ejemplos de escrituras en base a prácticas en las instituciones que condensan, orientan e interpelan a las prácticas.

a. Visita domiciliaria

Vestida de azul con la capa de la virgen
cose banderas que llevó al hospital
su habla florido no nombra emociones,
su voz en los ojos me hace llorar.
Mahoma no fue otra vez a la montaña;
la estuve esperando, no pudo llegar,
porque la luz del día la oscurece,
sólo en su cuarto se quiso quedar.
Hoy fui a su casa en Perú y Juan Florio
previo llamado con su mamá,
María sólo quiere vivir en su cuarto
y de la familia no oír nada más.
Si es para música, se acuerda de cuándo
traer su micrófono y unirse a cantar
quizá entonces haga cuerdas caminando
a esta montaña que la quiere escuchar.

(Wajnerman y Harguindey, 2022, p.5)

b. Cuchillo y miedo

- De ningún modo y en ninguna circunstancia iremos al psicólogo. Ni que lo pidas vos ni que lo pida el mismísimo presidente.

Nosotros odiamos a los psicólogos. -¿Sabías que soy psicóloga? -Obvio.

Son abuela, madre e hijo. Todos de acuerdo en eso y en un par de cosas más relacionadas a la magia negra, la magia mala, la magia del daño, “la que nos gusta”. Después venían las diferencias. Que me tenés podrida, que la odio, que no la aguanto más. S. había amenazado a sus compañeros de escuela con un cuchillo y varias frases intimidantes. La escuela exigía tratamiento psicológico. ¿Pueden hacerlo?, ¿es legal? Estaban preocupados. Se firmó acuerdo con el servicio local, firmaron madre y abuela comprometiéndose a llevarlo al psicólogo. -Si! Firmamos eso para que nos dejen en paz. Si no puede ir a la escuela que no vaya. -Para mi mejor, dice S. -Odio la escuela. Muchas visitas, llamadas, insistencias en lograr encuentros donde hablaban los tres, a veces al mismo tiempo. Logramos salir a caminar solo con S. y por el barrio. “Aburridísimo”, decía. Pero nos esperaba. Sumamos en la caminata el tocar timbre en la casa de otro joven y luego una más, para unirse a la caminata. “No quiero ver a nadie. Todo lo que hacen ustedes es aburrido y te dije que no me gustan los psicólogos”. Llevamos juegos y hojas para dibujar en la plaza. Observamos plantas, contamos historias. Compartimos estrategias y experiencias con el equipo escolar. En una jornada de salud S. permite que lo mire un dentista por

primera vez y acepta la aplicación de vacunas. -¿Por qué nunca hablan de las cosas que me gustan a mi? -¿Cuáles serían? -Cementerios, magia negra, muertes. Investigamos historias de cementerios, rituales, seres mitológicos, empezamos a salirnos del libreto para crear. Compartimos con otros. Cumple 15, cumple 16 y 17. Queda poco tiempo de escuela secundaria. No sabemos qué pasará. Junto a la mamá nos piden que seamos la psicóloga de ellos, porque ellos odian a los psicólogos, pero sólo porque no parecemos psicóloga.. es que nos hablan. (El plural aquí es forzado, pero es plural). (Harguindey, 2022, p. 34)

c. Si yo supiera llorar

Si yo supiera llorar haría de mis lágrimas una letanía de amor, haría que mis lágrimas fueran un susurro continuado, como el obrero que vuelve solo de su fábrica. Si yo supiera llorar...

Si yo supiera llorar quisiera que mis lágrimas fueran como las manos de un niño,

cálidas, pequeñas, de acariciar juguetón. Quisiera que mis lágrimas fueran honradas como el nido del gorrión, que endulza lo áspero de las pajas. Si yo supiera llorar...

Si yo supiera llorar... Dejaría que mis lágrimas me empaparan la cara, como la lluvia monótona, de tibios lagrimones. Dejaría que mis lágrimas se expresaran en la transparencia de unos ojos acuosos, femeninos. Si yo supiera llorar...

Si yo supiera llorar, lloraría como niño al que han suspendido, como el negro que se siente solo y rechazado, como la pobre mujer que ha regalado su cuerpo por un poco de dinero, como el muchacho sin más horizontes que el placer.

Si yo supiera llorar...

Si yo supiera llorar, creo que mis lágrimas serían como las de mi Dios, triste y cansado, hundido en la nostalgia de una iglesia pueblerina. Si yo supiera llorar...

Si yo supiera llorar... pero no. Yo no sé llorar. Yo nunca he llorado. Aunque me

quedara solo... infinitamente solo...nunca, nunca beberían lágrimas mis ojos, porque aunque pudiera llorar,...¡ yo no sabría llorar!

(Ignacio Martín-Baró, 1963)

Si yo supiera llorar: ¿habría perdido el encuadre...? Ignacio Martín-Baró, fundador de la Psicología de la Liberación, ya nos hablaba de lo que hoy reconocemos como implicación, desgaste profesional, profesional quemado y atrapado en encerronas trágicas que producen el “Síndrome de Padecimiento”, donde opera la mortificación cultural que se hace dolor en los trabajadores y trabajadoras además de las poblaciones. (Ulloa, 2012, p. 141). Sujetos presos de instituciones manicomializadas (¿perreras?) que por unos pocos pesos, se someten para someter... ¿Cómo cuidar a estos equipos para que también puedan cuidar?

Reflexiones para seguir trabajando

En el escrito situamos brevemente la conformación de un campo clínico en el que lo uno y lo otro coexisten, desde lo institucional y en las prácticas. Se revisó la noción de clínica desde la etimología y horizontes de sentidos posibles, desde las prácticas que desbordan lo instituido y producen diferentes modalidades de trabajo frente al padecimiento subjetivo. Proponemos las clínicas como dispositivos/disponibilidades que acompañan y amplían múltiples estrategias deseantes, buscando descuadrar los cuadros clínicos, descolgar los sentidos en que se anclan las vidas. Buscar nuevas coordenadas espaciales -que abren lugar y perspectiva a la otredad- y

temporales -urgentes o en espera, continuas y discontinuas-, para favorecer la participación de diferentes actores y sujetos no tan sujetos a las configuraciones de nuestras coordenadas preexistentes.

Lewkowicz afirmaba que el Estado representa el lazo social (2004), instituye el tipo de lazo que le da consistencia y existencia a la sociedad. La ciudadanía y sus derechos son el soporte subjetivo de los Estados nacionales. Es por eso que remarcamos la responsabilidad del Estado y el lugar de lo público como garante del cuidado, dando la posibilidad de acoger la multiplicidad de situaciones y padecimientos. Un Estado que permita generar lazos diversos, clínicas varias, que interpele, acompañe, forme, cuide equipos adecuados para esta tarea. Si quedamos solas y solos, expuesta/os a la violencia del mercado, a la colonialidad cafisho (Rolnik, 2019), no hay posibilidad de la clínica otra. El Estado, en la búsqueda de equidad y justicia social, es fundamental para producir y sostener un escenario desde donde interrogar las configuraciones que instituyen lo que es entendido como lo uno y lo único posible.

Finalmente cabe decir que los intentos por escribir desde las *otras clínicas* necesariamente se dan en otros modos de escritura y se referencian en otros registros y bagajes, como lo literario, lo periodístico y lo artísti-

co, sin exclusión del campo académico y en diálogo con los saberes populares. Creemos que la revitalización de nuestras prácticas va en esos rumbos...

Bibliografía

Barúa Caffarena, A. (2023). *Ejedesencuadrá: del encierro hacia el Vy'A*. Ediciones CICCUS.

Berenstein, I. (2024). *Devenir otro con otro(s): ajenidad, presencia, interferencia*. Paidós.

Butler, J. (2022). *Sin miedo. Formas de resistencia a la violencia de hoy*. Taurus.

Deleuze, G. y Guattari, F. (1976). *Rizoma. Introducción*. Pre-textos.

Derrida, J. (2001). *¡Palabra! Instantáneas filosóficas*. Trotta.

Fernández Alvarez, H. (1998). *La vertiente clínica de la salud mental. Psicología Clínica en el ámbito comunitario*. En: González, A.M. *Psicología comunitaria: fundamentos y aplicaciones*. Síntesis Editores. (pp. 223-232)

Fiorini, H. (1995). *El psiquismo creador*. Paidós.

García Gual, C y Laercio, D. (1987). *La secta del perro. Vidas de los filósofos cínicos*. Alianza editorial.

Harguindey, M. A. (2022). *Aportes de la salud colectiva al abordaje de la salud mental en las prácticas de promoción y protección de derechos de NNyA*. Trabajo final de Especialización. Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito XIV.

Lancetti, A. (2011). *Clínica peripatética*. Hucitec Editora.

Lewkowicz, I. (2004) *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Paidós.

Martín-Baró, I. (1963). *Si yo supiera llorar...* En: Biblioteca digital P. Florentino Idoate, S.J. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

Matus, C. (2008). *Adiós señor presidente*. EDUNLa.

Menéndez, E. (2020). *Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias*. En: *Salud Colectiva* (16). doi: 10.18294/sc.2020.2615

Montero, M. (2010). *Para una psicología clínica comunitaria: antecedentes, objeto de estudio y acción*. En: Hicapié Gómez, A. (Comp.) *Sujetos políticos y acción comuni-*

taria. Ed. Universidad Pontificia Bolivariana. (pp.199-219)

Notariani, M. (1980). Entrevista con Franco Bagaglia. En: *Originales y Revisiones*, 20(73), 91- 99. <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15686/15545>

Rolnik, S. (2019). *Esferas de la insurrección*. Tinta Limón.

Salazar Villava, C. (2011). Comunidad y narración. La identidad colectiva. *Tramas* (34). UAMX. (pp. 93-111)

Ulloa, F. (2012). *Salud ele-Mental. Con toda la mar detrás*. Libros del Zorzal.

Ussher, M. (2019). *La clínica comunitaria: desafíos y complejidades. Dossier de Psicología Comunitaria*. Instituto de Investigación de la Universidad del Museo Social Argentino, 71-97.

Wajnerman, C. y Harguindey, M.A. (2022). *Las otras clínicas. Acompañar políticas deseantes. Del kiné al kiné: lo cínicos y lo clínico, el perreo y otros bordes*. En: Primera Jornada de Psicología “Lo inédito de lo cotidiano”. Residencia de Psicología del Hospital Zonal General de

Agudos Dr. A. Balestrini. La Matanza. Agosto 2022.

Wajnerman, C. (2023) *¿Algo huele mal? Vías hacia el bien-estar americano entre olor, vínculos y símbolos*. En: Tasat, J. y Pérez, J. (Coord.) *El Hedor de América. A 50 años de América profunda de Rodolfo Kusch*. UNTREF-CLACSO, (pp. 65-78)

Notas

1. Una primera versión de este texto se presentó en la Primera Jornada de Psicología “Lo inédito de lo cotidiano”. Residencia de Psicología del Hospital Zonal General de Agudos Dr. A. Balestrini. La Matanza. Agosto 2022.

2. Nos permitimos este neologismo ya que decir enfermo era seguir pensando un cuerpo definido por su enfermedad, enfermado incluye lo que ve quien mira e invita a buscar la causa de esa enfermedad.

