

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2012.

# Articulaciones entre la psicología social comunitaria y la psicología clínica.

Ussher, Margarita.

Cita:

Ussher, Margarita (2012). *Articulaciones entre la psicología social comunitaria y la psicología clínica*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/667>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/zds>

*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>.*

# ARTICULACIONES ENTRE LA PSICOLOGÍA SOCIAL COMUNITARIA Y LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Ussher, Margarita

Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito XIV. Morón.

---

## Resumen

Las demandas complejas que reciben los psicólogos y las psicólogas que trabajan en ámbitos comunitarios generan la necesidad de construir puentes entre dos ramas de la Psicología: la Clínica y la Social Comunitaria.

Esta articulación se plantea desde la perspectiva de la complejidad, comprendiendo el padecimiento subjetivo como un proceso que se despliega en entornos comunitarios, socio-históricos y culturales que configuran un campo de problemas que debe ser abordado desde diferentes perspectivas teóricas, interdependientes, sostenidas por el trabajo en equipo.

Martitza Montero afirma que la Clínica Comunitaria es una subespecialidad emergente. Consideramos que deberá articular saberes teóricos y metodológicos de diferentes ámbitos de la Psicología, sostenidos en coincidencias paradigmáticas, éticas y políticas, inserto en estrategias interdisciplinarias, intersectoriales e interculturales.

En este trabajo buscaré plantear algunas cuestiones que surgen al reflexionar, desde el ejercicio profesional, acerca de los encuentros y desencuentros entre estas dos áreas de la Psicología.

## Palabras Clave

clínica comunitaria, complejidad, interdisciplina

## Abstract

COOPERATIVE WORK BETWEEN THE SOCIAL COMMUNITY PSYCHOLOGY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

The complex demands received by psychologists working in community ambits generate the need to build bridges between two fields of psychology: the Clinical and Social Community.

This joint is approached from the perspective of complexity, understanding the subjective suffering as a process that unfolds in community ambits, socio-historical and cultural make up a range of problems that must be addressed from different theoretical perspectives, interdependent, supported by the teamwork.

Maritza Montero says that Community Clinic is an emerging subspecialty. We believe that we must articulate theoretical and methodological knowledge in different fields of psychology, sustained in paradigmatic, ethical and political matches embedded in

interdisciplinary, intersectoral and intercultural strategies.

This paper will inquire about to raise some issues that arise when you reflect on professional practice, about encounters and clashes between these two areas of psychology.

## Key Words

community clinic, complexity, interdisciplinary

## Introducción

El ejercicio profesional de la Psicología en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud (APS), genera múltiples demandas que nos ponen en la necesidad de problematizar acerca de la caja de herramientas con la que contamos.

La tarea que se nos asigna en ese ámbito está fundamentalmente centrada en la asistencia psicoterapéutica, aunque, cada vez se aprecia más nuestro aporte en las áreas de promoción, protección y prevención. Se valoran las contribuciones de la Psicología Social Comunitaria, sobre todo, en temáticas relacionadas con el fortalecimiento de la participación comunitaria, el trabajo con redes sociales, el diseño de estrategias comunitarias de educación popular, los diagnósticos participativos, el trabajo en equipo, etc.

La Psicología Social Comunitaria se va consolidando como una rama de la Psicología Social. Esto ha estimulado no solo su crecimiento teórico sino también su especificidad metodológica, motivada permanentemente por la necesidad de responder a las demandas comunitarias complejas, sobre todo aquellas que emergen de poblaciones en situación de pobreza y expulsión social.

Estas demandas interrogan acerca de las especializaciones, las fragmentaciones, las disciplinas y los disciplinamientos que surgen a partir de ello y nos lleva a la necesidad de centrarnos en los problemas a abordar más que en las demarcaciones disciplinares o teóricas.

Es así que surge la necesidad de considerar las relaciones entre las intervenciones centradas en la clínica y las que ponen en juego estrategias propias de la Psicología Social Comunitaria. ¿Podemos hablar de una Clínica Comunitaria?

Maritza Montero (2010), trabajando desde un paradigma de construcción y transformación crítica, ha definido la clínica comunitaria como una subespecialidad, que parte de los saberes teóricos y metodológicos de la rama clínica y comunitaria, cuyo propósito es impulsar la salud mental integral produciendo transformaciones en el binomio persona-comunidad. (p.206).

En este trabajo buscaré plantear algunas cuestiones que surgen al reflexionar desde el ejercicio profesional, acerca de los encuentros y desencuentros entre estas dos áreas de la psicología: la Clínica y la Social Comunitaria.

### **Encuentros, desencuentros y procesos socio-históricos.**

Giles Deleuze en diálogo con Michel Foucault en 1972, planteaba que “ninguna teoría puede desarrollarse sin encontrar una especie de muro y se precisa la práctica para agujerearlo” (p.84), definiendo luego la teoría como una caja de herramientas que debería tener consecuencias prácticas, ligadas a la relación entre el saber y el poder.

La problematización recursiva de las relaciones entre las prácticas y las teorías que las sostienen están orientadas, en este caso, por la búsqueda de mejores condiciones de salud de las comunidades con las que trabajamos.

En la República Argentina, en los orígenes del proceso de profesionalización la Psicología clínica tuvo una estrecha relación con una perspectiva social y comunitaria. José Bleger a mediados del Siglo XX, planteaba la necesidad de “intervenir en una estructura tan compleja que constituye una verdadera constelación multifactorial” (1994.p.119) que tiene diferentes niveles de acción: la psicoterapia, la promoción, la prevención y lo que en ese momento se denominaba psicohigiene, cuya esfera de actuación era la comunidad.

Esta relación aparece en experiencias como las de Enrique Pichon Rivière en Rosario, Mauricio Goldemberg en Lanús o Raúl Camino en Entre Ríos, así como en prácticas silenciadas de muchos equipos que trabajaron en derechos humanos, educación popular, desarrollo social, políticas públicas o salud mental comunitaria.

Las circunstancias socio-históricas contribuyeron a la fragmentación y aislaron estos ámbitos del trabajo profesional, generando un crecimiento desparejo, en nuestro país, de la psicología clínica por sobre las otras áreas de incumbencia (social, laboral, educacional, jurídica, sanitaria).

Fuks y Lapalma (2011) se interrogaron acerca de las causas que motivaron las dificultades para el surgimiento y consolidación de la Psicología Social Comunitaria en la Argentina y afirmaron que las sucesivas dictaduras, la influencia del modelo médico-clínico, la lucha por legitimar una identidad profesional, junto el crecimiento de las prácticas comunitarias alejadas de las sistematizaciones académicas constituyeron elementos que permiten comprender algunos procesos que separaron lo clínico de lo socio-comunitario y marcaron una postergación de la perspectiva comunitaria de la Psicología Social en nuestro país, si comparamos con el desarrollo alcanzado en otras partes de América Latina.

A ello se sumarían las dificultades para el trabajo interdisciplinario e intersectorial que observamos en las prácticas profesionales de la psicología y las dificultades para integrarnos en el desarrollo de estrategias que respondan a las necesidades de las mayorías populares en América Latina. Esto último está relacionado con los procesos de “colonialidad del poder que amplía y corrige el concepto foucaultiano de poder disciplinario” (Castro-Gómez.2000. p. 153) configurándose desde una relación desigual entre centro y periferia, con hegemonía del norte sobre el sur. La colonialidad del poder y la

colonialidad del saber se desarrollan configurados en la misma matriz que se ha desplegado vigorosamente en nuestro continente durante los gobiernos dictatoriales afirmándose como modelo cultural con el neoliberalismo de finales del Siglo XX.

### **Articulación interdisciplinaria e intradisciplinaria.**

La comunidad es una configuración atravesada por múltiples dimensiones desde las que puede ser analizada, constituyéndose en un sistema complejo, en un nudo teórico o campo de problemas (Fernández. 2002. P.57) que puede enlazar múltiples perspectivas disciplinares. La salud mental comunitaria es una de ellas.

Para Rolando García (2006) las problemáticas complejas se caracterizan por la confluencia de múltiples procesos cuyas interrelaciones constituyen la estructura de un sistema que funciona como una totalidad organizada, en la que las interrelaciones entre los componentes construyen interdependencias y estructuras imbricadas.

Afirma además que el estudio de estos sistemas solo puede ser realizado desde la investigación interdisciplinaria, tarea que genera puentes entre las fragmentaciones artificiales surgidas en los procesos de delimitación de las ciencias.

La interdisciplina genera tensión entre los movimientos de integración y diferenciación de los saberes.

Cuando analizamos el padecimiento subjetivo ligado a problemáticas emergentes como las violencias o los procesos de exclusión-expulsión, por ejemplo, se ponen en juego múltiples niveles de investigación e intervención:

-Los procesos subjetivos en sus múltiples dimensiones.

-La focalización en la situación comunitaria en la que emergen.

-Los múltiples contextos en el que se despliega esta situación (socio-histórico, institucional, político, económico, cultural, etc.)

El estudio de las problemáticas complejas necesita de equipos pluridisciplinarios con marcos epistémicos, conceptuales, metodológicos, éticos y políticos compartidos. Estos equipos pueden realizar actividades de intervención o investigación interdisciplinaria, con metodologías adecuadas para trabajar en forma integrada.

Para el abordaje de problemáticas relacionadas con la salud mental comunitaria, los equipos de trabajo no solo deberían estar dispuestos al trabajo interdisciplinario e intersectorial, sino además considerar los saberes surgidos del conocimiento popular.

Estos equipos están conformados por profesionales formados desde diferentes marcos científicos, con incumbencias profesionales diversas, con objetivos de intervención diferenciados como psicólogos, médicos, trabajadores sociales, abogados, antropólogos, sociólogos, licenciados en ciencias de la educación a los que se suman otros actores sociales que funcionan como promotores comunitarios de salud.

Cuando analizamos la articulación entre la Psicología Clínica y la Psicología Social Comunitaria nos estamos planteando, en realidad,

la articulación entre dos áreas o ramas de una misma disciplina, la Psicología, con un único objeto de estudio: la subjetividad como configuración compleja (González Rey)

La consideración de la Psicología como ciencia de la subjetividad, es una de las múltiples definiciones que podemos encontrar, ya Canguilhem, promediando el Siglo XX, problematizó acerca de ello, pero no es objetivo de este trabajo profundizar en este tema.

La búsqueda de estrategias de intervención adecuadas para la construcción de la salud comunitaria, nos desafía a crear puentes entre estas dos ramas de la Psicología, buscando realizar articulaciones intradisciplinarias.

Tendremos en cuenta las consideraciones referidas al trabajo interdisciplinario aunque, en realidad, hablamos de la necesidad de generar fronteras porosas entre diferentes teorías psicológicas y entre profesionales psicólogos con diferentes especializaciones.

La clínica comunitaria como una subespecialidad emergente tiene como objeto un campo de problemas complejo, a elucidar desde una perspectiva inter-teórica, interdisciplinaria, intersectorial e intercultural.

Las prácticas comprometidas de psicólogos y psicólogas en Atención Primaria de la Salud, nos marcan la posibilidad de pensar en una clínica comunitaria, que integre los saberes propios de la Psicología Social con los saberes propios de la Psicología Clínica, donde el Psicoanálisis extiende sus fronteras recreando dispositivos y donde la Psicología Social re-encuentra la importancia del trabajo de construcción de sentido, incorporando además la mirada a los contextos complejos.

### **La complejidad de la intervención.**

El relato resumido de una situación nos ayudará a comprender y sistematizar las características de esta tarea de articulación.

Hace diez años, la coordinadora de un comedor comunitario se acerca a la trabajadora social preocupada por la situación de Abdel, un niño de seis años que no tenía documentos. Un equipo técnico de Desarrollo Social comienza a trabajar con la situación familiar. Abdel y Zaida son hijos de Fátima y José, que están separados hace tres años, luego de una relación violenta. José afirma que Zaida no es su hija. Fátima le entregó a Abdel a su padre y cría sola a su hija, a la que anotó con su apellido.

La primera tarea del equipo, fue convocar a la madre para lograr la inscripción de Abdel y sostener a José en la crianza de su hijo. Fátima se negaba a realizar este trámite solicitando que José reconozca sus obligaciones para con Zaida primero.

Luego de casi un año de trabajo el equipo logra realizar la inscripción sin que ambos padres tengan una relación directa. Allí se enteran que Fátima es hija única de una pareja de migrantes sirios, ambos fallecidos, que trabaja ahora de empleada doméstica en casa de una familia extranjera.

José tiene tres hermanos, recuerda que en su infancia sus padres tenían una importante militancia social y política; su madre era delegada gremial, su padre diseñador textil. En la dictadura fueron

perseguidos, la mamá sufrió una descompensación subjetiva que la sumió en una grave depresión de la que nunca pudo salir. Su adolescencia fue errática, estudió música, se dedicó a la pintura, consumió sustancias variadas, tuvo diferentes parejas que no dejaron en él marcas significativas.

Su relación con Fátima estuvo marcada por la violencia y la ambivalencia.

En el momento en que comienza la intervención José no tenía trabajo ni vivienda; vivía en casa de compañeros alcohólicos, informando que muchas veces paraba en estaciones o bajo los puentes de la autopista con su hijo.

Esta situación se trabajó desde una mesa distrital de prevención de la violencia y permitió acompañar desde el ámbito de la salud, el escolar, de desarrollo social, de protección de derechos la situación de José y Abdel. Se logró:

-La documentación de Abdel, sostener su escolaridad hasta la actualidad que cursa el secundario, a pesar de los conflictos que fueron surgiendo.

-Trabajar con José su paternidad, acompañarlo en los distintos momentos del ciclo vital de su hijo, recuperar la relación con su familia de origen (hoy está trabajando con uno de sus hermanos y puede alquilar una casita). Un momento importante fue la participación de José como docente de música de un programa comunitario con adolescentes, allí él reconoce sus capacidades artísticas y se valora como padre.

Mi tarea de intervención terapéutica con José solo se pudo sostener a partir del vínculo que él estableció con el resto de los equipos: dos trabajadoras sociales, la referente del comedor comunitario, los Equipos de Orientación de las escuelas a las que concurría su hijo. Se sostuvo también por la capacidad de armar equipo y articular estrategias compartidas, muchas veces resistidas por los ámbitos institucionales.

La construcción de subjetividad se da simultáneamente en dos planos: la historia individual del sujeto y la historia social. González Rey define la subjetividad como “una configuración compleja que se produce simultáneamente en el plano social e individual” (2002. p. 178) El concepto de configuración da cuenta de un núcleo dinámico, en el que interceptan distintos procesos y organizaciones, es un sistema complejo, histórico, en cambio permanente. No hay subjetividad sin sujeto, no hay subjetividad sin la instancia histórico-social en que tiene lugar la vida, anidada en complejas redes de lazos sociales.

La producción social de la subjetividad articula la necesidad y la potencia; el deseo y la cognición, las variables individuales y los procesos colectivos, en dinámicas relacionales, históricas, institucionales, culturales.

La subjetividad no puede ser estudiada solo con las categorías del sujeto individual o de estructuras estáticas. Su indagación requiere del pensamiento complejo y de la perspectiva estratégica, que se construye a medida que va componiendo campos de problemas desde los cuales se haga posible el pensar situado.

El padecimiento subjetivo surge en esta trama y por lo tanto puede

ser abordado simultáneamente, desde diferentes áreas.

Si tomamos, por ejemplo, los ámbitos enunciados por Bleger (1994, p.47) podemos distinguir intervenciones centradas en distintos niveles:

El psicosocial, tomando al sujeto con su complejidad deseante, cognoscitiva, relacional, comportamental. José, el trabajo de resignificación de su historia y sus potencialidades.

El socio-dinámico: que considera los microsistemas o grupos. En esta situación se trabajaron los vínculos paterno-filiales desde diferentes organizaciones, se consolidó además a Abdel en su grupo escolar y a José como parte del equipo del comedor, desde un rol de tallerista. El institucional, considerando la institución en sentido restringido como organización y en sentido amplio como instituyente social. Las organizaciones tuvieron posturas ambivalentes con esta familia, de contención y expulsión alternativamente. El trabajo interinstitucional marcó la posibilidad de inclusión del niño y su padre.

El comunitario, recuperando el carácter participativo y la orientación crítica que caracteriza la Psicología Social Comunitaria de nuestro continente. La posición de José y su hijo se sostuvieron desde su deseo de participar activamente en diferentes actividades comunitarias. La historia del país se hace presente en la historia de José: el terror de la dictadura, la soledad expresada en la desintegración de los noventa, la crisis del 2001, en la cual él se acerca a pedir comida, la recuperación laboral que se relaciona con la posibilidad de hacer memoria y resignificar la historia familiar.

El trabajo clínico comunitario incorporó entrevistas individuales, familiares, inserción en grupos sostenidos por proyectos sociales, uso de recursos asistenciales, trabajo en redes comunitarias, tarea sostenida por el compromiso, la interdisciplina y la necesidad de entender tramas culturales complejas: el origen de Fátima, la cultura under de José, su experiencia en calle, su adicción, las necesidades de crianza de Abdel, entre otras.

Esta articulación abre a nuevas preguntas, referidas por ejemplo a la necesidad de redefinir encuadres de trabajo, superando falsas dicotomías entre el consultorio y el territorio, entre los abordajes individuales y los colectivos, entre el saber popular y el científico. Surge la necesidad de articular racionalidades diversas: administrativas, culturales, teóricas. También requiere reflexionar en torno a cuales serían las coincidencias paradigmáticas que hacen posible la coordinación considerando las perspectivas ontológicas, metodológicas, epistemológicas, éticas y políticas.

### **Consideraciones finales.**

Plantearnos la necesidad de construir una clínica comunitaria interroga la relación entre el ejercicio profesional de la Psicología y los diferentes modelos de atención, prevención y promoción de la salud, superando la hegemonía del modelo médico en el que el paciente, es pasivo, la clínica es para el enfermo, las intervenciones y los recursos están puestos mayoritariamente en la enfermedad en lugar de trabajar en el fortalecimiento de las capacidades colectivas para afrontar las dificultades compartidas.

En nuestro contexto una clínica comunitaria debe incluir diferentes marcos teóricos.

Seguramente el principal desafío es poner en diálogo al Psicoanálisis con los aportes de la Psicología Social Comunitaria, generando

fronteras porosas, significantes, donde no se borren las diferencias sino que se construyan puentes sostenidos en las coincidencias ontológicas, éticas y políticas.

### **Bibliografía**

Bleger, J. (1994) *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Castro-Gómez, S. (2000) *Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de la invención del otro*. En: Lander, E. (Comp) *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. Buenos Aires: CLACSO.

Canguilhem, G. (1956) *¿Qué es la Psicología?* Conferencia en el Collage Philosophique. Disponible en: [www.elseminario.com.ar](http://www.elseminario.com.ar)

Fernández, A. M. (2002) *El campo grupal. Notas para una genealogía*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

Foucault, M. (1992) *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones de La Piqueta.

García, R. (2006) *Sistemas complejos*. Barcelona: Ed. Gedisa.

González Rey, F. (2002) *Sujeto y subjetividad: una aproximación histórico-cultural*. México: Thomson Editores.

Montero, M. (2010) *Para una psicología clínica comunitaria: antecedentes, objeto de estudio y acción*. En: Hincapié Gómez, A. (Comp.) *Sujetos políticos y acción comunitaria*. Colombia: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.