

El material que he de tomar para organizar este artículo proviene principalmente de mi experiencia actual como docente de la carrera de psicología de la Facultad de Filosofía y Letras -UNBA- y de mi práctica hospitalaria asistencial y en tareas de capacitación. En la Universidad, desde la cátedra, he contribuido a organizar un programa docente-asistencial conocido como Comunidad Clínica y en el hospital coordino habitualmente tareas de capacitación de residentes de psiquiatría.

ANTECEDENTES

En los últimos tiempos se ha ido extendiendo en el campo de la salud mental, una modalidad clínica que con el nombre de Comunidad Terapéutica agrupa un conjunto de prácticas diversas tanto por su metodología, por sus fundamentos teóricos y por sus objetivos. Esto ocurre no sólo en nuestro medio sino que se refleja ante bibliografía extranjera. Las experiencias comunitarias pueden aparecer organizadas explícitamente, como instituciones normativamente comunitarias en su totalidad: hospitales, clínicas psiquiátricas, etc., o con más frecuencia configuran operaciones clínicas de tipo comunitario encargadas dentro de un marco institucional. Incluso algunas veces las normas de estas organizaciones, resultan paradójicamente contradictorias con una ideología terapéutica comunitaria.

Esta situación, donde lo comunitario queda reducido a operaciones clínicas dentro de un marco contextual más amplio, puede que sea simplificada por una asamblea terapéutica de pacientes dentro de una sala psiquiátrica o en un hospital de día dentro de un servicio de psicopatología. La reserva acerca de la posible incoherencia entre la relación comunitaria y el contexto institucional, alude al hecho de que con frecuencia la práctica en la institución reprime las movilizaciones personales y organizativas, promovidas desde la Comunidad, o incluso suprime lisa y llanamente el programa. Podrían además integrar el amplio capítulo comunitario. Otro conjunto de técnicas tradicionales o novedosas, tales como grupos terapéuticos, grupos familiares, redes familiares, laboratorios de aprendizaje y relaciones humanas, laboratorios psicoterapéuticos, etc.

No es mi intención examinar aquí ninguna de estas actividades. Quiero sólo consignarlas como antecedentes inmediatos en relación con lo que será el punto central de este artículo: Comunidad Clínica. Estos antecedentes muestran en la mayoría de las actividades psicológicas comunitarias terapéuticas dos características que también suelen presentarse en las comunidades clínicas de capacitación, sobre todo en el campo de la salud pública.

La primera de estas características, es obvia: la solidaridad entre individuos que intentan unirse para enfrentar en común sus sufrimientos o su carencia. La otra también suele ser casi siempre obvia: la pobreza de recursos materiales, conceptuales y técnicos a partir de los cuales se pone en marcha, en general, la experiencia. Pobreza de recursos y organización real o falsificada de la solidaridad. Esta es otra historia o quizás la verdadera historia que ha de marcar las consecuencias o al menos las respuestas inmediatas del entorno donde se gesta una comunidad terapéutica.

¹ Este texto que probablemente reúne apuntes de años anteriores, fue organizado por Fernando Ulloa para su publicación en un número de la Revista LOS LIBROS unos meses antes del golpe de estado de 1976; como la revista fue cerrada por la dictadura, el texto quedó mecanografiado e inédito en manos de Osvaldo Bonano, que trabajaba en dicha publicación, hasta que se publica como Ficha de Cátedra de Psicoterapia II en la Facultad de Psicología de la UNLP, en el año 2005, como parte del fundamento de los dispositivos docentes implementados en la cursada.

ética. También ha de marcar en algunos casos las respuestas de sus propios organizadores, sobre todo, si de entrada no previeron el grado de compromiso y dedicación que puede llegar a adquirir una experiencia comunitaria solidariamente organizada como proceso transformador. Este compromiso suele ser mayor aún cuando la sola confrontación de la experiencia con las condiciones negativas del entorno, le confiere carácter de denuncia y por ende adquiere un sentido político.

Los antecedentes que he destacado en el nivel terapéutico de la actividad comunitaria y que considero útiles para Comunidad Clínica se refieren pues a aspectos tales como: la carencia inicial de recursos, la caracterización y recaudos ideológicos acerca de métodos y objetivos, las consecuencias de censura, autocensura y marginación y fundamentalmente a la solidaridad organizada de los recursos humanos disponibles.

En ambos programas comunitarios, el que privilegia la curación y el que privilegia la capacitación -y digo privilegia, pues mecanismos curativos de capacitación se dan en los dos- un grupo humano se une técnica y no sólo técnicamente para alcanzar una meta definida en un caso como salud, en otro como habilidad y conocimientos clínicos.

Mi intención es pues describir un sistema de capacitación para el quehacer psicológico, que estoy intentando poner a punto tanto desde la tarea universitaria como desde la asistencial en el campo de la salud pública. Siento cierta satisfacción en reconocer que mi inserción en la docencia universitaria, es principalmente a partir de mi práctica hospitalaria. Algo así como volver desde el hospital a la Universidad intentando unir en las necesidades y recursos, ambas instituciones, por momentos tan ajenas entre si. En la carrera de psicología trabajo con alumnos próximos a graduarse; en el hospital principalmente con residentes de psiquiatría y en algunas oportunidades con grupos heterogéneos de psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales.

Vengo insistiendo en el papel que juegan, como motor impulsor de las experiencias comunitarias, las condiciones iniciales negativas que suelen darse en los campos que he mencionado. El problema es saber cómo han de operar estas condiciones negativas en los clínicos o futuros clínicos. ¿Gravitarán inevitable y definitivamente como factores de deformación crónica sobre las personas, las técnicas y las instituciones, creando un aislamiento y una asimetría permanente entre el clínico y el clínico? ¿O por el contrario la correcta caracterización en cuanto al origen y consecuencias permitirán asentar un proceso de aprendizaje y transformación tanto en el trabajador de la salud como sobre las condiciones negativas mismas? Comunidad Clínica es un intento de respuesta.

Organización de una Comunidad Clínica

Antes de describir más detenidamente el proceso íntimo que se da en un grupo como este, señalaré los rasgos más sobresalientes en cuanto a su organización.

Las situaciones a partir de las cuales se puede intentar organizar una Comunidad Clínica, son diversas. Por ejemplo la numerosidad del conjunto que se pretende transformar en comunidad. Puede tratarse de más de 100 alumnos de Psicología Clínica próximos a graduarse que inician su práctica, o un grupo de 15 a 20 psiquiatras en función de residentes o de un número similar de clínicos de extracción curricular y de experiencia diferente, que integran un Servicio de Psicopatología. Además de la numerosidad, la tarea principal que desarrollan y el nivel de conocimiento y experiencia que tengan la mayoría, irán determinando las prioridades a que se ajustará el proceso. Así por ejemplo, si el grupo es muy numeroso o muy heterogéneo en sus tareas y conocimientos, será necesario reagruparlos en Talleres Clínicos más pequeños y de mayor homogeneidad, pero manteniendo siempre y con frecuencia regular una Asamblea Clínica donde no sólo se universalicen experiencias, sino donde se gesticule y mantenga la calidad solidaria de la comunidad. Esta Asamblea Clínica es el ámbito natural de problematización y orientación en las soluciones. Es aquí donde todo el mundo "da la cara" para mantener precisamente condiciones personales

cara a cara” imprescindible en el aprendizaje clínico, aún en grupos numerosos. Conviene destacar que en los Talleres Clínicos en que está dividido un grupo muy numeroso, o en el momento del Taller de un grupo que no sea necesario dividir, la tarea está centrada en lo que clásicamente se reconoce como presentación o Ateneo Clínico donde un individuo o equipo expone y discute con el resto su trabajo. Podrían hacerse aquí algunas precisiones acerca de la modalidad de un Taller o Ateneo Clínico, pero sólo diré que se ajustan bastante a las tradicionales presentaciones clínicas, enriquecidas en esta circunstancia, desde líneas generales de trabajo que pasaré a describir, cuya modalidad vale tanto para estos Talleres como en la Asamblea Clínica General.

A) En primer término y como prioridad ha de atenderse a la problemática propia de un grupo nuevo que debe institucionalizar sus normas o a los pleitos organizativos que arrastre un grupo preexistente. Será importante en esta tarea ajustarse a los elementos que en líneas generales componen un encuadre clínico. Esto es fundamental ya que una Comunidad Clínica de capacitación y aprendizaje constituye desde el inicio una situación que debe ser encuadrada clínicamente de manera pertinente. Cuando hablo de clínica, manejo el concepto como una metodología no restringida a ser aplicada solamente a campos psicopatológicos. El método clínico es una forma de procesar y resolver psicológicamente muchas otras situaciones, además de las psicoterapéuticas. Es un método de aprendizaje y en este caso el aprendizaje se refiere al proceder clínico. Los elementos que componen un encuadre útil para la organización de esta situación clínica, son básicamente cuatro:

- 1) Las condiciones materiales del campo, o sea la distribución del espacio, tiempo, número de integrantes, etc.
- 2) El proyecto u objetivos centrales del grupo que integra la Comunidad Clínica. El ajuste a estos objetivos irá marcando lo que es pertinente o no en la conducción clínica de la experiencia.
- 3) El esquema científico, metodológico y técnico desde el cual se realiza la conducción de la comunidad. En mi práctica son fundamentales las lecturas hechas desde una perspectiva psicoanalítica con una metodología operativa en cuanto a la concepción dinámica del proceso grupal. Por supuesto que también aquí mantengo los recaudos ya señalados acerca de efectuar lecturas clínicas del proceso de una manera pertinente a los objetivos y al momento de la experiencia.
- 4) Finalmente el cuarto componente de un encuadre clínico se refiere a la gravitación y respeto por el estilo personal de todos los integrantes del campo. Este punto juega como factor fundamental en el adiestramiento de un clínico y será precisado con mayores detalles en algunos pasajes del artículo.

Todo este proceso organizativo constituye la verdadera fundación de una Comunidad Clínica. Precisamente una tarea así tiende a tomar al grupo como objeto en sí mismo y va abriendo posibilidades para hacer otro tanto con sus integrantes. En este sentido no sólo se trata de la fundación de la comunidad sino de la inserción de cada miembro en la misma.

B) He hablado de una inserción de los individuos en la Comunidad Clínica pero hay otra inserción que debe ser cuidadosamente atendida. Me refiero a lograr una verdadera instauración del grupo en el ámbito institucional que lo alberga. Puede resultar extraño, pero la experiencia docente universitaria y la práctica asistencia, demuestran cotidianamente, lo difícil y lo necesario que resulta que un individuo trascienda los límites de pertenencia a su grupo más o menos reducido, para alcanzar desde éste una inserción organizada y de peso en la institución. Esta tarea tiende a lograr que Comunidad Clínica no se limite a reflejar pasivamente la problemática externa sino que pueda gravitar sobre la institución como factor de transformación efectiva. En este sentido resulta importante que un grupo resuelva no sólo sus fracturas organizativas intrínsecas sino que advierta y enfrente las fracturas externas. Si lo hace pasivamente y sin lucidez la presión externa termina transformándose en insoportable presión interna.

C) Una tercera tarea organizativa en el funcionamiento de una Comunidad Clínica, está configurada por el examen de la inserción de cada uno de sus miembros en la tarea específica que le corresponde. Por ejemplo en el programa de Comunidad Clínica organizada desde la carrera de Psicología, resulta importante atender el proceso de inserción que cada grupo de alumnos va haciendo en el área asistencial pública en que trabaja. Examinamos especialmente los obstáculos que van encontrando de acuerdo al grado de permeabilidad e impermeabilidad de la institución a su inclusión. El propósito es transformar estos obstáculos en descubrimientos y experiencias para su formación y no en deformaciones de su capacidad clínica.

D) Finalmente existe una última tarea de especial importancia en la información teórica. Esto constituye un problema arduo cuya solución no dependerá sólo de la correcta administración de la información, sino de la posibilidad de establecer un buen nivel general en cuanto al deseo de conectarse y asimilar esta información. La experiencia señala que ello depende en gran medida de lograr establecer adecuadamente en el grupo, algo que en método clínico se conoce como *aptitud clínica, o sea una predisposición para la interpretación clínica del campo a partir de haber internalizado un buen encuadre metodológico y que va marcando un pasaje gradual del clásico yo sienta, al yo creo, al yo pienso y finalmente al yo sé*. Esta escala es también la escala con que se va incrementando el deseo de trascender la conexión con los propios contenidos experienciales y afectivos, para acceder a la necesidad de recurrir a conocimientos bibliográficos. Esto, como en toda práctica resulta de organizar una correcta simultaneidad entre práctica real y práctica teórica. Cuando la asimilación de información no es acompañada de experiencia práctica o cuando la práctica no lo es de procesamiento conceptual y de bibliografía, se detiene el aprendizaje y en el mejor de los casos sólo se logra habilidad para rodear obstáculos pero no para resolverlos.

Proceso

Pasaré ahora a describir más detenidamente el proceso íntimo de una Comunidad Clínica. No me resulta aún fácil presentar un diseño suficientemente elaborado que de cuanto ocurre en este suceder y cómo procesarlo con la mayor eficacia capacitadora. Puedo sí consignar un repertorio de observaciones e intentar un primer nivel de conceptualización de las mismas. Como suele sucederle a todo clínico, encuentro más estimulante coordinar una experiencia como la que describo e incluso reconceptualizar sobre la marcha, que transcribir conceptos que necesariamente el ser desglosados de la práctica donde fueron elaborados, tienden a perder la eficacia dramática que ha de garantizar la resonancia útil del lector. *Sabido es que lo vivencial de un encuentro clínico -y Comunidad Clínica lo es- tiene una calidad inefable que dificulta su captación para quién estuvo fuera de la situación. Esta dificultad para transmitir es mayor aún, si la capacitación que van adquiriendo quienes participan en este encuentro, está en gran medida centrada sobre un tipo de aprendizaje gestáltico como lo es el aprendizaje por insight.*

El *aprendizaje por insight*, después de un proceso a veces arduo, va creando un trasfondo emocional donde en un determinado momento se recorta discriminada y repentinamente, una comprensión de inicio parcial pero que luego adquiere el valor de una clave. Esto es insight y es esencial en la estructuración del pensamiento instrumental de un clínico. Para quien ha experimentado este proceso, puede resultarle relativamente fácil describir las figuras conceptuales más importantes en su saber, peor le resultará mucho más arduo hablar acerca de aquél telón de fondo afectivo sobre el que se destacan estas figuras. Es con estos recaudos, como advertencia al lector, que continúo el desarrollo de este artículo. Este telón de fondo el que me refería, que en el clínico se irá incorporando como aptitud clínica, como encuadre, le será posible recrear un ámbito similar, cada vez que deba no ya referir conocimientos teóricos sino practicar los mismos. Es que

este trasfondo o actitud clínica, es en última instancia el equivalente metafórico del original klinical o lecho clínico donde el clinado reposará sus demandas y necesidades concretas. En mi relato van apareciendo persistentemente algunos términos: *práctica, capacitación, insight, actitud clínica*.

No he empleado hasta ahora un equivalente habitual de capacitación: *formación*. Esto es coherente con el aprendizaje ocurrido en una Comunidad Clínica. Es que el término formación suele remitir muy directamente a un tipo de aprendizaje que pone el acento en el propósito de crear un clínico equipado muy excelentemente, desde el punto de vista de sus esquemas teóricos, bibliográficos e incluso con una personalidad bien trabajada desde una experiencia psicoterapéutica personal. Nadie podría dudar del valor de este sistema formativo y de la eficacia que este psicólogo clínico puede alcanzar como tal. Pero una formación concebida en estos términos necesita ir acompañada de circunstancias bastante diferentes de las que se dan en la realidad para la cual ha sido pensada, la capacitación que proponemos como Comunidad Clínica. Una formación como la descrita más arriba, implica en general un largo y costoso tiempo y un más costoso aún aparato institucional del tipo de los institutos privados de psicoanálisis. *Si aquí empleo el término capacitación es para destacar otra modalidad de adiestramiento clínico, más concordante con las condiciones y objetivos de una inserción en la práctica pública a partir de las condiciones actuales que se dan en el ámbito universitario y asistencial.*

Precisamente se trata de eso, de una práctica que con adecuada simultaneidad tienda a trabajar tanto desde las necesidades formativas del clínico como de las necesidades de la población a las que se debe atender. Se trata de rescatar el verdadero sentido del término *práctica*, sin la degradación peyorativa de “practicón” y donde formación no sea equivalente a deformación, sea esta deformación cientificista o lo sea en la asunción elitista del rol, o se de, como suele suceder con más frecuencia, a través de una interpretación parcial, distorsionada o reactiva (reaccionaria) de los acontecimientos con que se enfrenta un clínico. *Capacitación es pues, práctica organizada coherentemente, sin saltarse, en una suerte de noviciado conventual, universitario o de otra índole, las condiciones reales facilitadoras o adversas en que deberá ejercer su tarea el futuro clínico. Esto nos remite a un aspecto fundamental de una Comunidad Clínica. ¿Cómo lograr que sin aislarlo de estas condiciones reales, un clínico que comienza a serlo, encuentre el espacio adecuado para ir metiendo el cuerpo en una experiencia de participación personal, que le ofrezca la suficiente seguridad psicológica para acceder al reconocimiento de sí mismo? ¿Cómo lograr que de este reconocimiento de sí mismo, en este propio insight, pueda asentar su capacidad para promover a su vez este tipo de conocimiento en otros? Me refería antes a algunos términos significativos. Es preciso ahora adelantar algunos otros que no sólo vayan aclarando el concepto de *seguridad psicológica*, sino adentrándonos más en el proceso íntimo que estamos describiendo. Estos términos pueden ser: mirada clínica recíproca, correlato afectivo de esta mirada, internalización metabolizada de un encuadre que devenga actitud clínica, estructura de demora o capacidad para que la mirada advierta más allá de la significación inmediata de los acontecimientos. Otros conceptos irán surgiendo en la medida que amplíemos estos. Empezaré por seguridad psicológica. *Crear condiciones de seguridad psicológica es casi una tarea artesanal para todos los integrantes de un aprendizaje en común. Algo así como ir curtiendo un cuero crudo hasta que adquiera simultáneamente firmeza y suavidad. Es una tarea artesanal que se inicia cuando todos aceptan no sólo mirar sino ser mirados.**

El ver como resultado de una mirada no reducida ni reductora, es el fundamento de la clínica psicológica de lo que será el discurso clínico. En la mirada recíproca se gesta el diálogo clínico como diálogo integrador. Hay una suerte de ejercicio o propuesta típica en el funcionamiento de una comunidad clínica que podría sintetizarse así: “Ponte de pie, mira en torno y di lo que tengas que decir. Deja que te miren y mira mientras hablas. Que los demás adviertan tanto tú habilidad como tú torpeza, tu certidumbre como tus dudas. Es más, refiérete tú mismo si puedes a ellas”.

Cada lector podrá imaginarse cuál sería su propio comportamiento en una situación así. Si profundiza acerca de sus sentimientos posibles es probable que se encuentre con el predominio de los afectos: o la vergüenza o la arrogancia. Quizás tenga dificultades en advertir estos sentimientos en sí mismo al imaginarse mirando o siendo mirado entre pares

Sin embargo el registro y la resolución de estos sentimientos, es fundamental en el adiestramiento de un clínico. Son sentimientos totalmente ligados a la mirada. La vergüenza es propia de una situación donde uno es sorprendido espiando, es decir mirando sin ser visto. La arrogancia por el contrario, es más propia de quien acepta ser centro de miradas sin mirar a su vez. Tanto un afecto como otro tienden a reducir drásticamente el campo de lo percibido. La vergüenza inhibe el registro sobre nosotros mismos. La arrogancia reduce lo advertido acerca de lo ajeno. Cuando al mirar al otro podemos expresarle lo advertido, dejamos de espiarlo. Esto va transformando nuestra vergüenza en compromiso compartido y en elaboración sobria del discurso. Cuando aceptamos la mirada especular del otro, vamos accediendo a nuestros puntos ciegos caracterológicos. A menor ceguera sobre nosotros mismos, menor arrogancia y mayor firmeza en defensa de nuestras convicciones. Esto es básico para un clínico. Por otra parte la reciprocidad en la mirada, no sólo adiestra en el manejo de los afectos, en el *diálogo integrador*, sino que es la base de lo que en psicología clínica conocemos como la *reciprocidad posible*. Es difícil precisar este concepto, quizás porque expresa algo tan básico e inaprensible como la *solidaridad* y seguimos adentrándonos en la idea de seguridad psicológica. ***Toda situación donde se entrecruzan las miradas, se entrevé entre dos, implica la posibilidad de una asimetría. En clínica la asimetría es casi un punto de partida. En la que se da entre clínico y clinado, o entre clínicos de diferentes grados de experiencia y de conocimientos. Es una asimetría necesaria, inherente a la asunción de roles. El asunto es cómo ésta asimetría, en el proceso clínico, puede tornarse no necesariamente simetría, pero sí reciprocidad. Contar desde el inicio de la situación clínica más asimétricamente imaginable, con una actitud por parte del clínico que implique ya el germen de una reciprocidad posible, es garantizar una situación que no se estructure finalmente en dependencia. Es decir una situación sin dominadores.*** Por eso seguridad psicológica puede definirse dentro del funcionamiento de una comunidad de clínicos, como un objetivo a conseguir donde la habilidad o la torpeza,- repito los términos anteriores- del otro, tiendan básicamente a evocar situaciones similares habida en nuestra experiencia antigua o actual. Es esta evocación la que va permitiendo a un clínico poner “lo del otro” dentro de sí” para conocer desde ahí al otro. Pero un grupo cuyos integrantes van adquiriendo esta capacidad evocativa, crea a su vez condiciones de contención entre sus miembros al poner “lo del otro en sí”, Va creando testigos calificados del aprendizaje y práctica de cada uno. La clínica suele ser un trabajo en soledad, por eso el testimonio del otro se hace compañía solidaria, cuando quienes miran no sólo observan sino evocan desde su propia tela.

Abandoné un tanto el tema de los afectos, debo retomarlo. No sólo el de la vergüenza y la arrogancia sino todo el abanico afectivo de la condición humana, sobre todo los básicos, el amor y el odio, la envidia, los celos y la gratitud, los miedos con sus múltiples formas, etc.

La pertinencia para trabajar explícitamente o no con esta gama afectiva, la irá dando el mismo grupo comunitario. El problema de cuánto y cuándo es pertinente o no al adentrarse en tal o cual área o nivel afectivo en un grupo no explícitamente planteado como grupo tradicionalmente terapéutico, es arduo y está ligado a una decisión clínica. No podría tratar aquí con amplitud este tema. Puede sí decir, que ***en una comunidad de aprendizaje y práctica clínica, que va adquiriendo gradualmente buen nivel de seguridad psicológica, el problema no es tanto el quantum afectivo, sino la habilidad de cada uno de sus miembros para el registro directo de los afectos propios y ajenos. Algo así como recuperar el gesto original por aquel los sentimientos que habitualmente se enmarcaran por ser culturalmente desprestigiados.*** Esto tiene dos ventajas para el trabajo de un clínico, además de las relacionadas con su propio insight. En primer término, sólo a partir de un certero registro de nuestros afectos, nos será posible lograr suficiente em-

patía con el nivel afectivo de nuestro clinado, sin dejarnos atrapar por sus mecanismos defensivos, víctimas de una complicidad complaciente u hostil con nuestros propios mecanismos encuadros.

Pero lo que quiero destacar como más importante para esta exposición es que el adiestramiento clínico, es un punto de partida fundamental para alcanzar la internalización metabolizada de un encuadre clínico, no como andamiaje externo sino como columna vertebral; es poder transformar el estilo personal propio de cada sujeto clínico, en estilo experiencial. Esto sólo se lo logra, cuando el clínico advierte desde su propia experiencia afectiva, la del otro. Cuando mencioné los cuatro elementos básicos de un encuadre clínico puse en cuarto lugar el estilo personal, el del clínico y el del clinado. En orden ascendente los otros elementos eran el esquema científico metodológico y técnico; el objetivo o proyecto del campo y las condiciones materiales del campo clínico. Se trata de realizar una suerte de ascenso en la metabolización del encuadre. En efecto, un adiestramiento correcto comienza por identificar y validar instrumentalmente el estilo personal del futuro clínico.

Esto es parte fundamental del proceso dado en la Comunidad Clínica. Por estilo personal entendemos la síntesis o resultante de una historia vital. El problema es transformar este estilo personal en experiencial. Por supuesto esto supone de parte del futuro clínico conciencia de sí mismo. Conciencia no sólo de sus conflictos más manifiestos sino conciencia de sus rasgos caracterológicos. Esto es parte de la acción que podemos esperar de la mirada del otro sobre nosotros y de nuestra mirada que descubre lo propio a través de advertir lo ajeno. Nadie supone que este propósito de adquirir insight pueda quedar reducido a un diseño de Comunidad Clínica. Sería excesivo, pero también sería excesivo descartar la oportunidad de aprovechar la regulación colectiva como factor regulador de nuestro estilo personal.

El camino pues es transformar el estilo personal en experiencial. Es a partir de esta conciencia de sí en que se va transformando la experiencia, que el estilo personal adquiere categoría de instrumento y pasa legítimamente a integrar el nivel inmediato superior del encuadre: el esquema científico, metodológico y técnico, y ahora experiencial.

Pichon Rivière llama acertadamente a esto E.C.R.O. (Esquema científico referencial y operacional). Lo que resulta importante es que la integración de nuestro propio estilo personal — concebido como aquí lo presentamos— al esquema científico, significa incorporar un valor ideológico, una forma de concebir la tarea y los objetivos de la misma entrañablemente ligada a nuestra forma de ser. Por supuesto el peso y valor que finalmente adquieran esta categoría ideológica, estará íntimamente ligada al desarrollo y coherencia con que el propio clínico haya integrado su mismidad. Es decir, dependerá de si en su identidad ha logrado aquel estado que le permite plásticamente ser igual a sí mismo en cualquier situación sin deformar la lectura que haga de tal situación.

Siguiendo en el ascenso propuesto, un clínico que integre a su esquema científico su propio estilo personal es alguien que tiene a su vez un propio proyecto personal en cuanto a la asunción de su rol de clínico y esto necesariamente lo llevará a plantearse la congruencia o incongruencia que este proyecto personal mantiene con los objetivos singulares propios del campo o situación que esté conduciendo. Es decir, que inevitablemente deberá plantearse un problema fundamental en el quehacer clínico: el problema o mejor dicho el falso problema de la **neutralidad del clínico**. No podrá eludir la confrontación entre su proyecto personal y el que conduce. Por supuesto que rechazar el problema de la neutralidad en la situación clínica no significa proponer alguna forma de inductinamiento sino restablecer las condiciones de un aprendizaje de ida y vuelta en donde ningún trabajo clínico es ni neutral ni ingenuo y muchas veces ni siquiera inocuo.

Finalmente el clínico que ha ido completando el “ascenso” de un encuadre internalizado va simultáneamente adquiriendo autonomía que le permite no depender de las condiciones materiales del campo. Debo finalmente referirme a un último concepto que adelanté anteriormente: la *es-*

estructura de demora o la capacidad de un clínico para hacer lecturas que trasciendan la significación inmediata de un acontecimiento. Esto es uno de los resultados al vez más logrados en una Comunidad Clínica, en la medida que se logra romper los “diálogos sobredeterminantes” donde por ejemplo, alguien tiende a responder a la hostilidad del otro con inmediata y espontánea hostilidad o cuando se establecen situaciones “restitutivas” cuando alguien toma un aspecto parcial como argumento total y lo enfrenta a otro que a su vez también totaliza otra parcialidad. Ya sea en el nivel de la sobredeterminación afectiva o de los enfrentamientos “restitutivos”, el funcionamiento de Comunidad Clínica ofrece múltiples oportunidades para la ruptura de estas situaciones aparentes permitiendo acceder a un conocimiento más profundo de lo que acontece. Esto es lo que se conoce como estructura de demora. Para entender esta faz en el aprendizaje clínico debemos tomar como eje la ***unidad de operación o unidad de inclusión cronológica en una situación clínica: mirar, pensar, hablar.***

En el adiestramiento se trata de desarticular esta unidad en tanto clínico: se adiestra gradualmente cada uno de los pasos que corresponde al mirar, pensar y hablar y su correlato de observar, diagnosticar operar. El objetivo es finalmente llegar a restablecer dicha articulación, pues un clínico bien adiestrado mantiene una gran simultaneidad en las tres operaciones.

Pero veamos más detenidamente relación entre ***unidad de operación y estructura de demora.*** El problema de todo campo clínico consiste en gran medida en saber desestructurar y reestructurar adecuadamente los sucesos ocurridos. En esto hemos insistido al señalar la necesidad de romper la significación inmediata sobredeterminante dentro de un campo clínico, ruptura que se da en relación al interrogarse acerca del porqué genético y el para qué intencional de un comportamiento. Es esta ruptura la que nos permite conocer lo que está aconteciendo en relación a nuestra acción sobre los sucesos y nos permite el pasaje de una participación tipo happening o mero sentimiento de participación a una comprensión más documentada o causal de dicho acontecer. Sin duda el mirar clínico adquiere de por sí un carácter más desestructurante en tanto configura un “dejar venir” los hechos que suelen no coincidir con las expectativas del clinado más propenso no sólo a reposar su necesidad en el lecho de nuestra actitud clínica sino a sentarse comensal a la mesa en que debe y, desea satisfacer la carencia de alumno o de paciente. El hablar, sobre todo por parte del clinado, tiende en cambio más a restablecer lo que amenaza alterarse. Es entonces, el segundo eslabón de la unidad de operación, eslabón que en realidad va más allá del pensar para comprender la fantástica y relación existente entre sentir-pensar, donde comienza a procesarse lo que llamamos estructura de demora. Es aquí donde el clínico comienza a interrogarse acerca de por qué siento por que memoro lo que memoro, lo que memoro, que hacer y cuándo hacer lo que pienso hacer con ambas cosas.

Se puede entender mejor el concepto de ***estructura de demora*** a partir de tres articulaciones:

1) Restablecer el deseo tanto del clínico como del clinado de recurrir a los propios contenidos, articulando los niveles lógicos con los efectivos, es decir el saber y el sentir. Este deseo restablecido proviene de haber realizado un correcto y suficiente trabajo con los afectos que siendo habitualmente —sobre todo en cuanto a los afectos penosos— motor de proyección, deben convertirse en motor para desear pensar los propios sentimientos. Esta articulación tiene como resultado consolidar el nivel psicológico al articular contenidos lógicos y afectos, ampliando el área psicológica e instrumentando este nivel. El clínico va adquiriendo la habilidad de demorar- se útilmente en el registro pensante de los sentimientos que le promueve el clinado con lo cual comienza a adelantar los primeros pasos en la ruptura de la significación inmediata sobredeterminante.

2) Articular lo propio y lo ajeno adquiriendo capacidad de reconocer en el clinado aquello que le es semejante. Semejanza que no necesariamente se refiere a algo personal sino principalmente a contenidos que almacena de sus experiencias clínicas anteriores. Es precisamente este reconocer lo semejante, lo que luego posibilitará demorarse en el hecho nuevo, en lo diferente.

Es así que también el va adquiriendo curiosidad y registro por lo desconocido, para lo que habitualmente por serlo implica una sobrecarga penosa que lo hace proclive a la ceguera. El registro del hecho nuevo está directamente ligado, como ya ha sido señalado anteriormente, a la clásica interrogación del porqué y para qué, interrogación que nos conduce a la tercera articulación.

3) Articulación que al ligar el acontecer presente con el pasado etiológico permite resignificar ese pasado desde una perspectiva actual lo cual también es romper un significado inmediato mantenido constante hasta entonces a través del tiempo. Permite además articular el hoy, convertido ensayo, con un acontecer futuro, lo cual también confiere valor y sentido a lo que nos demora en el presente, aún el sufrimiento. Estructura de demora es la actitud clínica hecha acción es decir, el inicio de la aptitud o idoneidad clínica. Comienza siendo en el adiestramiento un concepto operacional pero en la medida que se lo incorpora va adquiriendo categoría de instancia psíquica es decir, de una manera de ser. Esto es un método. Si enfatizamos más, es una manera de vivir, como todo oficio no oficiado ritualmente con las rupturas que trascienden el hábito para ser aprendizaje. Estructura de demora paradójicamente es estructura de ruptura. Es el requisito indispensable para acceder en clínica del acontecer al objeto científico

Mi propósito con este artículo ha sido proponer en primer término algunas líneas generales en la organización y tarea de una Comunidad Clínica de práctica y capacitación y referirme al funcionamiento íntimo de la misma sobre ejes tales como la mirada recíproca que va produciendo conciencia sobre propios y ajenos, a la par que va creando a través del testimonio solidario del otro, la pertenencia y la seguridad psicológica necesaria para avanzar en el difícil arte del quehacer clínico aún en condiciones adversas. Pienso que este modelo puede ser intentado en cualquier ámbito donde un conjunto de clínicos se dispongan a unir orgánicamente su esfuerzo aún no contando entre ellos con miembros de sobresaliente experiencia. En cierta manera la experiencia puede tener características de autogestión.