



Trabajo Final de grado

Ensayo académico

*Pensar las clínicas como espacios donde reafirmar la vida*

Docente tutor: Profa. Ag. Mag. Gabriela Etcheverry

Docente revisor: Asist. Doc. Mag. Fernando Texeira.

Estudiante: Tamara Gómez. 5.070.102 - 0

Montevideo, Uruguay

Diciembre 2022

## Índice

Agradecimientos	3.
Introducción	4.
¿Por qué pensar las clínicas?	9.
Escenarios de la vida cotidiana	10.
La clínica del acontecimiento	19.
Hacer de lo externo, interno: ser psicólogo más que hacer psicología	24.
Más un modo de vida que un modo de trabajo	27.
Conclusiones	29.
Referencias bibliográficas	33.

## **Agradecimientos**

*En primer lugar, a Ximena y Darío por su amor y acompañar, por animarme a elegir con libertad cada uno de mis pasos. Por confiar en mí y en mis elecciones así como apaciguar tantas de mis frustraciones e inseguridades. Por su escucha y su paciencia.*

*A Santiago y Martina, por su cercanía, su apoyo y su confianza en mí. Por ser parte de mi vida.*

*A mis amigos y amigas, algunas de ellas cuyas sonrisas, consejos y palabras de afecto se me aparecen mientras escribo esta línea, por animarme a confiar en mí, en mi intuición y en mi poder.*

*A Javier, por el amor y paciencia en su acompañar, por los mates y las lecturas que acompañaron este trabajo y por recibir con cariño y apertura mis ganas de compartir las vivencias, los textos y las resonancias que este caminar me ha ido dejando.*

*A Daniel Fagúndez, por la cercanía y la pasión en su tarea docente, por la generosidad en su manera de compartir conocimientos, preguntas, certezas. Y por animarme a preguntarme, a pensar, a compartir, a leer y su confianza en nosotros.*

*A Mati, por iniciarme en la lectura de Deleuze y Guattari, por compartir sus tantos saberes con tanta apertura y cariño, por las tardes de mate y charla que tanto le han aportado a este trabajo.*

*A Lore y Lucía, compañeras y amigas, por tener con quien compartir este viaje y a todo el grupo de TEBAC, que tanta riqueza le dió a mi paso por la facultad.*

*A Noelia, Nacho, Gabriel, Fernando, Victoria, Pablo, Flavia, Karen, que tanto tienen que ver con mi elección por esta profesión, por su ejemplo y amor en cada una de sus tareas. Por la vocación.*

*A Gabriela Etcheverry, por acompañarme en esta construcción, por escuchar, por guiar y por confiar. Por su cercanía y su generosidad en su ser docente, y claro, por permitirme conocer a Marcelo Percia y sus hermosos textos.*

*A Fer, Paolo, Flo, Fran, Conrado, Lucía, Victoria, Vicky, Ana, Marcelo, Cami, Juli, Kevin y Bianca por recibir mi historia con amor y cuidado, y por compartir la suya.*

*Por último, a todos y todas quienes saben que son parte de mi camino y mi vida. Gracias.*

*A la vida, gracias.*

## **Pensar las clínicas como espacios donde reafirmar la vida**

*Se acabaron los catecismos psicoanalíticos, conductistas o sistémicos. El pueblo «psy», para converger en esta perspectiva con el mundo del arte, se ve obligado a deshacerse de sus batas blancas, empezando por aquellas, invisibles, que lleva en su cabeza, en su lenguaje y en sus formas de ser (el ideal de un pintor no es repetir indefinidamente la misma obra excepto el personaje de Titorelli, en el Proceso de Kafka, ¡que siempre pinta e idénticamente el mismo juez!). De la misma manera, cada institución de tratamiento, de asistencia, de educación, cada cura individual debería tener como preocupación permanente hacer evolucionar tanto su práctica como sus andamiajes teóricos.”*

(Guattari, 1996, pp. 28-29)

### **Introducción: aquello que mueve a pensar.**

A lo largo de mi paso por la universidad, del tránsito por las UCO'S, las prácticas, proyectos e instancias de intercambio, así como mi paso por los lugares de trabajo en los que he tenido la suerte de estar, me he encontrado con personas, textos, vivencias, autores que me han interpelado, sacudido, afectado y enfrentado a mis propias creencias, a mis saberes y a mis certezas. Este camino me ha llevado a pensar las clínicas y el quehacer del psicólogo en los diferentes ámbitos. Por un lado, me he enfrentado a experiencias en las que me era muy difícil ver la clínica en términos de encuadre y consultorio como una clínica posible y por otro, he leído textos que me han atravesado con cada una de sus palabras, dándole voz a ideas que también reconozco en mí.

Me animo a decir que es la experiencia misma, este camino transitado lo que mueve este trabajo, hoy haciendo hincapié en la pregunta por la posibilidad de crear otros modos posibles de pensamiento en torno a la idea hegemónica de clínica y las prácticas que esta idea despliega y así mismo, las que invisibiliza. Es una inquietud que me ha acompañado, convirtiéndose por momentos en una necesidad, la búsqueda por formas de “expandir y colectivizar modos de lo político no habituales que permitan la afirmación y el despliegue de la potencia singular y colectiva” (Teles, 2020, p. 37). La construcción de este camino y de este trabajo ha venido acompañado de muchas preguntas y es por esto que me gustaría dejar planteadas tres de ellas que con fuerza me han atravesado este último tiempo y de las que se desprende todo lo que aquí acontece.

¿De qué clínica hablamos cuando hay una búsqueda por modos que reafirmen el buen vivir?

¿Cómo pensar las clínicas como espacios que posibiliten territorios existenciales novedosos?

¿Qué líneas de poder atraviesan y endurecen nuestras clínicas? (*¿Qué preguntas no nos hacemos y es necesario que nos hagamos para visualizarlas?*)

Para empezar a abordar estas líneas, voy a tomar algunas de las ideas propuestas por Saidón (2012) para diferenciar lo que considero que son dos modos bien distintos de concebir la clínica. Entiendo que caer en la idea de dos formas de pensar la clínica es reduccionista y deja afuera la multiplicidad de miradas, posturas y experiencias en torno a la clínica así como sus matices, pero lo voy a plantear a modo de hacer más entendible la idea que quiero desarrollar y pensar.

En su texto “La clínica de Guattari y los postguattarianos”, Saidón (2012) hace una especie de recorrido por la vida de Guattari y por las diferentes concepciones de clínica que fueron surgiendo a partir de sus ideas y ciertos momentos históricos que inspiraron a cambiar algunas perspectivas. En una especie de diferenciación entre dos formas de pensar la clínica, aparece una clínica que se desprende de una concepción psicoanalítica ortodoxa, de pensar la clínica y la psicoterapia en relación a categorías del psicoanálisis y la psicopatología, una idea de clínica “prehecha”, que sucede en el consultorio y que sigue un único método; y preestablecida porque no se deja afectar por los acontecimientos sociales, políticos y culturales que acontecen y continúa en su forma ya estructurada a lo largo del tiempo.

Percia (1997), en su texto “Notas para pensar lo grupal”, expresa que a la hora de pensar la clínica grupal encuentra ciertas dificultades:

Dos cuestiones asocio al problema. Una, que cierta tradición psicoanalítica que se acerca al campo de lo grupal trae una idea de “el inconsciente” como fundamento unificante de la realidad subjetiva y piensa a los grupos igual que a un psiquismo estratificado. La otra, que una particular tendencia socio-institucional se interesa por la intervención técnica en los grupos con el fin de regimentar las diferencias y controlar los desvíos. Es difícil desprenderse de estas formaciones. La primera lleva a unificaciones ficcionales de los acontecimientos grupales según el modelo

empleado como su metáfora (el grupo como sueño, como familia de edipo, o como escenario de fantasmas comunes). La segunda conduce a reproducir, en la escena clínica, relaciones de trabajo grupal naturalizadas en la formación pedagógica: la uniformidad y disciplina de lo plural (pp. 3-4).

Si bien esta idea tiene que ver con los grupos y cómo pensar lo grupal, se alinea con la idea de clínica ortodoxa, estructurada; una clínica que se desenvuelve bajo los supuestos psicoanalistas y que reduce las producciones del inconsciente a hechos del lenguaje y de estructuras prefijadas como son el edipo, la familia, las pulsiones, etc, dejando afuera de la clínica aspectos que sin duda la atraviesan de igual manera. Este tipo de clínica ortodoxa cae en la tentación de querer controlar los desvíos en lugar de alojarlos. En una entrevista a Guattari en torno al texto escrito en coautoría con Deleuze, *El Anti Edipo*, expresa que el psicoanálisis estructuralista se contenta con escuchar sin casi intervenir, tomando el riesgo de “hundirse en querellas dogmáticas, capillas que finalmente nos presentan una práctica del análisis cada vez más pobre, cada vez más estéril” (Guattari, 1987, [Vídeo]).

Entonces, hay una forma de hacer y pensar la clínica, una postura, un lineamiento, que entiendo que la reduce y la endurece, que la despoja de su relación con lo político y lo social y que no incluye la noción de “devenir”, una clínica que se queda en el orden de lo preestablecido y que se alinea con el pensamiento del estructuralismo “como sistema de puntos y posiciones fijas” (Ponce de León, 2012, p. 27).

Por otro lado, a partir de la necesidad de pensar de otro modo es que comienza a aparecer otra forma de concebir la clínica, otro modo de pensarla. No es posible, siguiendo a Guattari (1987, [Vídeo]), pensar una clínica que no mire lo que está sucediendo a su alrededor para dejarse afectar; no era posible por ejemplo, pensar la clínica de los 70 y los 80 en Argentina sin mirar “el estilo de resistencia y lucha que encarnaron las Madres de la Plaza, que contagió y propició en muchos casos un modo de considerar la salud, y de trabajar clínicamente sin someterse a los relatos tradicionalmente consolidados en el campo psi.” (Saidón 1997, p. 215) y así, no es posible hoy pensar una clínica que no esté íntimamente ligada con aspectos de lo social y lo político. Se hace necesaria una clínica que se enfrente a lo instituido, que mire lo que la cristaliza, que pueda hacer visibles las líneas de poder que la atraviesan y la endurecen para generar movimientos que la ablanden. Más adelante desarrollaré detalladamente lo que quiero expresar con la idea de las líneas de poder, por ahora diré que tiene que ver con los aspectos que endurecen nuestras prácticas y nuestros modos de pensar.

Entonces, aparece este otro modo de pensar la clínica al que Saidón (1997) da el nombre de “clínica del acontecimiento” y que describe como una clínica imperfecta, “una clínica que se ocupa de la subjetividad social, trata de crear y desarrollar propuestas nuevas e inteligentes en las fronteras entre macro y micropolítica, en donde la colectividad es el lugar de una individuación nueva y más radical” (p. 215). Es una clínica en la que nada está predicho, es una clínica que acontece en el encuentro entre dos o más, acá o allá.

En esta clínica, habitamos territorios en los que nos enfrentamos con aquello que dispara el pensamiento. Los duelos y las pérdidas, los encuentros y el caos, las traducciones y su imposibilidad, la huída y la vulnerabilidad. Con los afectos y las percepciones que surgieron en este transcurso, se construyó una clínica imperfecta, inacabada, como la que plantea Félix Guattari tanto para el análisis de un paciente como de una obra literaria. Un tipo de clínica ya alejada definitivamente de ese vano intento de separar la psicoterapia salvaje, del oro puro del psicoanálisis, la antigua psiquiatría de las novedades de las neurociencias (Saidón, 1997, p. 217).

A la pregunta por el tipo de clínica de la que hablamos cuando hay una búsqueda por modos que reafirman el buen vivir, podría decir que un primer acercamiento es este.

Una clínica en la que las expresiones y las nuevas búsquedas de sentido tienen lugar, una clínica que no se reduce en un “yo inconsciente” (Percia, 1997, p. 3), que no se rige por categorías y calificativos, que no busca encasillar, sino que es una clínica en construcción, una clínica que acontece en el encuentro, una clínica abierta al devenir. Pensando al devenir desde la concepción de la hipótesis deleuze-guattariana en la que sólo hay creación en una relación con otra cosa. Devenir en tanto que la facultad que crea, o que deviene-otra de lo que era, sólo crea cuando entra en relación con otra cosa que no sea ella misma. Es por esto, que la idea de clínica del acontecimiento nos enfrenta con la novedad del encuentro, con la certeza de la irrepitibilidad, con la imposibilidad de repetir el método, porque en el devenir de cada encuentro se despliegan una multiplicidad de modos posibles.

Entonces ¿por qué propongo esta idea de “clínica del acontecimiento” en relación a la idea del buen vivir? Porque entiendo que el buen vivir tiene que ver con el reconocimiento de la multiplicidad, con la búsqueda de modos que alojen los devenires que cada encuentro despliega. Y no nos es ajeno que en el mundo actual, la novedad, no es bien recibida. La novedad nos aleja del recetario, del libro, del diagnóstico, de los manuales. La novedad sacude cualquier estructura.

En el prólogo del libro “Política Afectiva” (2020), Sofía Monetti expresa que “cuando afirmamos una imagen de pensamiento, estamos produciendo mundo y empezamos ya a habitarlo” (p. 25), queriendo expresar que hay ciertas ideas, ciertas imágenes que tenemos sobre las cosas que se afirman de tal manera en nuestro interior, y en la sociedad, que van moldeando nuestras prácticas y nuestros modos de ser y estar en el mundo. Lo mismo pasa con la clínica, con las imágenes de pensamiento que la rodean y la sostienen y con las prácticas que éstas despliegan. Considero que hay en la actualidad una primacía de la idea de clínica, de imágenes de pensamiento asociada a la clínica, que tienen que ver con la primera concepción que comenté previamente, con la clínica ortodoxa, reduccionista. Es por esto que surge la pregunta sobre qué imágenes de pensamiento afirmamos en nuestras prácticas desde estas diferentes perspectivas y, a la vez, qué imágenes de pensamiento sostienen las prácticas que actuamos para poder así, dar lugar a modos que den espacio a nuevas miradas, a nuevos despliegues, a otros posibles.

Cuando comencé la carrera de psicología mi idea sobre la clínica, era muy distinta a la idea de clínica que hoy me mueve a hacer la elección por esta profesión. Entiendo que es necesario hacernos preguntas y permitirnos más silencios, dar lugar a espacios que potencien y permitan el despliegue de otros modos de estar en la vida que hagan temblar las imágenes de pensamiento estáticas y fijas que en muchos casos nos componen y que permitan el diálogo y el encuentro con otros y otras para que esto sea posible. Si no, me temo que corremos el riesgo de hacer de nuestras prácticas, intervenciones estáticas, recetarios sin movimiento, sin lugar a lo creativo, una repetición.

Mi intención no es hacer de este trabajo un punteo de quejas o críticas de un sistema de pensamiento que sabemos nos encierra en sus prácticas y nos obliga a sostener ciertos modos ya instalados, no sólo de desplegar ciertas prácticas, sino de habitar de mundo. Mi intención es la de dar lugar a las preguntas que en el diálogo con ciertos autores, que en las diferentes experiencias dentro y fuera de la Facultad, que en el encuentro con otros y otras, me han permitido moverme de lo estático y animarme a pensar y pensarme. Es también, una búsqueda de poner en palabras la idea de clínica que hoy me invade, trayendo los diferentes aportes y conceptos que la han ido construyendo y que hoy la sostienen.

## ¿Por qué pensar las clínicas?

*La vida no da tregua, una y otra vez nos fuerza a pensar, ella misma es transformación permanente. Sus signos muestran devenires, expresan el tiempo como don, como gracia: pura abundancia de ser, de pensar.*

Teles (2009, p. 37)

En primer lugar, propongo pensar las clínicas porque los sistemas de pensamiento se nos cuelan sin darnos cuenta, se endurecen dentro nuestro y guían y acompañan nuestros modos de habitar el mundo, y es así “que percibimos los objetos y sus relaciones a partir de determinaciones lógicas que se han endurecido de un modo tal que confundimos la realidad con las construcciones que nos hacemos de ella” (Teles, 2009, p. 40). El pensamiento nos permite darle movilidad a lo endurecido, brindando la posibilidad de efectuar desplazamientos, de comprenderlos.

Pensar las clínicas da lugar a lo creativo. La vida se encuentra en una constante transformación y la transformación es movimiento. Pensar supone entonces movimiento, da lugar a que se abran caminos y espacios para correrse de lo ya establecido, de lo estático, de lo fijo. Pensar exige, en un mismo movimiento, el desplazamiento de los sistemas de creencia establecidos y la emergencia de nuevos modos de percibir, sentir y actuar. Como expresé anteriormente, considero que hay una idea de clínica estructurada, que sostenida por un sistema de pensamiento de las mismas características, se cuela en todas nuestras prácticas profesionales, endureciendo las condiciones y los modos de hacer clínica, reduciendo las posibilidades de la misma de transformar las realidades.

Pensar las clínicas porque pensar es el único “contra-embrujo posible” (Fernández-Savater, 2022, párr. 30) contra el conocimiento estático. Pensar, porque pensar implica ir más allá de lo que se sabe y empieza por asumir un no saber, arriesgarse a dudar o vacilar. Expresa Amador Fernandez que pensar es “el arte de liberar la atención de su captura y volcarla en la propia experiencia” (párr. 30), expresa la importancia de poner el cuerpo en el acto de pensar y que es eso justamente lo que le falta a la posición de espectador que solemos tomar frente a los conocimientos ya establecidos. Es en este punto que considero que por momentos, la clínica como posibilidad transformadora, corre el riesgo de reducirse a un mero acto de repetición o seguimiento de pautas prefijadas.

Hay una convicción que acompaña esta insistencia por el pensar, que es la de que siempre es posible la configuración de nuevos modos de existencia más alegres, que renueven constantemente el entusiasmo, es por esto que el pensarnos y pensar nuestras prácticas se hace indispensable, y a su vez, esperanzador. Pensar trae consigo, y de manera inmanente, la imperiosa necesidad de encontrarnos con otros y otras.

### **Del encuentro con otros y otras: escenarios de la vida cotidiana**

*Es allí, en las experiencias corporales donde toda teoría, toda técnica, toda reflexión halla su fundamento, su sentido, más tarde nosotros podemos utilizarlas ¿pero cuándo? Cuando los datos presentados a la intuición y la naturaleza del inminente problema así lo requieran.*

Burstin (1999, p. 84)

En una entrevista realizada en 1987 a Felix Guattari, el autor expresa que la subjetividad inconsciente, fuera de la norma, fuera de los marcos comunes, no se trata de algo que vamos a cernir, que vamos a agarrar en el consultorio de los psicoanalistas, sino que es algo que se plantea también en otros lados, en otros escenarios y pone el ejemplo de una clase. Pensar la clínica en términos de rigidez, asociándola únicamente con el encuentro que se da en un consultorio con ciertas estructuras y en ciertos parámetros es reducirla, y es también, reducimos. Tal vez sea esa la mayor flaqueza de esta clínica estructurada que antes mencionábamos, el peligro de buscar reducir lo irreductible.

Algunas experiencias en mi trabajo me han llevado a pensar estas cuestiones de la clínica y a la necesidad de buscar autores y miradas que la amplíen en lugar de reducirla. Fue en esa búsqueda que me encontré con lecturas como las de Saidón, Percia, Deleuze, Guattari y otras tantas que fueron ampliando mi mirada y mi idea sobre la clínica y sus posibilidades de transformación.

Actualmente, formo parte del equipo de educadores de un club de niños y niñas que funciona en convenio con INAU y que atiende a 120 niños y niñas en el turno vespertino. Estos espacios son “centros socioeducativos de atención diaria, pensados para completar la acción de la familia y de la escuela en la educación, socialización, desarrollo, crianza y mejora en la calidad de vida de los niños y niñas” (Instituto del Niño y el Adolescente Uruguayo, párr. 3). El centro educativo del que soy parte está ubicado en un barrio periférico

de Montevideo en el que se trabaja con población vulnerable, en hogares de bajos recursos, con un índice de desempleo alto en las familias y en condiciones de vivienda precarias.

Con la intención de dar luz a algunas ideas y hacer tangibles algunos conceptos voy a describir tres situaciones de la cotidianeidad en mi lugar de trabajo que dejan ver escenarios del día a día, de juego, de encuentro, como posibles a ser experimentados como espacios clínicos. ¿Por qué elijo tomar estas experiencias? Porque son estas mismas las que me han enfrentado a situaciones en las que la teoría, el manual, la lista de las preguntas separadas por áreas para indagar en una entrevista, la noción de Edipo, las categorías psicodiagnósticas que conocía, no me daban respuestas. Está claro que la teoría psicoanalítica tiene sus riquezas y sus aportes importantísimos, así como las tienen los manuales de psicopatología, las categorías diagnósticas y un sinfín de nociones teóricas, pero hay algo en los encuentros con otros y otras, en las vivencias compartidas, en el dolor, que no pueden ser capturados, que se le escapan a cualquier intento de fijarlos en un papel, en un concepto, en una teoría. Hay algo, y me animo a decir que es la vida misma, que desborda la idea hegemónica y rígida de clínica, que le pide más, que la desafía a desplegarse en lugares impensados, incluso a veces, indeseados.

Las situaciones que elegí para desplegar en este trabajo, tienen que ver con esto mismo, con el desborde, con el encuentro, con lo impensado, pero sobre todo, con la riqueza de la posibilidad de desplegar la clínica en los escenarios más cotidianos de la vida y que entiendo, se distinguen de los dispositivos propuestos por la clínica tradicional.

#### 1) El fútbol en el recreo

En el Centro Educativo hay dos grandes momentos de patio, la primera media hora de entrada y un segundo momento de recreo, también de media hora, que divide la tarde en dos bloques. En ambos espacios el fútbol nunca falta, reúne, encuentra y en su contracara, genera también mucho conflicto. Todas las tardes, se saca al patio un tanque azul que contiene tres o cuatro pelotas de fútbol, así como algunas de basquetbol o rugby y a medida que van llegando los niños y niñas se van sacando para jugar. En el centro contamos con una cancha de fútbol de material, a la que se le ponen dos arcos chiquitos de cada lado y otras canchas más grandes en el espacio de pasto. Casualmente la cancha de material queda en el centro del patio y pareciera ser el evento que diagrama el tiempo de recreo.

Generalmente se van armando los equipos a medida que van llegando o saliendo al recreo, muchas veces se arman por afinidad, otras veces hay un capitán para cada equipo que va eligiendo jugadores. En algunas instancias, también los educadores y educadoras formamos parte de los equipos, nos acercamos y nos incluimos en el juego, o hacemos el papel de árbitro. A medida que va corriendo el tiempo de partido los conflictos y los roces se empiezan a notar. Hay días que hemos terminado cancelando el fútbol por algunas actitudes o tratos entre compañeros y compañeras, otros días los conflictos se apaciguan rápidamente. Sin embargo, hay dinámicas que tienden a repetirse partido a partido:

- Habitualmente juegan solo los varones, porque las niñas que sí juegan al fútbol se aburren porque no les pasan la pelota o en algunos casos, si no hay educadores mediando, los varones no las dejan jugar.
- Tiende a haber conflictos en el armado de equipos porque quieren estar los que juegan mejor en un mismo equipo o porque no quieren formar grupo con tal o cual compañero porque juega mal, etc.
- Hay empujones e insultos. Pareciera que en cada partido se juegan aspectos que no tienen que ver con el partido que realmente se está jugando, si no que permite visibilizar temáticas más profundas: códigos, creencias, pautas culturales, formas de resolver los conflictos aprendidas, orgullos, impulsividades.

Lo que suele pasar es que cuando jugamos algunos de los educadores o educadoras y estamos dentro de la cancha, siendo parte del juego, estos conflictos tienden a apaciguarse y a resolverse más fácilmente. Entonces, todos los días, todos los partidos, son una posibilidad de encontrarnos y mostrar otros modos posibles de responder a situaciones estereotipadas, estructuradas, fijas o experimentadas como únicos modos posibles.

En el fútbol, los educadores y educadoras dentro de la cancha, considero que pueden ser una posibilidad de desplegar la clínica. Porque en un contexto en el que la respuesta impulsiva o violenta se vive como una cotidianeidad, frases como: “Si, se me fue a mi, saca el otro equipo”; “Mala mía, me equivoqué”; actitudes como la de abrazar a miembros del equipo contrario, reírse, mostrar cómo resolver las cosas hablando, etc, les muestra a los gurises otras formas posibles de responder a los conflictos. La cancha es un territorio en el que se despliegan un sinfín de respuestas, actitudes, palabras y modos fijos, que responden a las diferentes

realidades en las que viven los niños y niñas, que reproduce dinámicas de violencia, que reproduce modos machistas, etc.

Estas respuestas fijadas, estos modos estereotipados tienen que ver con las líneas de fuerza o de “segmentación dura” que atraviesan la realidad sociocultural de los niños y niñas.

Deleuze usa la idea de líneas para explicar cómo hay ciertos trazados en los territorios que nos atraviesan y nos componen y para explicar estos trazados diferencia tres tipos de líneas. Dentro de estas líneas están las “líneas de segmentación dura” que tienen que ver con el trazado de los territorios más cristalizados en un individuo o en una sociedad, estos serían los valores dominantes y cómo se reproducen las leyes y las identidades más características, las formas internalizadas de respuesta a los conflictos, etc. Tienen que ver con el barrio, la familia, la escuela, el trabajo, en suma, son “todos los segmentos bien determinados, en todas las especies de direcciones, que nos recortan en todos los sentidos” (Seixas, 2005, p. 145).

A su vez, el partido de fútbol se presenta como un espacio posible para trazar otro tipo de líneas que Deleuze llamará líneas de fuga. Estas líneas permitirán una dirección que nos lleve a un “destino desconocido, no previsible, no preexistente” (Seixas, 2005, p. 151), para permitir movimientos de desterritorialización y reterritorialización para poder abandonar ciertos modos ya prefijados y poder transformarlos en nuevas posibilidades. La pregunta sería qué condiciones de posibilidad se pueden desplegar en cada partido, con qué intenciones y desde qué lugar entramos a jugar en esos escenarios y qué transformaciones son posibles. Lo que proponen Deleuze y Guattari (1985) es hacer existir y hacer huir, es un trazado de líneas de fuga que deriven en otros lugares, en otros modos, en otros posibles. Hay una búsqueda por desestabilizar, mover, romper con ciertas ideas e intereses que buscan un pensamiento doctrinario, de prácticas fijas y estáticas.

El hecho de ver a una persona responder de una manera diferente a la mía y a la de mi entorno, me da la posibilidad de tomar contacto con otra forma posible que no estaba hasta ese momento, en mi abanico de posibilidades y eso puede generar en mí movimientos transformadores. Haciendo un uso simbólico de dos conceptos de Deleuze (1985), podríamos decir que da lugar a movimientos que me

permitan “desterritorializarme” para poder así, “reterritorializarme”. Utilizo estos conceptos de manera intencional ya que considero que tienen mucha riqueza para pensar aspectos que venimos desarrollando y para pensar cómo se pueden generar espacios con condiciones que permitan movimientos de transformación y novedad. La idea de desterritorialización hace alusión a un movimiento por el cual se abandona un territorio, un movimiento en el que aparecen líneas de fuga que lo permiten, y por esto, permite también una posibilidad de reterritorialización, esto es, un movimiento de (re)construcción del territorio.

Tal vez podamos decir que la riqueza clínica del partido de fútbol puede estar centrada sobre todo en este aspecto, en la posibilidad de ese grupo de niños y niñas, con un modo de actuar estereotipado ante ciertas situaciones, sobre todo las de conflicto (es decir con un territorio ya habitado), de tomar contacto con nuevos modos de actuar ante las mismas situaciones (movimiento de desterritorialización del territorio habitado) y poder hacer propios esos modos (reterritorializar).

## 2) La música

Otro escenario cotidiano es el de la música de ambiente. En muchos de los recreos acompaña también el parlante y con él, el sinfín de posibles listas de reproducción de Spotify<sup>1</sup>. Siempre es un gran tema qué tipo de música escuchamos y a la pregunta ¿Qué canción ponemos hoy?, las respuestas son igual de variadas que la cantidad de canciones posibles.

Son muchas las veces en las que ponemos temas que nos van diciendo los niños y niñas y cuando nos detenemos en las letras de algunos de esos temas nos cuestionamos por momentos si es el tipo de letra que deberíamos estar escuchando por el contenido de las mismas, por la referencia a los machismos, a la sexualización de la mujer, al consumismo, etc. En varias ocasiones nos preguntamos si no estaremos fomentando cosas que consideramos que no hacen bien o si tal vez, estamos exagerando, y son solo canciones y que las disfruten es lo importante.

Entonces, por momentos, se abre la interrogante sobre ¿qué música deberíamos escuchar? ¿La música que escuchan los niños y niñas todos los días, con sus letras

---

<sup>1</sup> Spotify: es una empresa de servicios multimedia sueca fundada en 2006, cuyo producto es la aplicación homónima empleada para la reproducción de música vía streaming

y sus ritmos, porque las disfrutan, las cantan, las bailan? ¿O es capaz un buen momento para habilitar otros géneros, otras letras, otros ritmos? La música que sale por el parlante en cada recreo ¿es entonces un escenario posible a ser pensado como espacio clínico, como acto clínico? La música, las letras, lo que estas despliegan, las líneas de segmentación dura que siguen endureciendo con sus contenidos, lo que invitan a pensar, a reflexionar y la posibilidad de dar lugar a otros modos se presenta como una posibilidad clínica.

De acuerdo a lo que planteamos anteriormente, Guattari y Rolnik (2006) agregan:

El territorio se puede desterritorializar, esto es, abrirse, en líneas de fuga y así salir de su curso y se destruye. La especie humana está sumergida en un inmenso movimiento de desterritorialización, en el sentido de que sus territorios 'originales' se rompen ininterrumpidamente con la división social del trabajo, con la acción de los dioses universales que ultrapasan las tablas de la tribu y la etnia, con los sistemas maquínicos que llevan a atravesar, cada vez más rápidamente, las estratificaciones materiales y mentales. (p. 323).

Si la desterritorialización puede "ser considerada un movimiento por el cual se abandona el territorio, una operación de líneas de fuga, y por ello también una posibilidad de reterritorialización y un movimiento de construcción del territorio" (González de Hernández, 2019, párr 9) ¿No será también una posibilidad de desterritorialización la música que escuchamos? Y a su vez ¿No la convierte esto en acto clínico?

En esta idea de lo clínico en la música que escuchamos, hay un aporte que realiza Martha Eksztain (2010) en un texto al que titula "¿Qué toca la música cuando toca?" que si bien se centra en la ópera, me resulta muy interesante para pensar este punto.

Ciertamente, aquello que reconocemos como característica de lo musical reside en el fenómeno del sonido, en su presencia. ¿Qué presentifica y qué «toca» la música cuando devenimos oyentes de una ópera? ¿Es sólo un texto lo que escuchamos? Hoy leemos, sabemos, y tenemos acceso al argumento mientras la ópera transcurre. ¿Son acaso las palabras, aunque

ellas nos hablen de lo más sublime del amor, del odio, los celos, las pasiones, lo que nos conmueve? ¿O, más bien, hay allí algo otro «tocado» en nosotros? Tocado en esa presencia que se realiza y se desliza en el tiempo, en un tempo que sólo existe en el momento de su ejecución. ¿Cómo es posible que una voz, una melodía, transporte, ponga en acto, a veces esencialmente, un cierto algo otro, que signifique otra cosa independiente de lo que dice? ¿Qué es eso otro no semantizable, a-lógico, que hace surgir una emoción que quita toda palabra? Es curioso, la palabra que se aplica para los amantes de la música no es melófilo (filo, amor), sino melómano (¡como toxicómano!), mano, manía, locura. La música es aire sonoro que hace, nos hace; es una puesta en acto que es no un decir, sino un con-vocar. Opera hacia una incipiente transmutación que deviene en una fugacidad subjetiva. Y con cierto poder evocador, incitador, que es en tanto perdura, y como tal, efímero (p. 201)

La autora se pregunta, insisto: “¿O, más bien, hay allí algo otro «tocado» en nosotros?” Claro que lo hay. Y es en este punto justamente donde la riqueza de pensar lo clínico en términos de posibilidad se presenta como inevitable. La música que escuchamos, las letras que ésta despliega, los ritmos, las armonías, los silencios, las distorsiones que ésta genera son posibilidades clínicas, introducen a prácticas que producen cosas, que generan vivencias, que cuestionan certezas. Tantas veces “lo clínico” queda enganchado, reducido, a la idea de la Psicología Clínica como la única rama de la psicología en la que “lo clínico” es posible, y así como lo político no se resume a la existencia de ciertos partidos políticos y a las prácticas gubernamentales y estatales que estos despliegan, lo clínico tampoco se reduce a lo que pasa adentro de un consultorio o enmarcado en ciertas pautas rígidas que no contemplan la multiplicidad de escenarios y formas mediante las cuales lo clínico es posible; incluso, muchas veces, con más posibilidades que las del consultorio.

La música habla del barrio, del contexto social y cultural, el tipo de música que se escucha nos transporta y nos conecta con ciertas velocidades, modos de moverse, valores y hasta nos enfrenta con sistemas de pensamiento que nos atraviesan. Si pensamos en un niño o niña del barrio en el que el centro educativo está situado, en la que la música es muy común que suene desde la mañana hasta la noche, en un volumen muy alto y con velocidades rítmicas aceleradas, generar espacios donde se experimente el silencio ¿no es en sí mismo un acto clínico? En

un contexto en el que las letras de las canciones, muchas veces nos conectan con la violencia, con el abuso, con las prácticas heteropatriarcales, con la sexualización de la mujer, generar espacios donde reflexionar sobre esos contenidos o proponer otros ¿no es acaso posibilitar modos que potencien el buen vivir?

Porque en realidad, la búsqueda por el buen vivir tiene que ver justamente con eso, con desplegar escenarios que sacudan, que muevan los modos rigidizados que entristecen la vida, que la empobrecen, que la limitan y la reducen, que no la dejan escapar. Se trata de buscar rendijas por donde la vida pueda escaparse, líneas por donde trepar a encontrarse con lo nuevo, a devenir otro/otra.

### 3) El patio, los campamentos, el encuentro cotidiano

Otro escenario que es cotidiano en el centro educativo es el de las actividades recreativas y en estos espacios son muchísimas las charlas de imprevisto, sin aviso, sin lugar físico, sin encuadre que acontecen. Es normal que se acerque un niño o niña y pida para conversar. Si pensamos la clínica, como esa clínica estructurada que nombramos previamente, bajo la idea de consultorio, de encuadre inmovil, de dispositivo fijo, considero que no sería posible pensar la clínica en un lugar como un centro educativo. Pero entonces, ¿donde no hay consultorio o un encuadre al menos fijo, no hay clínica? La charla cotidiana, recordar el nombre, llamar por su nombre, el abrazo, el saludo cada tarde, las conversaciones caminando por la cancha, los espacios de campamento, de jornadas, de paseos ¿no son también posibles espacios donde desplegar la clínica? ¿Espacios dónde alojar las angustias, las preguntas, los desbordes?

La naturalización de la técnica implica una no problematización del ejercicio, la repetición de un dispositivo que sólo adquiere justificación en sí mismo, en su propio corpus teórico. Se produce a sí mismo, en una linealidad que no permite ramificaciones que pierdan el contacto con su “tronco” y que no entren en contacto con otras líneas para no perder su pureza, y correr el riesgo de dejar de ser. La clínica ha sido modelada por esta posición, un dispositivo legitimado desde la medicina, una psicología pretendida ser ciencia “moderna” y un psicoanálisis que cae como piedra en el “ámbito académico” y solo genera círculos concéntricos. (Chavez, 1999, p. 131)

Es esa clínica centrada en la búsqueda por el dispositivo legitimado la que considero que empobrece la multiplicidad de posibilidades de encuentro clínico que se despliega en un patio, que se olvida de configurar la movilidad de los encuadres, que prefiere la búsqueda por configurar el campo en términos cuantificables y de variables controlables para dar cuenta de su cientificidad, siendo que la experiencia, el encuentro con un otro u otra se nos presenta irreductible, inabarcable.

Recuerdo un campamento en el que nos fuimos aproximadamente con setenta niños, niñas y adolescentes. Una actividad recreativa, lúdica, de playa, de juego, de compartir la merienda, la cena, las tareas de limpieza, la noche, etc. Una de las tardes, en uno de los juegos hubo una discusión entre dos compañeros porque uno había agredido a la madre del otro. El niño que recibió el insulto a su madre tuvo una respuesta muy violenta e impulsiva, cuando fui a separarlos se le notaba en la mirada y en el cuerpo, que no había en ese momento posibilidad de no tomarse personal ese insulto, de no transpolarlo a su vivencia sobre la propia madre, de calmarse. Estuve aproximadamente diez minutos haciendo de pared contenedora de esa rabia, ese enojo, abrazando, conteniendo y aguantando también los manotazos. Al ratito, todo ese enojo, toda esa rabia se convirtió en llanto, en angustia, en sollozos, y después, en descanso. Se durmió. Esa instancia, ese abrazo, fue clínico.

El edificio temblaba. Hasta que un amigo lo tomó haciéndole un gancho para inmovilizar la cabeza. Hizo tanta fuerza, el que abrazaba, que le salieron lágrimas de los ojos enrojecidos. ¿Un abrazo para que no se siga lastimando, para rodear de límites una sensibilidad desbordada, para ofrecer otro cuerpo que ayude a soportar lo imposible? (Percia, 2017, p. 74)

Ese encuentro fue clínico porque contuvo, porque dió un lugar a la angustia, porque fue un momento de descanso en el que no se necesitó decir más, porque se respetó el momento de aturdimiento, porque tratamos de imaginar salidas posibles, de buscar la manera. Fueron espacios clínicos porque se dió lugar a algo nuevo, el encuentro entre ambos dió espacio a un movimiento novedoso. Si reducimos la clínica a lo que acontece dentro de un espacio de consulta o en un marco de condiciones óptimas, nos perdemos la riqueza que en estos escenarios se despliegan, las posibilidades que trae el devenir. Ese encuentro devino clínico, no fue pre hecho, no fue enmarcado, no fue intencionado, devino un acto clínico. En palabras de Saidón (1997):

La conversación que se establece en el encuentro terapéutico tiene la potencia de transformar lo autoritario en persuasivo o mejor, huir, escapar de lo autoritario, de lo mediático, para conducirnos a un campo donde lo imprevisible quede abierto.” (...) “Conversar simplemente, bifurcar, invitar a la creación, a la ficción, a la poesía, al humor. Así es la clínica. El tono en cada situación es diferente. Si nuestra única estrategia es hacernos el muerto, el sabio, nuestro potencial de crear bifurcaciones se verá muy limitado (párr. 62)

Por momentos, pareciera evidente la potencia que en estas instancias se despliega, pero aún hoy, sigue estando en cuestión si un espacio de campamento es o no, para un psicólogo o psicóloga, un espacio posible en el que desplegar la clínica. Es por esto que considero que nos urge la pregunta sobre qué entendemos cuando hablamos de lo clínico, porque para que una instancia alcance el estatus de “acto clínico”, pareciera tener que dar cuenta de ciertos aspectos formales que encuadren esa instancia en una científicamente aceptable o cuantificable en parámetros que permitan que lo sea. Y en esta línea, considero importante hacer visible otra interrogante: ¿para quién es importante enmarcar lo clínico en términos de rigidez? Tal vez, podemos pensar que la científicidad de la clínica nos tranquiliza a nosotros y nosotras, profesionales y futuros profesionales, nos sostiene, de alguna manera justifica la existencia de nuestro quehacer. Quizás la pregunta sea ¿hasta qué punto las búsquedas de alojar el dolor, las angustias, la vida, sea posible de ser pensada desde una mirada científicista?

Guattari expresa que uno no puede cambiar las cosas más que cuando hay focos de enunciación mutacionales que dan ganas de generar el cambio, que inducen a la idea de cambio, a la creatividad colectiva; entonces las posibilidades de hacer un núcleo enunciativo que encuentra ecos y redundancia tiene que ver con desplegar modos en donde las clínicas den lugar a nuestro potencial de crear bifurcaciones. En palabras de Lancetti (2006), toda práctica que tiene marcas de osadía, de creatividad y de potencia transformadora es francamente terapéutica.

### **La clínica del acontecimiento**

*Al insistir sobre los paradigmas estéticos, quisiera señalar que, especialmente en el registro de las prácticas «psy», todo debería ser continuamente reinventado, habría que partir de cero, de lo contrario los procesos se fijan en una repetición mortífera.*

La clínica del acontecimiento que como mencione previamente propone Saidón (1997) nos invita a pensar esos espacios de encuentro cotidiano y a repensar la idea de clínica dominante, la mirada ortodoxa. Clínica del acontecimiento donde ya no hay formas organizadas previamente, sino afectos en distintas capas, niveles, órdenes de muchas edades, razas y naturaleza (Angel Villegas, 2022). La clínica del acontecimiento como clínica imperfecta, nos desafía a encuentros abiertos al devenir, a encuentros en los que no hay nada predicho, a priorizar el devenir sobre la representación, a hacer de la clínica, una clínica cultural, histórica, política.

Esta mirada, nos desafía a encontrarnos deviniendo psicólogos/psicólogas en una caminata alrededor de la cancha, en un partido de fútbol. "Deviniendo" porque no se sabe de antemano en lo que se va a devenir, en lo que va a posibilitar ese encuentro; la idea de devenir trae consigo la idea de un proceso que supone temporalidad, un llegar a ser. La clínica en términos de devenir no es, sino, mientras va siendo. Para entender la idea de devenir, recuerdo en mi tránsito curricular por la facultad que un profesor recomendó la película *El último Samurai* (2003) para tomar contacto con esta noción de "devenir Samurai" y lo que supone, para el personaje principal, el ir convirtiéndose en Samurai. En el encuentro clínico hay un proceso similar para devenir encuentro clínico.

Entonces, cuando hablo de una clínica del buen vivir, me refiero a esta mirada, a una postura, un lineamiento en la que se piensan las clínicas en plural. Pensar en "las clínicas" y ya no en la idea de clínica con un único escenario posible en el que ser desplegada, ya que ¿no son esos escenarios de la cotidianidad del centro educativo, ejemplos de posibles espacios a devenir clínicos? Pal Pelbart rescata la importancia de "producir otro ritmo, otra respiración, otra empatía, otros silencios, de modo que algo pueda hacer sentido de nuevo" (Entrevista Nov 09, 2016, párr.1), es por esa novedad, producida por el devenir, que podemos hablar de acto clínico. Y para que haya novedad, ser psicólogos/psicólogas muchas veces, más que ser científicos nos demanda ser artesanos, moldear nuestras prácticas, desplegar nuevos dispositivos, romper estructuras que quedan obsoletas. Lancetti propone también la expresión de Clínica Artesanal para referirse a los procedimientos que desenvuelven para trabajar con pacientes que no se adaptan a los protocolos clínicos tradicionales y que supone, en algunas instancias, hacer caminatas, ir al cine o encontrarse en un lugar que sea un espacio agradable para el paciente.

En una de mis tardes en el centro educativo en el que trabajo, me tocó acompañar a un niño de cuarto de escuela a una óptica para que le hicieran los lentes -que tanto los necesitaba, veía muy poco sin ellos-. Fuimos en mi auto, eligiendo una canción cada uno para mostrarnos cuáles eran nuestras canciones favoritas, conversando, compartiendo y luego de los lentes, nos fuimos a la heladería a compartir un último ratito antes de volver al centro. Este niño estaba pasando por un momento muy difícil, una situación familiar compleja, soledad y seguramente, mucha angustia. Ese tiempo me permitió charlar con él de una manera, y con una profundidad, que en los dos meses que veníamos teniendo un espacio dentro del horario del centro educativo, no habíamos podido. Entonces, considero que la clínica del acontecimiento, que la mirada que propongo en estas líneas, tiene que ver con el dejar abierta la posibilidad del devenir clínico que acontece en algunos encuentros que se “salen” de los esperados o conocidos ¿Es tarea del psicólogo/a de un centro educativo acompañar al dentista a un niño/a? Si lo miramos desde la idea de Clínica Artesanal, considero que sí, que puede serlo.

En esa misma línea, Marcelo Percia (2017) invita a pensar en estos encuentros a los que él nombra estancias en común; estancias porque suponen una heterogeneidad de estares en donde los actos clínicos son posibles. Sostengo que las clínicas no acontecen sólo en consultorios, acontecen en “salas de hospitales, gabinetes comunitarios; también en bares, plazas, esquinas: en el umbral de una puerta, en el marco de una ventana, en un pasillo estrecho” porque “cuando el deseo de hablar irrumpe, ese momento y ese lugar, no equivalen a cualquiera” (p. 60). Son esos “estares en común” los que permiten el encuentro con lo otro posible, son instancias que permiten movilidad a las líneas de subjetivación y de poder que nos atraviesan y nos fijan a modos estereotipados de ser y de habitar.

Las líneas de subjetivación están intrincadamente entretejidas y hasta cierto punto producidas por líneas de poder. Vivimos en un mundo que es generalmente desagradable, donde no sólo las personas sino que los poderes establecidos tienen un interés por transmitirnos afectos tristes. La tristeza, los afectos tristes, son todos aquellos que reducen nuestro poder para actuar (Deleuze y Parnet, 2002, p. 61).

Entonces, podemos entender por afectos tristes, también a esos modos fijados de respuesta en un partido de fútbol, al desborde en una situación de violencia, a las temáticas hegemónicas, machistas y violentas que muchas veces reflejan la música que escuchamos y al tener que responder de manera estereotipada, de manera violenta por la falta de espacios, de escenarios que muestren otras formas posibles. Las clínicas se van tejiendo

en esos escenarios, como búsquedas de posibles modos que reafirmen el buen vivir, que permitan reapropiarse de los afectos alegres.

John Winslade (2009) expresa que “nuestra práctica debería apuntar a investigar las posibilidades de creación de nuevas y más satisfactorias vidas y relaciones” (p. 7). Y es en esta línea a lo que apunto justamente con la idea del “buen vivir”, como expresaba anteriormente, a la búsqueda de espacios, que desde el encuentro clínico, posibiliten vidas más alegres. De cara a la vivencia de esas líneas de poder, la pregunta por “¿Cómo podría uno vivir?” se vuelve relevante en tanto nos lleva a buscar formas de escapar a las fuerzas que producen esos efectos tristes (como eran, por ejemplo, las respuestas violentas estereotipadas) y reivindicar algo que entregue más vida. Ahí está justamente lo alegre, en la idea de más vida. Winslade (2009) ve en esta idea de la reafirmación de lo que da vida como respuesta a los efectos tristes producidos por las líneas de poder, como un compromiso con el vitalismo en Deleuze. Para Deleuze, Foucault escribe con un progresivo sentido de la alegría, “la alegría de querer destruir lo que sea que mutile la vida” (1995, p. 23), y pienso que es esto mismo la búsqueda por el buen vivir, la búsqueda por una concepción de la clínica, por posibilitar espacios clínicos que no mutilen la vida, si no al contrario, posibiliten modos que la alegren, o más bien, que posibiliten el despliegue de la propia alegría, la alegría como condición para que aumente la capacidad de obrar.

A esta insistencia por la búsqueda y la certeza de la existencia de modos más alegres de ser y estar en el mundo, y con estos, la certeza de la posibilidad de otros modos de desplegar lo clínico que lo permitan, ha aportado mucho la idea de Política Afectiva que he mencionado previamente y que trae Annabel Teles (2009), que introduce una forma de pensar la filosofía como inseparable de los modos de ver el mundo y actuar sobre él. Con la clínica entiendo que pasa algo similar; si la pensamos separada de los modos de estar en el mundo, poco tiene que ver con la vida, y es que cuando se la separa de la vida, pierde su posibilidad transformadora y se convierte en una repetición rigurosa y calculadora separada del devenir que estar en la vida supone. Esta mirada nos propone una constante revisión y reflexión de nuestros modos y nuestras prácticas, Saidón propone la pregunta ¿a qué tipo de producción de subjetividad nos agenciamos cuando estamos trabajando, ya sea con medicamentos, con psicoterapia o en actividades artísticas o comunitarias? para problematizar aspectos de nuestras prácticas, y considero que es una pregunta, que es importante que nos sigamos haciendo constantemente, tanto en esos aspectos como en tantos otros.

Hay una imagen que me ha acompañado en este trabajo, que es la imagen de un juego al que conozco como “la red” o “el laberinto”, en el que se enganchan elásticos o cuerdas en diferentes direcciones generando una especie de cuadrado atravesado por líneas en todas las direcciones posibles. Si pensamos la vida como ese espacio, atravesado por un conjunto de líneas fijas, las clínicas aparecen como una posibilidad para desenredar esas líneas, para moverlas, para intersectarlas, para crear condiciones de posibilidad para que en el enjambre de líneas de poder que nos atraviesan, nos encontremos con líneas de fuga que nos permitan encontrar la novedad. En ese juego, cada vez que le toca a alguien atravesar ese espacio lleno de cuerdas, hay una posibilidad de crear algo nuevo, de mover una cuerda y que quede un espacio vacío que permita descansar del estar agachado constantemente, o incluso, un movimiento que rompa una cuerda y que deje espacio para otra cosa. En el juego de “la red” hay una búsqueda de mover esas cuerdas, de desestabilizarlas para poder pasar, para poder llegar a otro lado; como en la vida, aparece la búsqueda por desestabilizar ideas y sistemas de pensamiento rigurosos que buscan hacer de un pensamiento una doctrina y de lo móvil, algo estático.

Desde esta mirada, se hace indispensable entonces, la búsqueda de nuevos y más satisfactorios modos, tratar de al menos acercarnos a rastrear las líneas de poder que nos atraviesan, porque son productoras de las vidas de las personas y de la práctica profesional. Se hace necesario preguntarnos qué líneas de poder tiñen inevitablemente nuestro quehacer clínico y es necesario mirar, poder visualizar cómo está diagramado nuestro espacio en el juego de red. No es posible pensar las clínicas sin pensar en el sistema capitalista, en el paradigma médico/hegemónico, en la medicalización, en la necesidad de categorizar y etiquetar patologías, en los medios de comunicación, en la academia, en la política, en el aplastamiento de las singularidades, en la insistencia por universalizar, en la idolatría a la objetividad, entre otros tantos endurecimientos que nos atraviesan. Winslade (2009) se pregunta ¿cómo podría uno encontrar formas de escapar a las fuerzas que producen estos efectos tristes y reivindicar algo que entregue más vida? ¿No es acaso una manera la búsqueda por construir espacios que habiliten modos que reconstruyan los territorios existenciales, que permitan reforzar las relaciones con el mundo y las formas de vivir?

Si las líneas de fuga (Deleuze y Guattari, 1994) son desplazamientos en la trayectoria de una narrativa que escapa de una línea de fuerza o poder, podemos entonces pensar que en el caso del partido de fútbol, un “mala mía, sacan ustedes” es un desplazamiento en la trayectoria de una narrativa que se escapa de una línea de poder. Deleuze, habla de las líneas de fuga como líneas de poder que son dobladas, entonces “si

seguimos la trayectoria de una línea que es doblada sólo en un pequeño grado, con el tiempo, la trayectoria narrativa nos lleva a un lugar muy diferente. En el proceso llegamos a ser personas muy diferentes” (Winslade, J. 2009, párr. 12). Y ¿no es acaso ese “llegar a ser personas muy diferentes” lo que hace a las clínicas?

Esos escenarios desplegados previamente, como el patio, la cancha, la música, se convierten en lo que Deleuze llamó "lugares de mutación" (Deleuze y Guattari 1994, p. 85), lugares donde se doblan las líneas y se buscan líneas de fuga hacia algún otro lugar y esta acción de doblar una línea de poder se nos presenta como un acto de resistencia a la operación del poder, y no cualquier acto de resistencia, sino que son movimientos “particularmente creativos que dan pie a nuevas posibilidades de vivir” (Winslade, J. 2009, párr. 17). Son movimientos que conducen a vivir la vida en algún plano o territorio diferente y que, como vemos, son posibilidades de la cotidianidad en tanto pueden desplegarse en escenarios como los que describí anteriormente. Entonces, la mirada desde la clínica del acontecimiento, es inseparable de la búsqueda de nuevas posibilidades de vivir que posibiliten modos que reafirmen el buen vivir.

### **Hacer de lo externo, interno: ser psicólogo más que hacer psicología**

*“La clínica es un trabajo con el propio pensamiento construyendo las novedades de un pueblo por venir”*

(Saidón, 2012)

Como venimos viendo, hay una idea de clínica ortodoxa que en su afán por quedar incluida en lo científicamente correcto e incluir en su quehacer la posibilidad de variables controlables, convierte el encuadre en un marco externo, que muchas veces, rigidiza la posibilidad de extenderse, de desplegarse en donde el marco externo no es posible. ¿Significa esto que no hay un encuadre posible? No, no es eso lo que propongo. Más bien, considero que hay un movimiento que supone la idea de clínica del acontecimiento, que es el de ir de afuera hacia adentro y hacer del encuadre externo, de la búsqueda de variables controlables y cuantificables, encuadre interno, porque hay escenarios que lo necesitan.

El “hacer” supone un accionar externo, supone un conjunto de condiciones externas que permitan que haya (o no) psicología, que se haga o no se haga clínica. Si pensamos la idea de espacio clínico como un acontecimiento que solo sucede si se dan ciertas variables externas, hay muchos espacios en los que sería imposible que lo clínico aconteciera. Sin

embargo, el “ser” es inmanente, es parte de lo que somos y no precisa de condiciones de exterioridad para acontecer. Siempre me ha surgido la pregunta ¿Se es psicólogo o se hace psicología? Y aunque entiendo que hay una diferencia, aún me cuesta encontrar formas de responderla. Y aún más, quizás sea en la respuesta a esa pregunta donde radica el centro de este trabajo. Considero que si hubiera una diferencia, lo que trae consigo la elección por el “ser psicólogo” más que por el hacer psicología tiene que ver con la búsqueda por líneas de escape a lo que es sofocante, hacia un territorio que sea alentador. La pregunta por “¿Cómo podría uno vivir?” en este punto la podríamos expandir para leer: “¿Cómo podría uno encontrar líneas de fuga a lugares donde el vivir sea abundante en acción agéntica y resistente a las formas en que las relaciones de poder amenazan cerrar las posibilidades para la diferencia?” (Winslade, 2009, párr. 12).

Para poder pensar este aspecto de lo interno, me parece de mucha riqueza y pertinencia el texto del psicoanalista y esquizoanalista, Antonio Lancetti, en el que propone la idea de “Clínica peripatética” (2008), para hacer referencia a esas conversaciones “peripatéticas” que surgen durante un paseo o una caminata y que utiliza como estrategias destinadas a aquellas personas que no se adaptan a los protocolos clínicos tradicionales. El autor trae la noción de movimiento a su idea de hacer clínica, proponiendo una clínica en movimiento, un “estar-presente-en-movimiento” (2008, p. 12) y es esa idea de “estar” la que considero que se alinea a la opción por el “ser psicólogo”, porque estar en movimiento nos exige tener la certeza de que las herramientas somos nosotros y nosotras, psicólogos y psicólogas, y que si bien, está claro que la idea de dispositivo y de encuadre es sumamente importante, hay situaciones que no permiten que puedan darse tal y como nos gustaría. ¿Es un lugar propicio un campamento para hacer del encuentro un espacio clínico? No sabría responder si es propicio o no propicio, pero es, y el desborde, la angustia, el dolor pide ser alojado en ese momento y en ese lugar.

El primer paso a dar consiste en aceptarnos como instrumentos de nuestra propia tarea, de aceptar también en ella lo que hay de inexplicable, de insondable y aún de mágico. En esta línea de pensamiento nuestro cuerpo todo, deja de ser un mero contenedor de compartimentos donde prolija y minuciosamente iremos colocando a cada paciente y de los cuales sacaremos estratégicamente nuestras voluptuosas baterías técnicas. Al aceptarnos como instrumentos el cuerpo se nos vuelve receptivo, una gran superficie donde el otro irá penetrando con toda su complejidad. Así revitalizamos cada parte de nosotros y no sólo el oído será el gran capturador del otro (la todopoderosa escucha clínica), no sólo los ojos atentos a cualquier extravagancia (panópticos vigías de la normalidad); también el corazón se nos

estruja, la boca se nos sonríe (con o sin culpa), el cuerpo se nos estremece; también nuestra historia participa (Burstin, V 1999, p. 77)

En esas líneas aparece otra cosa fundamental es esta opción por el ser psicólogo / psicóloga. Se es con el cuerpo, si no, no se es. ¿Cómo pensar un encuentro clínico en el que el cuerpo de quien toma el lugar de profesional no sea también atravesado, afectado, movido? La búsqueda por espacios clínicos que reafirman el buen vivir, sin duda, tiene también que ver con esto, con reconocer, y no con nostalgia y no con dejos de tristeza si no con la certeza de que hace a nuestra clínica, que nosotros y nosotras también sentimos, pensamos y nos conmovemos en cada encuentro.

La idea de un profesional de túnica blanca, despojado de toda posibilidad de sentir por el peligro de alejarnos de la objetividad científica nada tiene que ver con una idea de buen vivir. Y así también lo expresa Burstin (2009) de una manera provocadora al decirnos que no por tomar esa postura “abandonamos nuestro clinado” (p.77), no dejamos de ser clínicos, ni el encuentro deja de serlo, la asimetría no puede confundirse con un ejercicio del poder que pueda llegar a ser despótico, sino con una distancia operativa que se desprende de intenciones por un buen abordaje y no por un lugar de mayor poder. Porque si la asimetría la encontramos en el binomio “médico-paciente”, en la que el médico tiene la cura, la verdad y sabe siempre más del paciente que el propio paciente, en donde la otra persona es depositaria de esa verdad absoluta, y por eso es necesaria la rigidez de ciertos encuadres ¿En qué clínicas estamos pensando? A menudo, a la psicología suele pasarle lo mismo que le pasa a la filosofía al decir Annabel Teles que esta “pierde su fuerza pensante y se convierte en una repetición rigurosa de un conjunto de sistemas abstractos en la medida que se realiza mediante un proceder que requiere lectura, memoria y discusión argumental; y esto poco tiene que ver con la vida, con la pasión de pensar y de crear” (2009, p. 39).

La pregunta sobre cómo pensar la clínica como espacios que posibilite territorios existenciales novedosos quizás tenga que ver justamente con esto, con buscar formas de desterritorializar las líneas duras que atraviesan nuestras prácticas y nuestros discursos, con habitar el límite y la tensión y con una revisión de los hábitos clínicos consagrados (Lancetti, 2008, p. 22) que limitan las condiciones de posibilidad y endurecen la clínica. Pal Pelbart (citado en Lancetti, 2008) hablará de una lógica de “Zona de Autonomía Temporal” (p.13), un quehacer deambulante, provisorio, inacabado y sin una solución final que permita una nomadización de la clínica. Considero que la riqueza de una clínica nómada está precisamente en ese reconocernos instrumentos de nuestra propia tarea y

sobre todo, reconocer que la angustia, el deseo de hablar, el encuentro como acontecimiento, muchas veces se le escapan a la posibilidad de encuadrarlos en dispositivos rígidos y en teorías arcaicas y endurecidas.

Raggio, al hablar de la ética de la intervención, propone una dimensión que permita valorar el proceso de acuerdo a las relaciones que lo constituyen y no según modelos y códigos disciplinarios preestablecidos, promoviendo una práctica dirigida al sostén de la producción deseante y de la interrogación acerca de su modo de existencia no por el “Bien trascendente (la cura, salud)” (1999, p.72). Es decir, lo que propone es una clínica destinada al sostén de la vida misma y una interrogación de sus modos de producirse, de sus bloqueos, de sus frenos, de sus sentidos actuales y posibles.

Una aclaración quizás necesaria, el abandono de la clínica como referencia práctica no debe entenderse como un descuido del sufrimiento humano, sino la efectiva consideración de éste en tanto inmanente a una realidad social y colectiva, que se despliega más allá de los límites impuestos por el dispositivo semiótico de la medicina. (Raggio, 1999, p. 73)

Al proponer una ética de la intervención, el autor pretende alejarnos de la tentación de proponer un “nuevo modelo” (p. 74) ya que considera que hay una imposibilidad de cualquier suerte de apropiación profesionalista de la modalidad. La ética de la intervención adquiere sentido en tanto se ejerce como ética de la vida que incluso, acompañe a Deleuze en su filosofía dedicada a denunciar todo lo que nos separa de ella, a denunciar todos los valores trascendentes vueltos contra la vida, que nos embarque en la búsqueda de modos existenciales que desplieguen afectos alegres y nos permitan movernos de los afectos tristes a los que muchas veces nos encadenan las líneas duras que nos atraviesan y que atraviesan nuestras prácticas.

### **Más un modo de vida que un modo de trabajo**

*“Nosotros los que conocemos somos desconocidos para nosotros, nosotros mismos somos desconocidos para nosotros mismos: esto tiene un buen fundamento. No nos hemos buscado nunca ¿cómo iba a suceder que un día nos encontrásemos?”*

*(Nietzsche, 1986, p. 17)*

En el proceso de ir pensando las clínicas, de buscar y encontrar mi voz en algunos autores e ideas, así como dar lugar a algunos ecos de mi propia experiencia, surgió en mí la necesidad de dejar plasmada la siguiente idea en este breve apartado. Pesar las clínicas desde una búsqueda por espacios que posibiliten el buen vivir, en pos del encuentro con los afectos alegres y en la revisión/reflexión de mi lugar como futura profesional es que me surge la certeza de que el “buen vivir” no es una noción, si es que podemos reducirla a esa palabra, que pretenda utilizar para sostener mi quehacer profesional, si no, para pensarme y pensarnos en nuestros modos de habitar el mundo y ciertas elecciones que esto conlleva.

En el texto de Saidón (1997) que hemos tomado previamente, el autor expresa que tal vez “la transformación más sostenida ocurra entre nosotros mismos, los propios agentes de salud mental, nuestros modos de relacionarnos, nuestra formas de organización molecular o molar según el momento, para recrear el lugar donde habite el deseo de transformar, de crear, donde domine el ‘paradigma estético” (p. 212). Destaco esta idea porque considero que si pensamos en el buen vivir en la clínica, como posibilidad de tomar contacto con los afectos alegres, pensarnos como profesionales nos demanda, pensarnos primero como personas, como habitantes del mundo, porque la elección por los modos de habitar el mundo son también generadoras de afectos y estoy convencida que hay ciertos modos que nos conectan más con los afectos tristes, con afectos que nos descomponen y descomponen y por otra lado, hay modos que habilitan, que propician el despliegue de los afectos alegres. Entonces, pensar nuestro quehacer profesional, pensar las clínicas, las líneas duras de poder que la atraviesan, los protocolos tradicionales que la endurecen, no tiene sentido si no nos podemos pensar a nosotras mismas.

Fernando De Lucca (2010), destaca la importancia de la actitud del terapeuta ante la salud como fundamento de su quehacer clínico, expresando que se trata de un intercambio y contagio de una forma de ver el mundo, de una manera de pensar y de una actitud ante la vida. El autor habla de que el encuadre “es orientado, inspirado y determinado por la actitud -que incluye la salud- del terapeuta y la focalización en la tarea” (p. 236), lo que me resulta puntualmente interesante y pertinente para este trabajo, es la propuesta de la gestalt-terapia de qué actitud y método están en constante relación y son inseparables la una de la otra y considero que es necesario preguntarnos por nuestra actitud como profesionales, entendiendo aquí la actitud en relación a la vida y a los modos de habitarla.

Por último, dentro de este subtítulo se me hace inevitable pensar en la clínica como experiencia política desde una mirada que insista en la preocupación por la vida colectiva, por los territorios relacionales en cuales nos movemos, pensamos y actuamos, dando lugar

a la “emergencia de nuevos modos de relación que afirmen y enriquezcan la creación de modalidades existenciales” (Teles, 2006, p. 49). Un modo de hacer clínica que afirme la salud como modo de vida, que busque condiciones de posibilidad para que la vida pueda expandirse y un quehacer profesional que no insista en la neutralidad y objetividad como forma de autenticar y validar lo clínico.

La producción capitalista organiza, estimula y sobreestimula deseos en una constitución permanente de subjetividades productivas, autosuficientes, definidas en su vida, de tal manera que sean competitivas, agradables, buenas ciudadanas, autosuficientes, controladas en sus emociones, emprendedoras y felices; subjetividades diseñadas para producir y consumir lo producido, siempre con capacidad de endeudamiento (Ochoa Ordoñez, 2017, p. 225)

En un mundo que nos enfrenta a modos de habitarlo rigidizados y en pos de un sistema que mayormente nos entristece, pensar las clínicas y nuestro quehacer desde lo político la conecta directamente con la vida y con los modos de habitar que desplegamos en nuestro vivir cotidiano, algunos de esos modos con la posibilidad de ser transformados, movidos, cuestionados, sacudidos por otros que nos conecten con afectos más alegres y que en lugar de rigidizarnos, nos expandan.

## **Conclusiones**

Es difícil proponer un conjunto de conclusiones cuando hay una intención por pensar la clínica, ya que más que conclusiones, nos enfrentamos a un sinfín de preguntas que nos cuestionan, nos desafían, nos movilizan y también nos invitan a seguir buscando. Pero sin duda, hay algunas nociones, ideas, lineamientos que considero importantes de remarcar y tal vez reordenar, para que este trabajo permita seguir pensando y mueva a más preguntas.

En primer lugar, como vimos, la idea de clínica que se propone desde este trabajo tiene que ver con la vivencia de algunas experiencias a las que si las pensamos desde los “protocolos clínicos tradicionales” (Lancetti, 2008, p. 37) parecieran no tener lugar como experiencias clínicas y sin embargo, pueden serlo. Entonces, la mirada que se propone como “clínica del acontecimiento”, haciendo uso de la idea propuesta con Saidón (2012), se relaciona con ideas como las de “clínica artesanal” propuesta por Lancetti (2008), la noción de “estancias en común” propuesta por Percia (2017), la idea de “clínica de obra” que trae Victoria Larrosa (2017), la noción de líneas de fuga y de segmentarización dura propuestas por Deleuze y Guattari (1994), y otras tantas miradas que buscan, a mi entender, devolver a

la clínica su relación con la vida, y con esta, la necesidad de movimiento, novedad, alegría, relación con el propio cuerpo, etc.

Annabel Teles (2002), autora citada ya en estas páginas, expresa que una de las grandes dificultades comunes de estos días “es soportar lo que sucede y seguir afirmando la posibilidad de un modo de vida diferente que traiga consigo otros modos de relación entre los seres” (p.31), y es justamente esa insistencia por seguir afirmando la posibilidad de modos diferentes a la que nos invita la mirada desde la clínica del acontecimiento, no a una crítica negacionista de las riquezas que las diferentes teorías aportan, ni una intención de mutilar aquellas posturas que entendemos como ortodoxas, estructuradas, sino una continua invitación a preguntarnos y a problematizar nuestro quehacer clínico y nuestras prácticas, para dar lugar a modos que reafirmen la vida, que posibiliten modos de habitar el mundo más alegres, múltiples y generosos.

Saidón (2012) se pregunta:

¿Cómo dedicarnos a la clínica y aplicar psicoterapia individual y de grupo haciendo un uso-no-crítico libre y procesual de las categorías del psicoanálisis y la psicopatología? ¿Cómo dejar que un pensamiento del devenir suceda? ¿Cómo hacer que un aire fresco, una brisa de cierto espinosismo pase por la sesión? ¿Cómo producir un relato en la sesión que se vuelva más que comprensible, interesante, más que verdadero, encantador? Se trata de buscar caminos más estéticos, que éticamente adaptados (p. 212).

Y de eso se trata esta mirada, de problematizar los usos que hacemos de ciertas categorías, manuales, conceptos, teorías y de los modos que estos despliegan para buscar caminos más estéticos, modos más amorosos, que estéticamente adaptados, que científicamente aceptados. Como profesionales de la salud, y desde un lugar que nos enfrenta y nos acerca constantemente al dolor, a la angustia, al conflicto, al desborde, a la rigidez, a la soledad, pensarnos en una búsqueda constante de nuevos modos de comprensión, de acción y de resistencia, considero se hace indispensable para la tarea.

La clínica del acontecimiento nos sitúa también en un lugar político-activo, en tanto nos enfrenta a la necesidad constante de lo novedoso y a la creación de espacios, modos, prácticas que posibiliten el surgimiento de nuevas modalidades de relación, de acción, a crear nuevas formas de pensar que sean también nuevas formas de vida. Esta mirada nos

invita a un quehacer profesional inevitablemente relacionado a los modos de habitar la vida que nos componen.

¿Quiénes somos en este momento preciso de la historia? ¿Cuál es este mundo, este lugar y este momento en el que vivimos? ¿Cuál es nuestra posibilidad de pensar, hacer y decir diferente? ¿Dónde y cómo emergen hoy los gérmenes de nuevos modos de existencia comunitarios o individuales? (Teles, 2009, p. 39)

Para pensarnos desde la mirada propuesta por este trabajo, es indispensable hacernos este tipo de preguntas, así como tomar una actitud crítica y creativa que permita el despliegue de las clínicas en plural y que posibilite la multiplicidad de escenarios en los que la clínica es posible.

Por otro lado, las vivencias de las experiencias del centro educativo desplegadas previamente, permiten visualizar cómo hay espacios que devienen clínicos, aún, cuando a priori parecieran no estar en condiciones de serlo. Es por esto, que el aporte de la mirada desde la clínica del acontecimiento, tiene la intención de dar lugar a la multiplicidad de clínicas, entendiendo las clínicas como algo que acontece también, fuera de los espacios instituidos, “en cierta deriva que a veces toma el tratamiento, abriéndose a imprevisibles a través de gestualidades, asignificancias, eventos, encuentros” (Saidón 2012, párr. 57). Desde esta mirada, no es que las prácticas y teorías ortodoxas pierdan su validez y riqueza, no es que el diván o el DMS 5 no tengan su utilidad, es que el diván y el DSM 5 devienen caja de herramientas.

Desde la mirada de la clínica del acontecimiento, la clínica es una clínica en obra en la que “la obra clínica es ese desparpajo que hace advenir una cocina en los escombros de lo proyectado, un silencio, en lo atestado de publicidad” (Larrosa, 2017, p.19). Desde esta mirada, las clínicas ofrecen descansos en los que no se necesita decir más, aparecen como prácticas no médicas, ni psicológicas, ni psicoanalíticas, ni clínicas; sino que diálogos sin persuasión, conversaciones que suspenden la interlocución, se vuelven “ensambles de relatos, pinceladas que no abusan del psicoanálisis para velar desamparos” (Percia 2017).

Como expresé en un principio, este trabajo surge de las propias interrogantes, de las diferentes experiencias, de las lecturas de ciertos autores que me han movilizado, afectado, motivado a pensar, pero sobre todo, a plantearme un sinfín de preguntas, algunas de las cuales, he intentado de responder, si es que eso es posible, en el proceso de construcción de este trabajo. Como expresa Deleuze (1969), “debemos romper con una larga costumbre

de pensamiento que nos hacía considerar lo problemático como una categoría subjetiva de nuestro conocimiento, un momento empírico que señalaría solamente la imperfección de nuestros trámites, la triste necesidad en la que nos encontramos de no saber de antemano, y que desaparecería con el saber adquirido” (p. 45), para poder animarnos a seguir pensando nuestras prácticas, problematizándolas, dejando emerger las preguntas que en ellas se esconden. Las preguntas que van trazando este trabajo son en sí mismas un acto creativo, una forma de conocimiento, ya que “así como las soluciones no suprimen los problemas, las respuestas no suprimen en ningún modo la pregunta, ni la colman, y esta persiste a través de todas las respuestas” (Deleuze, 1969, p. 47).

Por último, considero que tenemos un lugar privilegiado cuando se trata de acercarnos a las personas, a los colectivos, al dolor, al sufrimiento, y que es desde ese lugar de privilegio, desde el que se hace necesario pensarnos y buscar modos que posibiliten el buen vivir, porque considero también que es esa en última instancia la certeza que me acompaña, la certeza de que nuestra tarea no puede estar separada de la búsqueda de modos que reafirman el buen vivir, que perforan las durezas que no permiten que la vida se escape, se mueva, se expanda.

## Referencias Bibliográficas

Burstein, V. (1999). Malos pensamientos. En: A. Lans Amengual (Coord.) *Comunidad: clínica y complejidad* (pp. 75-80). Editorial Multiplicidades.

Cabanzo de Ponde de León, R. (2013). Devenir "otros" en la situación clínica. *Revista Vínculo*, 10 (2), 26-29. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902013000200005&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902013000200005&lng=pt&tlng=es).

Chávez, J. (1999). El devenir: entre la formación y la clínica. En: A. Lans Amengual (coord.) *Comunidad: clínica y complejidad* (pp. 75-80). Editorial Multiplicidades.

Deleuze, G. (1969). *Lógica del sentido*. Editorial Paidós.

Deleuze, G. y Guattari, F. (1985). *El Anti-Edipo. Capitalismo y Esquizofrenia*. Editorial Paidós.

Deleuze, G. y Guattari, F. (1994). *Mil Mesetas. Capitalismo y Esquizofrenia*. Editorial Pre - Textos.

Deleuze, G. y Parnet, C. (1980). *Diálogos*. Editorial Pre - Textos.

Recuperado de: <http://medicinayarte.com/img/deleuze-gilles-claire-parnet-dialogosmya.pdf>

De Lucca, F. (2010). *La estructura de la transformación*. Tiempo de lectores.

Eksztain, M. (2010). ¿Qué toca la música cuando toca? *Revista de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*, Tomo XXXIII, N° 2, 197-203. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <https://www.aappg.org/wp-content/uploads/2010-N%c2%ba2.pdf>

Fernández Savater, A. (13 de abril de 2022). Tener necesidad de que la gente piense. *Lobo Suelto: Anarquía Coronada*.

Recuperado de: <https://lobosuelto.com/tener-necesidad-de-que-la-gente-piense-amador-fernandez-savater/>

González de Hernández, E. e Isea Argüelles, J. (2019). La Desterritorialización y el Agenciamiento de los Conocimientos. Una invocación urgente a la investigación universitaria en la postmodernidad. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, Vol. IV, N°8, 321-340. DOI: <http://dx.doi.org/10.35381/r.k.v4i8.282>

Guattari, F. (20, Abril, 1987). El Anti-Edipo de Gilles Deleuze y Félix Guattari [Video].

Youtube. <https://enseignants.lumni.fr/fiche-media/00000001135>

Guattari, F. (1996). *Las Tres Ecologías*. Editorial Pre-Textos.

Guattari, F. y Rolnik, S. (2006). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Traficantes de Sueños.

Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. (22 de noviembre de 2017). *Clubes de Niños*. Disponible: <https://www.inau.gub.uy/infancia/clubes-de-ninos>

Lancetti, A. (2008). *Clínica Peripatética*. (3ra ed.) Hucitec Editorial.

Larrosa, V. (2017) *Curandería : escucha performática, clínica y gualichera*. Hekht Libros Editorial.

Nietzsche, F. (1986) *La genealogía de la moral*. Editorial Alianza.

Ochoa Ordoñez, C y Martínez Posada, J (2017). Actitud esquizoanalítica. Esquizoanálisis, un método menor de descomposición del dispositivo capitalista. *Tabula Rasa*, (26), 221-245. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39652540011>

Pélabart, P. (7 de febrero de 2021) Elementos para una cartografía de lo grupal. *Lobo Suelto: Anarquía Coronada*.

Recuperado de: <https://lobosuelto.com/elementos-para-una-cartografia-de-lo-grupal-peter-pal-pelbart/>

Pélabart, P. (20 de febrero de 2022) Cómo vivir solos: filosofía de la deserción. *Lobo Suelto: Anarquía Coronada*.

Recuperado de: <https://lobosuelto.com/como-vivir-solos-filosofia-de-la-desercion-peter-pal-pelbart/>

Percia, M. (1997) *Notas para pensar lo grupal*. Lugar Editorial.

Percia, M. (2017) *Estancias en común*. Ediciones La Cebra.

Saidón, O. (2012) La clínica de Guattari y los post-guattarianos. En G. Berti (Ed.). *Félix Guattari. Los ecos del pensar entre filosofía, arte y clínica* (pp. 210-233). HakaBooks.

Seixas, T. (2005). Las Líneas: la lógica de lo social en Gilles Deleuze. *Eidos: Revista de Filosofía de la Universidad del Norte*, (3), 144-166. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85400307>

Teles, A. (2002). *Una filosofía del porvenir*. Ediciones Altamira.

Teles, A. (2009). *Política Afectiva. Apuntes para pensar la vida cotidiana*. Fundación La Hendija.

Winslade, J. (2010). Trazando líneas de fugas: implicaciones del trabajo de Gilles Deleuze para la práctica narrativa. *Family Process*, (48), 332-346.

Recuperado de: <http://eqtasis.cl/wp-content/uploads/2018/03/Winslade-J-Trazando-Lineas-de-Fuga.pdf>