

Vol. 4 No. 1 / Junio de 2013

ISSN 2145-6569

Revista de Psicología GEPU



www.revistadepsicologiagepu.es.ts

**Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle
Santiago de Cali - Colombia**



REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU
Vol. 4 No. 1 – Junio de 2013
ISSN 2145-6569



Editor

Andrey Velásquez Fernández
andreyvelasquez@psicologos.com

COMITÉ EDITORIAL

Nataly Chacón Morales GEPU	Andrés Beltrán Franco Universidad del Valle	Yuliana Marcela Santa Universidad del Valle	Adriana Narvaez Aguilar Universidad del Valle	Laura Daniela de los Ríos HUPV
José Alejandro Niño Vásquez Universidad del Valle	Juan Fernando Rosero GEPU	Luisa Collazos Univalle Palmira	Wilson Lozano Medina Universidad del Valle	Jhon Jairo Perdomo Portilla Fundación Herramientas Creativas
Ángela Alexandra Cano Univalle Buga	Juan Camilo Gómez Díaz Universidad del Valle	Sairy Sevilla Universidad del Valle	Luz Adriana Rodríguez Vergara Universidad del Valle	Helena Rojas Garzón Crecer en Familia

CONSULTORES NACIONALES

Leonel Valencia Legarda Universidad San Buenaventura	Jorge Alexander Daza Universidad Católica de Pereira	Andrés de Bedout Hoyos Universidad San Buenaventura	Ximena Ortega Delgado Universidad Mariana	Daniel Hurtado Cano Universidad Manuela Beltrán
--	--	---	---	---

CONSULTORES INTERNACIONALES

Diego Roberto Salamea Carpio Universidad Católica de Cuenca	Xavier Pons Diez Universidad de Valencia	María Amparo Miranda Salazar Universidad del Valle de México	Noemi Susana Vignolo Universidad de Buenos Aires	Gabriel Ricos Reissig Universidad de la República
Eric García López Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	Ana Cecilia Augsburg Universidad Nacional de Rosario	Blanca Hurtado Caceda Universidad Alas Peruanas	Hilda Janett Caquias Escuela de Medicina de Ponce	Adriana Savio Corvino Universidad de la República

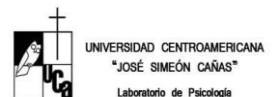
COORDINADORES DE DISTRIBUCION

Margarita Ojeda Asociación Paraguaya de Neuropsicología	Mario Rosero Ordoñez Universidad Mariana	Nora Couso Área de Medición Educativa Provincia del Chubut de Argentina	Pablo Antonio Vásquez Corporación para la Intervención Neuropsicopedagógica y la Salud Mental
---	--	---	---

INDEXACIONES



AUSPICIADORES



Agradecimientos especiales en este número a los Asistentes Editoriales Andrés Mauricio Quintana. La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio 385, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia.

Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle.
Hecho en Colombia - Sudamérica.

Safe Creative Código 1308265650053

IBSN

Revista de Psicología GEPU Vol. 4 No. 1 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol.-4-No.-1.htm>



La Intervención Clínico Social en la Sociedad Biopolítica

Clinical Social Intervention Biopolitical Society

José Alonso Andrade Salazar (1)

Universidad de San Buenaventura, Medellín / Colombia

Referencia Recomendada: Andrade-Salazar, J. A. (2013). La intervención clínico social en la sociedad biopolítica. *Revista de Psicología GEPU*, 4 (1), 166-179.

Resumen: Este trabajo tiene como objetivo analizar la viabilidad de establecer la clínica social como propuesta de intervención en comunidades vulnerables, tomando en cuenta que los modelos positivistas en gran medida, reducen la interacción social a la clasificación y el rotulaje eficiente de personas y comunidades. La clínica social resulta de la interrelación significativa de territorios complejos del saber comunitario, en el que se (de)construyen los modelos paradigmáticos de mediación social, para edificar con la comunidad nuevos dispositivos de intervención a partir de sus cotidianidades y el sentido humano que le dan a sus vivencias, lo cual conduce al entendimiento de otras dimensiones de la enfermedad y el padecimiento.

Palabras Clave: Clínica Social, Biopolítica, Intervención Psicosocial, Psicosocial, Psicología Comunitaria.

proposal of intervention in vulnerable communities, bearing in mind that the positivist models to a great extent, reduce the social interaction to the classification and the efficient tagging of people and communities. The social clinical results from the significant interrelationship of the complex community knowledge territories, in which the paradigmatic models of social mediation are (de) constructed, to build with the community new mechanisms of intervention from their every day and the human sense that give to their experiences, which conduce to the understanding of other dimensions of the disease and the suffering.

Key Words: Social Clinical, Biopolitics, Psychosocial Intervention, Psychology, Community Psychology.

Recibido: 26 de Octubre de 2012

Aprobado: 13 de Diciembre de 2012

(1) Psicólogo Clínico. Especialista en Gestión de Proyectos de Desarrollo. Coordinador de Investigaciones del Programa de Psicología de la Universidad de San Buenaventura Extensión Ibagué en convenio con la Fundación Universitaria San Martín. Correo electrónico: 911psicologia@gmail.com

de los modelos de intervención en psicología social y comunitaria, tomando en cuenta que en su gran mayoría, dichos modelos se configuran a partir de un patrón de funcionamiento eficiente de tipo *ius naturalista* (positivista), en el que se reduce el padecimiento de una persona o comunidad a un conjunto nomotético de síntomas, en un afán de establecer una cartografía biológica del cuerpo (Foucault, M 1991) es decir, una logística del saber y del poder, la cual es asumida como un territorio de discurso y dominación biopolítica; dicha variación impulsa al modelo positivista al análisis de la enfermedad mental, a partir de la objetividad, en cuyo caso la funcionalidad del método *naturalista* se orienta al control, mismo que puede darse por la vía farmacológica, la represión, sublimación y la reideologización del concepto de enfermedad, en este sentido,

El análisis clínico no es suficiente para el diagnóstico, sino que convendría estudiar las condiciones que produce el desencadenamiento de cuadro sintomáticos, desde una perspectiva que reconozca la complejidad humana (...) los ideales de eficacia y eficiencia ligados al modelo neoliberal, se convierten en una talanquera para los planes de acción que se inscriban en el reconocimiento de la diversidad en el tratamiento del sujeto (Cobo, M. 2012, p.27).

Las circunstancias del *quehacer* comunitario *per se*, invitan a un análisis más profundo del modo particular como dichos modelos estructuralistas, configuran el pensamiento y la actividad social, por lo que resulta

importante repensar el concepto de eficiencia, no para destruirlo o invalidar su operatividad, sino para realizar una (de)construcción significativa de las formas intersubjetivas como la enfermedad es asimilada desde la práctica clínica (por los trabajadores de lo social), y desde el discurso de las víctimas a razón de la necesidad asistencial; estos elementos impulsan la construcción de un modelo biopsicosocial que analice la objetividad excluyente y "sin paréntesis" (Maturana, 1990) y la ubique en la particularidad "entre paréntesis", es decir bajo la dinámica de conjunto de elementos cambiantes respecto al padecimiento, conformando una dialéctica del lenguaje y la corporalidad estética, adscrita a la diferencia y la peculiaridad de la enfermedad sentida por el que la padece, así la realidad con paréntesis es una posibilidad de no-encasillar y de no-rotulaje de la experiencia del otro,

En efecto cuando uno está en el camino explicativo de la objetividad sin paréntesis las relaciones humanas no ocurren en la aceptación mutua, si en este camino explicativo digo por ejemplo "soy católico", implícito tengo acceso al Dios verdadero que el otro que no es católico, (...) cada vez que uno adopta la postura de tener un acceso privilegiado a una realidad independiente, como ocurre constitutivamente en el camino explicativo de la *objetividad sin paréntesis*, el que no está con uno está en contra de uno (Maturana. 1990, p.46).

En este sentido la propuesta de reconfiguración del concepto de eficiencia

implica entender la realidad de las categorías mentales del otro, bajo un escenario de inclusión social y participación en el diagnóstico, tratamiento y resignificación de lo que el sujeto denomina como síntoma; dichos elementos requieren de la construcción de una intervención psicosocial que favorezca al oprimido (Moffat, 1974; 1999) e incluya la posibilidad defensiva de sublimar, reprimir, negar, evadir la enfermedad, e incluir nuevas formas de atención en salud que contengan prácticas de lo tradicional, lo actual y lo novedoso, como elementos que sirvan de sostén terapéutico y participación del sujeto en el proceso de intervención. Lo expuesto precisa el análisis en la comunidad del pensamiento mítico y sus ritualidades, los temores propios de las nuevas formas de subjetivación, al tiempo que las prácticas colectivas, y las manifestaciones culturales en el orden de lo estético (Otero, 2010), que históricamente han sido usadas para tramitar la enfermedad. Asimismo a ello debe sumarse, el establecimiento de una ética social que involucre el no-rotulaje del sujeto es decir, su des-categorización patológica, lo cual induce otros modos de entender la enfermedad.

Para Maturana (1997) el ser humano es el resultado de una relación de cambio dinámico entre la corporalidad y el modo de vivir, elementos que se transforman mutuamente, en consecuencia, el acto de encuentro comunitario es un evento estético de compartir, que se fundamenta en la capacidad de transferir al otro la corporalidad psicoafectiva, en un escenario de subjetividad que se sustenta en el diálogo y el reconocimiento de la legitimidad del otro en

la relación de convivencia, factor que es el fundamento del amor, ya que "somos animales dependientes del amor. No importa la edad nos enfermamos cuando se interfiere con el amor" (p.45). Dicho esto el amor como proceso básico de las relaciones biológicas implica un acto de no-medición, en el que se privilegia el entendimiento de la condición humana des-categorizada de los parámetros convencionales de diagnóstico, pues en la comunidad vulnerada el ejercicio del poder que violenta y luego reinstitucionaliza, resulta ser un obstáculo para el progreso y el empoderamiento comunitario; para Laing (1979) el poder es simplemente el ejercicio del terror, pues tanto más sutil sea el poder más oculto será el terror, así los seres humanos viven aterrorizados por los mismos seres humanos, por lo que cuando se vive o crece en territorios de consternación, la comunidad no puede pensar en calma, tener coherencia o generar la claridad necesaria para tomar decisiones.

En este sentido la eficacia no es la medida paramétrica del registro de los cambios en el sujeto o en la comunidad, puesto que la misma posibilidad de cambio implica que la efectividad de los procesos se reconfigure frecuentemente, y se asuma bajo la propuesta de adherencia y aceptación del sujeto respecto a los nuevos roles, cotidianidades y subjetividades que el síntoma evoca e impone.

Dicha articulación enlaza el análisis de los elementos discursivos de la persona y de la comunidad, a las posiciones subjetivas emergentes en el escenario de intervención, donde la persona no asume la categoría de

paciente, sino la de interviniente en un proceso (de)constructivo de la relación simbólica establecida con el síntoma, mismo que está articulado a su pasado y se reactualiza diferencialmente en su presente; por tal razón la modificación de las estructuras psíquicas no recae exclusivamente en el terapeuta o la sociedad, sino en la interacción dinámica del sujeto con las estructuras sociales que dan sentido categorial a su principio de realidad, en una dinámica de relación compleja que dinamiza la actividad humana hacia una transformación contingente, *"valiosa oportunidad para aproximarnos al estudio de la pluralidad de conflictos existentes en los escenarios sociales, políticos y económicos, desde una perspectiva compleja, dada la pluralidad de escenarios y actores que se vinculan en la trama social"* (Cobo, M. 2012, p.18)

Es importante mencionar que una de las propuestas transdisciplinarias referencia la consolidación de una clínica social, que de acuerdo con Joel Otero (2010) *"se trata si, de una oferta transdisciplinar que recoge en un solo movimiento, la multiplicidad de los despliegues y la variedad de los diversos aportes de la Psicología"* y se instala en la parte no-visible de la relación social, apareciendo ligada a las prácticas de intervención y configurándose en y a través de ellas; para Otero (2010, 2010a), la clínica social incide en la realidad comunitaria transformándola, por lo que se adscribe a la psicología como ciencia, más no a una tendencia epistemológica, liberándose de los paradigmas y las hegemonías ideológicas que dominan el pensamiento epistémico; *ergo* la clínica social se recupera "de la invasión

paradigmática" y entiende el conflicto social a través de la subjetividad de quienes lo viven, recuperando el análisis de la realidad dada bajo un contenido estético-afectivo, y la dinámica intrínseca de cambio de las comunidades, que ofrece la posibilidad de transformar de manera coherente la realidad. En este territorio del lenguaje y de encuentro biopsicosocial, la psicología y la clínica social, se consolidan a modo de propuesta de encuentro entre la psicología tradicional y la sensibilización estética.

De acuerdo a lo mencionado la clínica social apunta hacia la dinamización del quehacer psicológico en el plano social comunitario de acuerdo al dominio simbólico de los imaginarios colectivos y las representaciones sociales de las comunidades. Ergo dicha realidad resulta dinámica y cambiante, e instiga a realizar una transformación significativa del modo en el que desde las diferentes disciplinas científicas, se formaliza la lectura de dichas realidades. De suyo ésta propuesta actualiza sus saberes tomando en cuenta las prácticas sociales y comunitarias de ciudadanía y convivencia, integrando la diversidad de experiencias psicosociales de la comunidad, e interrelacionando personas, grupos, subjetividades, medio ambiente e instituciones, a fin de dinamizar los recursos bioterritoriales y los procesos de socialización con los que la comunidad histórica y socioculturalmente ha hecho frente a la adversidad, lo que fortalece la comunicación y por ende el lenguajear que emerge del encuentro con el otro, para Maturana (1998) el cambio en la estructura personal, modifica la forma de estar en

relación con los demás, lo que cambia el "lenguaje" ya que "el lenguaje se constituye y da en el fluir de las coordinaciones consensuales de acción, no en la cabeza o en el cerebro, o en la estructura del cuerpo ni en la gramática, ni en la sintaxis" (Maturana, 1998, p.25). Dicho esto la intervención psicosocial apunta hacia la reparación dinámica del tejido social, al recuperar los vínculos cohesionantes entre personas, grupos, objetos, comunidades e instituciones en sistemas naturales y artificiales (Bateson, 1999; Miermont, 1987).

Se proponen entonces tres objetivos de la práctica clínica social, que se constituyen en una posibilidad de reajuste del sistema simbólico e imaginario con el que la comunidad y la sociedad dan sentido al mundo que crean, recrean y resignifican en su cotidianidad. El primer elemento es el *empoderamiento*, e implica el aprovechamiento de recursos y procesos de la comunidad para dar respuesta a la emergencia de necesidades y crisis propias de los cambios biopolíticos de su entorno, de esta manera el empoderamiento busca reproducir lo propositivo bajo la dinámica del "hacerse cargo" a nivel comunitario de lo emergente, en un escenario de aprendizaje, retroalimentación y cambio continuo. El segundo componente es la *resignificación*, la cual involucra la movilización y transformación de las prácticas ideológicas adscritas al quehacer biopolítico, como un proceso de *desideologización* de los sistemas comunitarios, en pro de la elaboración de propuestas ajustadas a las dinámicas socio históricas de dichos conglomerados humanos. Estos elementos estimulan la reflexión

acerca del estado de incertidumbre de la sociedad respecto al futuro político de sus movilizaciones, entendiendo que el proceso de empoderamiento intercomunitario obliga necesariamente la recuperación e inclusión de tres elementos socializantes en el plano afectivo: la cooperación, la solidaridad y la amistad.

De suyo estos dos elementos sirven de base propositiva para la resignificación de la ilegitimidad del otro (perdón, justicia y reparación) como también, de apuntalamiento para la desasimilación y desacomodación de las condiciones de pobreza y opresión que operan bajo los criterios de dominación ideológica, apatía política y adaptación patológica al abuso de poder. El tercer elemento es la *generación*, que se consolida a modo de invitación a trabajar en una cultura de la salud mental, cuya acción *per se* constituya una cultura de la expresión afectiva y la inclusión del otro como un legítimo otro en la relación de convivencia (Maturana, 1990). La generación es pues, regeneración o (de)construcción de los escenarios ideológicos que sostienen biopolíticamente un *ethos* (punto de partida) naturalizante, que no abre paso a la sorpresa y la diferencia, inhibiendo la creatividad y las posibilidades de cambio. La regeneración promueve prácticas discursivas no-contingentes, abiertas a procesos colectivo-culturales, más que a los medios y fines de los ordenamientos liberales o fascistas; por ello se pone al servicio de la historia más que a los resultados históricos, resignificando la exclusión generacional de la memoria colectiva a través de una biopolítica incluyente de la diversidad, donde la

democracia participativa no se reduce al voto, e incluye como fundamento electivo, los significantes (de)constructivos de los procesos políticos.

La clínica social busca fortalecer los factores protectores de la identidad sociocultural de las comunidades a fin de preservar el legado liberador adscrito a su memoria histórica, grosso modo orienta esta labor a través de la resignificación del valor significativo del poder del estado y sus instituciones sobre la capacidad creadora de las personas y las comunidades, en este sentido para Miranda (2012) las ideas que surgen en relación al concepto de Biopolítica y Biopoder son aplicables al ámbito contemporáneo, en la medida que posibilitan la identificación de espacios de "campo" es decir, de escenarios donde lo inhumano es posible bajo configuraciones de dominación y control biopolítico, así desde el lugar liberador que la clínica social otorga a la intervención, se hace posible rastrear un *nomos* alienador presente en el espacio político en el que todavía vivimos (Agamben, 1998), y que tiene como base jurídica la "custodia protectora" antes que la iniciativa transformadora. Para Agamben el campo se instituye como el espacio que se abre, cuando el estado de excepción o conmoción interna en la que se suprimen temporalmente el goce de los derechos, comienza a devenir la regla y se instaure como permanente, lo que dificulta el análisis de los procesos sociales y dificulta el establecimiento de una intervención participante.

En este aspecto la intervención participante se constituye en el soporte práctico de una

clínica social con base en la "adaptación conscientizante" a realidades dialécticas de emergencia de lo vivo, en un escenario discursivo de emociones y de afectos; por ello implica entender que la vida comunitaria es un "emocionar"-ser en el encuentro con el otro, condición que propicia la legitimidad a través del cuidado y la preservación de lo vivo, y no en la reproducción de los escenarios y tecnologías de la muerte. Así, la clínica social obliga a romper el ensimismamiento sociopolítico, transformándolo en una posibilidad abierta de cambio y apertura a nuevos discursos y acciones comunitarias. Cabe mencionar que bajo un escenario sistémico, ésta propuesta comporta el análisis del sistema de comunicación y de clausura operacional propio de la comunidad (Maturana, 1997; 1998; Berger, & Luckman, 1979), mismo que opera bajo los conceptos de autonomía psicosocial para tomar decisiones, autorregulación poética de las dinámicas de lenguaje, e intercambio de saberes, bienes y servicios con otros sistemas (familias, comunidades e instituciones) así, los aprendizajes a modo de reabsorción de la experiencia, involucran la restructuración constante de contenidos a través de la comunicación y el lenguaje comunitario.

Los hechos políticos contemporáneos se configuran a partir de la idea de que la impunidad y el abuso de poder, son habilidades propias de las instituciones democráticas (Agamben, 1998), cuya función expansiva determina los elementos de reproducción de sus contenidos y practicas ilegítimas, en contextos mediáticos de legitimidad social del abuso (noticias de guerra, actos "heroicos" que igualmente son

atentados a los DD HH y al DIH), por lo que en las sociedades mediáticas, el individuo se vea sí mismo determinado por un BIOS tecnológico que lo aliena (Gergen, 2006), haciéndole depender delo diminuto (el nano chip, el nano sistema, la nanocaricia). Es evidente que el mal uso de la tecnología ha llevado a una minimización de espacios afectivos, donde las mediaciones tecnológicas se han convertido en mediaciones biológicas, que componen otros modos de lenguaje, en un entorno de vínculos y redes virtualizantes de la realidad. Estas situaciones producen nuevas modalidades de enfermedad mental con tendencia al aislamiento (Hikikomoris & Screenagers) que *per se*, se consolidan como son nuevas formas de inhibición, reclusión y aislamiento social.

Las nuevas tecnologías permiten mantener relaciones, directas o indirectas, con un círculo cada vez mas vasto de individuos. En muchos aspectos, estamos alcanzando lo que podría considerarse un estado de saturación social (...) La medicina y la salud publica aseguraban las probabilidades de vida, el perfeccionamiento de las armas invitaba a realizar nuevas conquistas y las innovaciones tecnológicas prometían establecer una utopía en la tierra (...) las tecnologías de la saturación son centrales en la supresión contemporánea del yo individual (Gergen, 2006, pp. 22-80).

Desde un análisis clínico social las sociedades actuales están mediatizadas por tecnologías que aumentan la tendencia a buscar en la obturación sofisticada de los shows mediáticos

y la necesidad de adherencia religiosa, un elemento de sostén y seguridad biopsicosocial, que como sistema explicativo de lo contingente, permita a través del temor al castigo, la represión y el control mental, el procesamiento sublimatorio de la trasgresión fantaseada, así *"la religión ordena esencialmente la transgresión de las prohibiciones. Pero la confusión es introducida y mantenida, por los sentimientos de pavor, sin los cuales el fondo de la religión es inconcebible"* (Bataille, 1997, p.73). Por tanto el consumo masivo y anancástico de bienes y servicios reales y virtuales desde un plano tecnológico, logra crear un ideal de bienestar social, que reduce el bienestar ético-estético comunitario, a la estandarización categorial de la diversidad social. Así la objetividad positivista determina los estereotipos sociales consumibles, sometiendo el encuentro consensual con el otro a la dinámica de la conexión electrónica, efecto medible a través de la cantidad de la virtualidad absorbida, el rating en el tipo de programas consumidos y los valores numéricos otorgados a lo estético; en este sentido la desexualización del encuentro (Bataille, 1997) por efecto del "afecto tecnológico", resulta ser un proceso inevitable donde el bienestar comunitario ya no se concentra en el hecho de estar con el otro, sino en la posibilidad de poseer un bien-saber (material o virtual) que lo haga participe de la relación social mediática, a través de complejos dispositivos tecnológicos de control social de tipo religioso, cultural, sociopolítico y psíquico.

Por tal motivo una clínica social resulta necesaria, para transformar la reproducción

de los dispositivos de dominación, en estrategias de supervivencia y de reproducción de la vida, que den sentido al ejercicio político desde un contexto de *religere* (reunión de lo disociado: comunidad-estado, apatía-confianza política) en el que la comunidad se apodera del mundo para trascenderlo; otra razón guarda relación con la elevada *heredabilidad* grupal de la opresión de clases (Infraestructura económica & superestructura jurídico - política; Althusser, 1971), por lo que la clínica social busca la *resignificación* de las condiciones biopolíticas de la relación dominador-dominado, y comunidad-estado. Un tercer elemento es la *(de)construcción* de la frecuente introyección de la soberanía ideológica del estado, además de la *reconceptualización* de la dinámica sano-enfermo, sujeto-sujetado (Foucault, 1991) y las relaciones sociales de poder (Foucault, 1991a), que obligan la uniformidad de la vida y no la creatividad de lo vivo. La clínica social surge porque existen disfuncionalidades sociopolíticas y ordenamientos ideológicos excluyentes, interpuestos a nivel colectivo que se han convertido en síntomas de patologías sociales, por lo que dicha enfermedad social, es el correlato escenificado del control Biopolítico sobre los cuerpos, pensamientos y acciones comunitarias.

La clínica social no debe ser tipificada como un intento descriptivo de categorizar la operatividad de las intervenciones biopsicosociales, ya que puede ser entendida como el efecto sinérgico de procesos de cambio social, inherentes a contextos *(de)constructivos* de la ideología política

dominante, situación que se decanta en la comunidad, a través de la posibilidad dialéctica de liberación del Biopoder. Dicha contingencia es visible en acciones colectivas, que van desde el hecho de hacerse cargo de la reparación del trauma social, el apoyo y crecimiento comunitario con junto, hasta la apuesta por el bien común a modo de actividad de recuperación de la memoria, desde un lugar de reconocimiento del sufrimiento (no-olvido), acción que debe dar paso a la resignificación del dolor, para constituir mejores vínculos comunitarios (Das, 1997; 2008). Lo anterior viabiliza la confrontación e integración significativa del trauma social, al orientar las habilidades de resolución de los conflictos hacia la reconstrucción del tejido social vinculante, aspecto que se logra a través de una resignificación psicoafectiva de lo inefable (innombrable-irreparable). La clínica social abre el debate acerca de la pertinencia de la psicología comunitaria, en la aplicación de saberes interdisciplinarios, para la restitución del sentido de la vida, en comunidades bajo diversas condiciones de vulnerabilidad psicosocial. En la clínica social la intervención significativa, es posible a partir de la desideologización estética del sentido político del cuerpo, mismo que debe dejar de ser un escenario de inscripción del discurso biopolítico, para lo cual se requiere también, el restablecimiento de los sentidos de resistencia, arraigo, transcendencia y pertenencia de personas, grupos y comunidades.

¿Qué es lo que hace que Colombia sea un país capaz de soportar toda infamia, incapaz de reaccionar y de

hacer sentir su presencia, su grandeza? Muchos aventuran la hipótesis de que esa aparente pobreza de espíritu y esa debilidad de carácter se deben a las características biológicas y genéticas de la población: sería, pues, la expresión de una fatalidad ineluctable. Otros sostienen lo mismo con respecto a los índices de criminalidad: revelarían una incurable enfermedad, y harían de nosotros un pobre pueblo sin salvación y sin remedio (Ospina, W, 1997, p.6).

En gran medida la psicología social comunitaria opera a través de la clínica social, construyendo su praxis a partir de una psicología/psicoterapia liberadora (Baro, 1984; Moffat, 1974) que conlleve a la aplicación de un dispositivo social de intervención significativa, en los oprimidos o excluidos de la participación social y política.

La clínica social debe evitar el reduccionismo epistemológico y conceptual, adscrito a la tendencia a pensar la realidad desde una sola escuela psicológica, por ello entiende la identidad individual y cultural del sujeto a partir de la des-sujeción de las ideologías biopolíticas, lo que vincula la clínica social a la psicología de la liberación. El proyecto clínico social es pues, parte de un proceso (de)constructivo de la identidad social alienadora, que soporta la comprensión de la realidad comunitaria, en la dinámica biopsicosocial de los procesos de intervención, y los saberes comunitarios respecto a la condición que vivencian, y no partir de resultados cuantificables y eficientes. Dicho esto la clínica social se ajusta a las prácticas pedagógicas de

socialización comunitaria, y al *quehacer* psicológico, construyendo con la comunidad procesos de análisis de las causas, consecuencias y resignificaciones de los fenómenos sociales, al tiempo que estrategias grupales de confrontación y trabajo en red, ante la emergencia de problemas de época; en este aspecto lo transdisciplinar emerge en relación a la confluencia compleja de saberes y lugares epistemológicos (Morin, 1994) desde los cuales es posible repensar los dispositivos sociales de intervención comunitaria.

Parafraseando a Baró (1984) la psicología y la clínica social proponen la búsqueda de una respuesta conjunta a tres incógnitas históricas de la psicología social: ¿Qué nos mantiene unidos en el orden establecido?, ¿Qué nos integra al orden establecido?, ¿Qué nos libera del desorden establecido? Estos interrogantes son el correlato en lo social de síntomas visibles de un desajuste psicoafectivo generalizado, manifiesto en las sociedades contemporáneas y escenificado en comunidades vulnerables; tal escenario impacta los cuerpos, la interacción social, los roles y costumbres, instaurándose en la memoria colectiva como un sinsentido común, que estructura su praxis con base en el adoctrinamiento de los viejos paradigmas de la convivencia, mismos que obligan a vivir de acuerdo a creencias, aspiraciones, valores, prioridades y necesidades de consumo materialista (Borja, 2010). Dichos factores tienen su expresión en las prácticas comunitarias, a través de elementos de interacción negativa tales como: conformismo social, apatía política, violencia transgeneracional, creatividad anulativa del

otro (tecnificación de la muerte), acomodación a las condiciones de pobreza, dependencia a las acciones reparatorias (bloqueo del empoderamiento), continuidad social de la anulación afectiva del otro (desconfianza, hipervigilancia, aislamiento, etc.), y la reproducción de una bio-geo-arquitectura defensiva, en la que se asienta y materializa la exclusión social, el distanciamiento entre personas y el trauma en las comunidades,

...la mejor manera de comprender el trauma psicosocial es concebirlo como la cristalización o materialización en las personas de las relaciones sociales de la guerra que se vive en el país (...) el trauma psicosocial experimentado por las personas denota entonces unas relaciones sociales enajenantes, que niega el carácter humano del enemigo al que se rechaza como interlocutor en cuanto tal y al que incluso se busca destruir (Baro, 1998, p.370).

Los síntomas descritos son propios de la interacción social violenta, que por efecto continuo de vivencias excluyentes y violentas, se transforman en posiciones y comportamientos disruptivos, que alteran la prosocialidad e instauran indicadores de malestar generalizado (enfermedad social), cuya manifestación es visible en problemas como la falta de solidaridad, inmunidad ante la empatía, dificultades de cooperación, paranoia social, suspicacia con el otro, discriminación (etnia, género, razones políticas), búsqueda obsesiva de opciones de credo religioso, pérdida de la identidad sociocultural, y una necesidad de rapidez en la vivencia psicolecta y somatolecta

(Luhmann, 1998) de las relaciones afectivas. *Grosso modo* la enfermedad social presenta seis presupuestos o condiciones básicas para reproducirse, instaurarse y anclarse a las relaciones interinstitucionales, dichos factores son: el empeoramiento de la salud mental en el mundo, el desequilibrio socioeconómico, la escala de la violencia en aumento, la incertidumbre generalizada en el mundo (en las viejas y nuevas generaciones), la fragilidad del sistema de creencias, y la reproducción de una biopolítica cada vez más excluyente, poco participativa y heteronómica (Castoriadis, 2002). Estos elementos causan enfermedades mentales importantes, que se constituyen en tendencias psicopatológicas en personas, grupos y comunidades, e implican cambios en el humor, perceptibles en fluctuaciones de tipo ansioso-depresivo, angustia social, aprehensión fatalista, hostilidad, sensibilidad interpersonal, psicotismo, neurotismo, psicopatía política, crueldad y violencia generalizada.

De suyo la clínica psicológica requiere un abordaje interdisciplinar de la realidad social (Deutsh, 1973) que es en sí misma una concepción integradora y compleja del sentido de lo humano, vinculada al conocimiento científico y las diversas teorías del pensamiento humano. Dicha integración solo es posible cuando se piensa en procesos dialécticos en el orden de lo biológico, psicológico y social, que se ajusten al análisis de los problemas de época en las personas y en la sociedad, en el individuo y su grupo. La clínica social *per se* genera entornos de análisis complejo, que logran promover la discrepancia, la congruencia y el

emparejamiento de las realidades biopsicosociales, que emergen de la multiplicidad epistemológica propia del análisis de los procesos sociales; así, la enfermedad social en una comunidad es un modo de asumir con pasividad la dominación, una forma particular de reacción generalizada heteronómica, en general una pauta de comportamiento sin paréntesis (Maturana, 1990), mecanizado y autómata, que depende de la voluntad y decisiones de otros, y se reproduce en función de una dinámica social de *soldadura patológica*, al sistema de representación social (Jodelet, 1986; Moscovici, 1999) impuesto y definido en el ámbito biopolítico.

En este aspecto la morbilidad emerge cuando la interacción social, se altera bajo tres condiciones básicas: lo psicosocial es el argumento del Biopoder, la heteronomía es mayor a la autonomía, y cuando se produce una introyección transgeneracional de la dominación ideológica; estos factores fomentan la pérdida de la memoria histórica respecto al trauma social, afectando de forma latente y frecuentemente imperceptible "*las capacidades del grupo para enfrentar el presente y mirar hacia el futuro, libre de sus efectos debilitadores*" (White, 2000, p.69), puesto que el drama vivido obedece a una secuencia lineal de eventos catastróficos, donde el síntoma principal de la disfunción política es la violencia, mientras sus manifestaciones primordiales son el terrorismo, la explotación y la discriminación social, entre otros aspectos. Es importante mencionar que lo expuesto, es de interés para la clínica social pues, genera tres estados de análisis de la interacción: el proceso de

interacción (relaciones intra e interpersonal, interacción social significativa, e inter-influencia comunitaria); las *bipolaridades* de lo social: la comunicación y lenguaje de doble vía es decir, fallas en el lenguajear que provocan autismos comunitarios, y el sinsentido de la polarización ideológica. Estos elementos son consecuencia directa de un tercer elemento al que Baro (1998) llamó *trauma social*. De acuerdo con el autor los traumas siempre son psicosociales, y afectan el tejido social y el principio de realidad, instaurándose en el presente de la comunidad, y en la intencionalidad de la intervención, por lo que el trauma tiene tres componentes: una naturaleza dialéctica, su intervención se dirige al tejido social, y si no se atiende socialmente éste se reproduce y matiza negativamente las relaciones comunitarias,

Etiológicamente, trauma significa herida. En psicología, se suele hablar de trauma para referirse a una vivencia o experiencia que afecta de tal manera a la persona que la deja marcada, es decir, deja en ella un residuo permanente. Si se utiliza el término de trauma es porque se entiende que este residuo es negativo, es desfavorable para la vida de la persona. Aquí se utiliza el término trauma psicosocial para enfatizar en el carácter dialéctico de la herida causada por la vivencia prolongada (...) (Baro, 1998, p. 366).

A Modo de Corolario

La clínica social implica la reconfiguración de la acción comunitaria, en el escenario donde dichas acciones emergen puesto que, las deficiencias en el funcionamiento, interrelación y regulación entre las *formas* y *niveles* de interacción, causa una disfunción particular del sistema de representación social, respecto al conflicto y al nivel de participación comunitaria en los procesos de cambio político. Así la relación entre campo de acción social e interacción, se denomina espacio de "interinfluencia" (Munné, 1986), mismo que responde a la percepción de conjunto elaborada desde lo personal y grupal, a partir de la introyección de la relación simbólica entre la comunidad y "lo otro" como "*vía de entrada a la comprensión de vivencias del cuerpo y la sexualidad que están marcadas por actos de silenciamiento, negación y marginación*" (Serrano, 2001, p. 96). Lo anterior produce sistemas de interinfluencia donde la interacción psicosocial, es *determinante* de las relaciones biopolíticas a nivel intercomunitario, y es *determinada* por las motivaciones mediáticas de instituciones, que reproducen sus modelos operantes de dominación a través de la norma. *Ergo* para la clínica social el análisis del hecho social y sus diversas bifurcaciones epistémicas, no se reduce a la interinfluencia, ya que integra la comprensión y (de)construcción del nivel de exposición de las comunidades a modelos de autoridad heteronómicos, que afectan su capacidad de empoderamiento, motivando la adherencia a ideologías *naturalistas* y resistencias al cambio.

Estos elementos configuran un campo de dominación que precisamente la clínica social

pretende (de)construir, formando con la comunidad y los diversos actores sociales que la intervienen, dispositivos de intervención ajustados a sus dinámicas biopsicosociales, para lo cual requiere integrar los aspectos socioculturales que conforman el *plus* de habilidades y estrategias de la comunidad, con aquellas experiencias y dispositivos técnicos de confrontación de lo adverso, que resultan necesarias desde la complejidad de lo interdisciplinario, para confrontar la vulnerabilidad psicosocial y construir con los colectivos, propuestas de cambio y participación ciudadana. En este sentido la vía más efectiva para pensar la interacción comunitaria en la clínica social, es a través del análisis de la complejidad de las interacciones autopoiéticas y autorregulativas dinámicas, dadas entre los seres vivos a través del lenguaje, por ello resulta viable establecer la clínica social, como una invitación al desarrollo de intervenciones cada vez mas humanizantes en comunidades vulnerables. La clínica de lo social involucra el trabajo aplicativo en torno a un objetivo creado, compartido e interiorizado por la comunidad, es decir una puesta en marcha de recursos multidisciplinares y comunitarios en beneficio de la prosocialidad y la generación de identidades, intersubjetividades y sentires comunitarios, respecto a condición biopsicosocial al tiempo que, el acople de dichos procesos de transición en las dinámicas interinstitucionales que permean estas relaciones.

Referencias

- Agamben, G (1998). "¿Qué es un campo?" *Revista Artefacto. Pensamientos sobre la técnica*. Buenos Aires, nº2.
- Althusser, L (1971). *Ideología y aparatos ideológicos de estado*. Colombia: Cuadernos la oveja negra.
- Baro, I. M. (1984). *Acción e Ideología, psicología social desde el Caribe*. El Salvador: UCA Editores.
- Baro, I. M. (1998). *Psicología social de la violencia*. Madrid: editorial Trotta.
- Bataille, G. (1997). *El Erotismo*. España: Tusquets Editores S.A.
- Bateson, G (1999). *Pasos hacia una ecología de la mente*. España: Editorial Lohlé-Lumen.
- Berger, PL, Luckman, T (1979) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Borja, V (2010). *El sinsentido común*. España: Editorial Planeta. Temas de Hoy.
- Castoriadis, C (2002). *Figuras de lo Pensable (las encrucijadas del laberinto IV)*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Cobo, M. (2012). *Las Otras voces*. Colombia: Editorial Universidad de San Buenaventura.
- Das, V (1997). Language and Body: transactions in the construction of pain, en Arthur Kleinman, Veena Das y Margaret Lock (eds.), *Social Suffering*. 67-91. Berkeley, University of California Press.
- Das, V (2008). *Sujetos del dolor, Agentes de Dignidad*. Colombia: Universidad Javeriana.
- Deutsh, M (1973). *The resolution of conflict: constructive and deconstructive processes, haven*. Yale University Press.
- Foucault, M (1991). *La arqueología del saber*. Madrid: editorial Siglo XXI.
- Foucault, M (1991a). *Microfísica del poder*. Madrid: editorial La Piqueta.
- Gergen, K (2006). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: colección Surcos, Editorial Paidós.
- Jodelet, D (1986). *La representación social: fenómeno, concepto y teoría*. En S. Moscovici, Psicología Social II. Barcelona: Paidós.
- Laing, RD (1979). *Los locos y los cuerdos*. Barcelona: editorial Grijalbo.
- Luhmann, N (1998). *Sistemas sociales. Lineamientos para una teoría general*. España: Anthropos.
- Maturana, H (1990). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Chile: Ediciones Pedagógicas Chilenas S. A.
- Maturana, H (1997). *La democracia es una obra de arte*. Colombia: Cooperativa editorial Magisterio.

Maturana, H (1998). *De máquinas y seres vivos*. Chile: Editorial universitaria S.A.

Miermont, J (1987). *Eco-eto-antropología*. En J. Miermont, *Dictionnaire des thérapies Familiales* (A. Hernandez Córdoba, Trad., pág. 9). Paris, Payot.

Miranda, C (2012). Biopolítica en el mundo contemporáneo. *Rev. Sociedad & Equidad*, 3, 211-221

Moffat, A (1974). *Psicoterapia del oprimido*. Argentina: Editorial librería ECRO S.R.L.

Moffat, A (1999). *Los desaparecidos sociales*. 1er seminario de análisis crítico de la realidad Argentina (1984-1999). Publicado en el Diario página 12.

Morin, E (1994). *El conocimiento del conocimiento*. El método. Madrid: editorial Cátedra.

Moscovici, S. (1999). *Psicología social: pensamiento y vida social; psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Editorial Paidós.

Munné, F (1986). *La construcción de la psicología social como ciencia teórica*. Barcelona: Alamex.

Ospina, W (1997) *¿Dónde está la franja amarilla?* Bogotá: Norma.

Otero, J (2010). ¿Que es la clínica de lo social? ¿Enfoque, escuela, tendencia, énfasis? Recuperado de http://clinicadelosocial.weebly.com/uploads/6/6/9/1/6691816/qu_es_lo_clnica_de_lo_social_enfoque_tendencia....pdf

Otero, J (2010a). Hacia una psicología de la ciudad. Cuatro conferencias sobre clínica de lo social. Recuperado de http://clinicadelosocial.weebly.com/uploads/6/6/9/1/6691816/hacia_una_psicologa_de_la_ciudad_cuatro_conferencias_sobre_clnica_de_lo_social.pdf

Serrano, J (2001). ¿Qué es "lo otro" de los "otros cuerpos, otras sexualidades"? Desde el Jardín de Freud Revista de Psicoanálisis. Colombia, Universidad Nacional. Recuperado de <http://www.revista.unal.edu.co/index.php/jardin/article/viewFile/12171/12787>

White, H (2000). *Figural Realism: Studies in the Mimesis Effect*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.