



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº29 – Invierno 2025

Clínica implicada, mirada ampliada¹

Silvia Rubaki Yago²

La mesa que comparto hoy con mis compañeras, *“Repensar la clínica”*, me ha abierto la posibilidad de detenerme, de mirar hacia atrás y dejarme atravesar por lo vivido. Preparar este trabajo se convirtió en un ejercicio de síntesis —en el sentido pichoniano—, de dos décadas de recorrido vital y profesional. En este trayecto y en este trabajo no sólo están mis experiencias laborales: también están las lecturas y teorías que me ayudaron, los grupos de estudio y de trabajo que me acompañaron, los vínculos que me sostuvieron, me interpelaron y me transformaron, toda esa red de afectos y pensamientos que, en conjunto, han ido dando forma a mi clínica y a mi manera de estar en el mundo.

Cuando Pichon-Rivière habla de síntesis, se refiere no sólo a un mero resumen, sino de cuando distintas partes fragmentadas, contradictorias, dispersas entre sí se integran en una totalidad nueva, más compleja y más operativa. Esto se da a través de un movimiento, llamado proceso dialéctico, en el cual se confrontan ideas, experiencias o posiciones opuestas y de esa tensión surge algo cualitativamente distinto, que da cuenta de la realidad de una manera más profunda que permite intervenir en ella.

¹ Comunicación presentada en el XVIII Congreso Internacional Grupo Psicoterapia y Psicoanálisis de la SEGPA. “Abriendo horizontes en la clínica: repensar lo establecido”. Gijón, 9, 10 y 11 de octubre de 2025.

² Psicóloga. Psicoterapeuta. Barcelona.

Es decir, cuando Pichon habla de síntesis, se refiere al acto de integrar diferencias y contradicciones en una comprensión más amplia y superadora, tanto en la vida psíquica como en los procesos grupales.

Así es que no es solo un trabajo teórico lo que aspiro a transmitir, si no, también, algo que está profundamente enlazado con mis afectos, mis valores, mi ideología y mi estar en el mundo y desde este lugar hablaré.

Hago una pausa aquí para compartir algunos tramos de mi recorrido por distintos contextos, instituciones y dispositivos, porque son el telón de fondo que sostiene este trabajo y lo que ha dado forma a mi manera de pensar y de practicar la clínica.

Siendo de Madrid, fue allí donde inicié mi andadura profesional y formativa. Ya antes de terminar mis estudios, me formaba en psicoanálisis y en grupos, continué formándome en distintos espacios psicoanalíticos, algunos muy sostenedores de una rígida ortodoxia en cuanto a la práctica psicoanalítica, a mi modo de ver, así como poco porosos al cambio. Más tarde, profundicé en la Psicología Social Operativa en Área3. Nada más licenciarme, empecé a trabajar en salud mental en el Hospital de Día “Madrid”, con adolescentes. Unos años después, mi interés por lo socio-político, junto con la necesidad y las inmensas ganas de ampliar horizontes y, por qué no admitir, también unos ideales de un mundo más justo, humano y cooperativo, me llevó a trabajar con la organización humanitaria Médicos Sin Fronteras (MSF). Fueron años intensos y significativos, de muchos viajes, cambio y contacto con más realidades fuera del contexto occidental, por lo tanto, de muchos aprendizajes, que marcaron un antes y un después en mi forma de mirar y de trabajar. En los últimos once años, ya instalada en Barcelona, he trabajado como psicóloga en distintos dispositivos psicosociales del Ayuntamiento, tanto en el ámbito de la migración y el refugio como en la atención a mujeres víctimas de violencia machista. Hoy, desde hace ya un tiempo, trabajo a tiempo completo en mi consulta privada.

En este recorrido, con sus cambios de escenario y de registro, no sólo fui sumando experiencias diversas, sino que me encontré con desbordes que me obligaron a repensar mi práctica clínica. Lo que aparecía en la práctica no encajaba del todo con los marcos teóricos que traía: había algo que siempre excedía, que pedía ser pensado de otro modo; dado que nunca alcanza nada del todo, siempre hay un resto, hay algo que se escapa. Y es precisamente eso que no alcanza lo que me empuja a abrir horizontes, a buscar otras claves de lectura.

Tensiones entre teoría y práctica, entre lo individual y lo colectivo o lo comunitario, entre lo que se espera de “la clínica” y lo que la realidad de los vínculos y de los contextos me devuelve, tensiones institucionales de todo tipo....

Es, en ese diálogo —a veces armónico, a veces conflictivo— donde siento que se ha ido gestando mi mirada actual.

Cuando me pregunto qué significa repensar la clínica, lo que emerge con fuerza es que no se trata solo de cambiar técnicas o actualizar teorías, **sino de atrevernos a cuestionar los fundamentos mismos sobre los que pensamos y practicamos**. Repensar es también replantear valores, creencias, ideologías y vínculos; es mirar cómo nos implicamos y desde dónde nos vinculamos con las personas y con el mundo.

En este sentido, quiero detenerme aquí para compartir una tensión que atraviesa mi práctica clínica y que ha sido un verdadero motor de pensamiento y de transformación: **la tensión entre lo psíquico y lo social**. No se trata de un dilema teórico —de hecho, ya trabajado e incluso superado, por algunas escuelas y algunos psicoanalistas—, sino, de una experiencia cotidiana en la clínica, cuando lo que se presenta como íntimo se revela, al mismo tiempo, profundamente enraizado en lo histórico, lo político y lo cultural.

Pensar desde ahí la clínica nos invita a reconocer que cada sujeto porta en su decir y en su padecer algo del mundo que lo produce, que en cada historia resuena una trama social más amplia. Lo singular se vuelve así también una vía de acceso a lo colectivo: el síntoma, la angustia o el conflicto revelan no solo la marca de una historia, sino también las huellas de una época, como hijas e hijos de la Historia (con H mayúscula) que somos, idea que marca también una posición y que tomo de habérsela escuchado y leído a Víctor Korman (1996).

En este sentido, la escucha analítica puede abrirse a una dimensión más amplia, donde lo personal y lo social no se excluyen, sino que se entrelazan en una misma urdimbre.

E. Pichon-Rivière (1971) formuló con gran lucidez lo siguiente: “El contraste que más sorprende al psicoanalista en el ejercicio de su tarea consiste en descubrir, con cada paciente, que no nos encontramos frente a un hombre aislado, sino frente a un emisario; en comprender que el individuo como tal no es sólo el actor principal de un drama que busca esclarecimiento a través del análisis, sino también el portavoz de una situación”.

Retomar hoy esta afirmación nos invita a mirar de nuevo qué “situaciones” se hacen presentes en nuestras prácticas, qué mundo se pone en juego en cada relato y en cada sufrimiento, en estos tiempos modernos.

Siguiendo esa línea, Débora Tajer (2020) nombra una clave fecunda para articular lo interno y lo externo, lo micro y lo macro, a través del concepto de **modo de subjetivación**. Este constructo refiere a la relación entre las formas de representación que cada sociedad instituye para conformar sujetos aptos para desplegarse en su interior, y las maneras en que cada persona constituye su singularidad. Pensar en términos de modos de subjetivación nos

permite reconocer que las subjetividades no son entidades fijas ni aisladas, sino **configuraciones históricas** atravesadas por las condiciones materiales, simbólicas y afectivas de cada época.

Desde esta perspectiva, la urdimbre que me interesa visibilizar y pensar hoy aquí es la tejida por matrices históricas de larga duración —como el patriarcado, la colonialidad, la heteronormatividad o el capacitismo— que organizan desigualdades, jerarquizan las diferencias y producen malestares. El neoliberalismo constituye el pliegue contemporáneo que radicaliza esas matrices, al mercantilizar la vida, naturalizar las desigualdades y convertir la competencia en principio organizador de la existencia. No solo actúa sobre las estructuras económicas o institucionales, sino que **infiltra sus lógicas en los vínculos, en los cuerpos y en los modos de subjetivación**, moldeando la manera en que nos percibimos, nos relacionamos y valoramos nuestras propias vidas.

Estas son las coordenadas que hoy y aquí me interesa privilegiar: no porque agoten lo que puede pensarse sobre la relación entre lo psíquico y lo social, sino porque condensan algunos de los nudos más urgentes de nuestra contemporaneidad. Son los entramados que, a mi entender, más tensionan hoy los modos de subjetivación, los vínculos y las formas de padecer, y por eso los tomo como ejes de lectura y de trabajo clínico.

Me interesa cómo esa trama entra en la clínica, cómo nos interpela como analistas, y qué horizontes se abren cuando nos animamos a pensarla y a alojarla, porque alojar también significa, además de darle un lugar en la escucha y de sostener la incomodidad que trae, aceptar dejarse afectar por lo que emerge, y permitir que esas experiencias cuestionen nuestras propias “categorías” y modos de pensar.

Lo psíquico hoy en la trama social, histórica y política

Tomaré como ejemplo una escena: una paciente joven, independiente económicamente, urbana, activa en distintos movimientos sociales, que acudía a consulta y decía sentir “vergüenza” de su pareja, una chica trans. No cuando estaba con su grupo de pares —escogidos por ella y con los que se sentía segura—, sino cuando “salía al exterior”, en entornos más normativos o tradicionales.

Ella misma nombraba esta incomodidad como una “lesbofobia interiorizada”. Y aunque el motivo explícito era personal —su malestar, su sufrimiento íntimo—, lo que emergía en la clínica era también la fuerza de un sistema social que produce y reproduce ciertas formas de rechazo, de violencia simbólica y de jerarquía (Bourdieu, 1977). Su malestar no sólo lo pienso

en clave intrapsíquica e intersubjetiva, sino también como efecto de un entramado heteronormativo, patriarcal y cis-sexista que la atraviesa.

Aquí aparecería con claridad la tensión que quiero destacar: lo que se presenta como un conflicto íntimo, individual, se revela en la práctica como un malestar que hunde sus raíces en una trama social más amplia y compleja. Lo psíquico nunca está fuera de lo social: se constituye en él. Y si la clínica no incluye esta dimensión, quizás corremos el riesgo de dejar intactas las condiciones que producen el sufrimiento.

Cuando hablo de no dejar intactas esas condiciones, de lo que hablo es de **alojar la trama social en la clínica**, hablo de sostener el lazo analítico como un espacio donde el sufrimiento singular pueda ser leído también en su inscripción colectiva, histórica, política. Es dejar que el mundo entre en el consultorio, no para hacer militancia, sino para posibilitar pensamiento, conciencia y transformación.

Débora Tajer señala, en su libro *Psicoanálisis para todxs, por una clínica pospatriarcal, poscolonial y posheteronormativa*, que nuestras herramientas y teorías han sido forjadas, en gran medida, para trabajar con sujetos conformados dentro de la heteronormatividad. Incluso sin quererlo, podemos caer en la paradoja de reproducir esa matriz, adaptando a las personas al dispositivo existente más que generando nuevas lecturas y nuevas herramientas. Nos alerta así, de la posibilidad de que el psicoanálisis, lejos de cuestionar, se convierta en un aparato de reproducción de las mismas normas que producen padecimiento.

Un ejemplo que también ilustraría esta cuestión es el de una mujer que, tras el nacimiento de su segundo hijo, dejó su trabajo para dedicarse por completo a la crianza. Esta decisión, que al comienzo fue presentada como un “acuerdo de pareja”, terminó por dejarla en una situación de completa dependencia económica de su marido, con quien mantenía una relación atravesada por conflictos, desvalorizaciones y formas sutiles de violencia.

En un momento del proceso, la paciente expresó haber leído sobre el patriarcado y dijo algo que condensaba un cambio interno: *“Creo que vivo en una relación desequilibrada. No quiero ocupar este lugar, ni en mi pareja ni con mis hijos.”* Su analista, sin embargo, respondió que “en el análisis no había lugar para la ideología”. Esa frase, pronunciada quizá con la intención de resguardar el espacio analítico de los discursos externos, tuvo el efecto contrario: ahogó la posibilidad de que la paciente pusiera en palabras una experiencia de subordinación y de deseo de autonomía. Lo que quedaba así silenciado no era una “ideología”, sino la emergencia misma de un sujeto que comenzaba a pensarse fuera de los mandatos que la aprisionaban. Por no hablar también de que esa manera de ubicarse en la clínica de la analista, también es ideología, pero bueno, eso será para otro congreso.

Este ejemplo muestra cómo, incluso sin proponérselo, la práctica analítica puede volverse una práctica de “normalización” y “normativización”. Cuando lo social se deja fuera del campo clínico, las categorías patriarcales —lo que se considera “natural”, “deseable”, “femenino” “normal” o “maternal”— permanecen operando como marco “invisible”, determinando qué experiencias son legitimadas y cuáles se patologizan o desautorizan o banalizan o infantilizan. Por eso, repensar la clínica implica también interrogar sus propios supuestos, las ideologías que la habitan, y los modos en que, desde la transferencia, podemos estar reproduciendo lo mismo que decimos cuestionar.

Desde una mirada feminista, y entendiendo lo patriarcal como decía más arriba, como una matriz que organiza desigualdades y jerarquías a partir de las diferencias, incluyendo en esta cultura patriarcal occidental lo colonial, lo capacitista, lo neoliberal, hablaríamos de una cultura que dicta qué vidas tienen valor y cuáles no, qué formas de ser y de vincularse son legitimadas y cuáles quedan relegadas a la marginalidad.

El patriarcado no es el único marco que atraviesa lo psíquico

Durante mi trabajo en distintos contextos de crisis humanitaria con MSF —en la ruta de los Balcanes trabajando con las personas que huían de Siria y de Eritrea para ir a refugiarse en países europeos, atravesando esas rutas; en Marruecos, también con personas que se desplazaban desde sus países de origen, la mayoría se desplazaban desde países del continente africano y asiático, desde aquellos países que estaban arrasados por las guerras y por las penurias económicas y tomaban vías no seguras para intentar refugiarse en España y en el caso de las mujeres, vivían atrapadas en redes de trata, en tránsito hacia España, donde las redes internacionales que operan, manejan y abusan de sus vidas como si fueran mercancías; en Turquía, lugar de destino de muchas personas que se refugiaban por lo que ocurría en sus países de origen, Siria, Palestina, Irak... o en República Centroafricana, en dónde trabajábamos con personas supervivientes y también desplazadas por el conflicto armado y la guerra— comprendí que el sufrimiento no podía pensarse en clave individual, ya que en todos los conflictos, pasados y actuales, había muchos ejes a considerar.

Hablamos de un sufrimiento que está atravesado por la violencia de las fronteras, por el desarraigo, por el desamparo y por las condiciones de exclusión global que producen trauma. No se trataba solo de pérdidas personales, sino de vidas puestas en el límite por políticas que deciden quién puede habitar el mundo y quién queda fuera de él. Lo psíquico mostraba su dimensión más radicalmente social: el dolor no era sólo “de alguien”, sino el efecto de un orden que jerarquiza las vidas.

La clínica se transformaba: ya no era un espacio fijo, no había paredes ni consultorio, sino una práctica en movimiento, una clínica móvil que intentaba sostener algo de humanidad allí donde la deshumanización se volvía norma. Aquí hablaríamos de un doble nivel: del nivel institucional, de la ONG o de la acción humanitaria, y lo quiero diferenciar del nivel personal, de cómo yo lo entiendo: por lo tanto, yo hablaré desde mi lugar, haciendo alusión a lo instituido también.

No se trataba de ofrecer ayuda desde un saber teórico o de asistencia entendidas ambas desde esos marcos modernos patriarcales y neocoloniales como formas en las que hay unx que da y/o que sabe lo que se tiene que saber y el otrx no o el otro sólo está para recibir pasivamente, es decir en relaciones que remarcan que hay unx que tiene poder pero el otrx no, sino de lo que hablo es de crear, en cada encuentro, un territorio posible para el lazo, una forma de hospitalidad mutua en medio del despojo. En esos gestos —mirar, escuchar, acompañar, estar presentes— se afirmaba la potencia de un encuentro entre iguales, donde lo clínico y lo político se vuelven inseparables: reconocer al otro como sujeto en igualdad en nuestra existencia, incluso cuando todo a su alrededor conspira para reducirlo a una vida prescindible.

Dándose un encuentro vital, no jerárquico ni condescendiente ni asistencialista desde la mirada de quien puede a quien no puede, sino que era la afirmación de que todxs tenemos la misma dignidad de existir, y que esa dignidad se despliega de modos múltiples. En ese gesto, la clínica se volvía también un acto político: sostener que, aun en medio del desastre, la vida puede seguir produciendo vínculos y sentido.

Estas experiencias me confirmaron algo que Pichon-Rivière ya planteaba con claridad: *“La subjetividad se constituye en una trama social, histórica y política que nos habita”*. No hay un “adentro” separado del mundo, ni una clínica que pueda pensarse al margen de las condiciones históricas en las que vivimos.

En contextos donde la violencia se normaliza —ya sea la de las fronteras, la de las desigualdades de género o la de las jerarquías económicas y raciales—, la práctica clínica se vuelve también un acto político: no porque adoctrine o milite, sino porque decide **no desentenderse** de esas fuerzas que moldean el sufrimiento.

Pensar y alojar lo social en la clínica no significa convertir el consultorio en un espacio de denuncia, sino en un espacio de pensamiento y de vínculo donde se puedan elaborar las marcas que deja la historia en cada cuerpo, en cada vida. Y en ese proceso, algo se transforma. Como diría Pichon, se abre la posibilidad a una *adaptación activa a la realidad*: no aceptar pasivamente lo dado, sino crear nuevas formas de estar y de vincularse en un mundo que cambia vertiginosamente. En ese gesto —aparentemente pequeño, pero

profundamente político— se juega, en mi opinión, la potencia transformadora de la clínica: sostener la posibilidad de lo humano, en ese vínculo, allí donde la deshumanización avanza.

Sin duda, son experiencias con las que aprendí que lo psíquico se constituye siempre en relación también con las violencias históricas y políticas que atraviesan los cuerpos. Una práctica clínica que no atienda a la violencia de lo colonial correría el riesgo de volverse ciega frente a las formas contemporáneas de desposesión: esas que expulsan a las personas de sus territorios, de sus vínculos, de sus derechos, de sus lenguas, y a veces incluso de la legitimidad de su propia existencia. Desposesión no sólo como pérdida material, sino también como expropiación simbólica y afectiva, como ese proceso mediante el cual se nos arrebató la posibilidad de habitar el mundo desde un lugar singular, digno y reconocible.

En medio de esa intemperie, **el encuentro clínico —cuando logra alojar humanidad— puede volverse un espacio de restitución mínima, de reconocimiento, un pequeño territorio común donde volver a inscribir la confianza en el otro y en la vida.**

Y aquí quiero resaltar una cuestión que creo que ya he venido planteando de alguna manera: ¿cómo posicionarnos frente a estas realidades sin caer en un gesto condescendiente, asistencialista, o en la ilusión de que portamos un saber “superior” frente a los otros? es decir, ¿cómo no reproducir precisamente aquello que se dice querer transformar? Bleger (1996).

Denise Najmanovich (2024) propone pensar en términos de **igualdad radical en la existencia y diversidad en la potencia**. Tomando a Spinoza, nos invita a reconocer que todos compartimos una misma condición de existencia —nadie está por encima ni por debajo—, y al mismo tiempo, que cada quien despliega una potencia singular, irreductible y diversa. Esta perspectiva es crucial porque nos permite desmontar cualquier forma de jerarquización en el vínculo, incluso en el vínculo clínico: no se trata de “dar voz a quien no la tiene”, algo que se repite tanto en esta Modernidad, sino de escuchar, alojar y potenciar/potenciarnos con voces ya existentes, algunas de ellas que han sido histórica y sistemáticamente silenciadas.

Por último, quisiera retomar lo que quedó enunciado al inicio, sobre patriarcado y neoliberalismo. El patriarcado ordena jerarquías que valoran unas vidas y unos modos de existencia por encima de otros; el neoliberalismo produce subjetividades medidas en términos de rendimiento, éxito y consumo, dejando a muchas personas fuera de la categoría de lo “valioso” (Levinton y Serrano, 2021). En todos estos sistemas de dominación que venimos hablando hay una lógica común: negar esa igualdad radical en la existencia y reducir la diversidad de potencias a moldes homogéneos, normalizados y productivos.

Quiero mencionar también, en este sentido, lo que observo en la clínica cotidiana con algunas mujeres jóvenes y adultas: muchas de sus angustias se explicarían por los mandatos de género actuales, los determinados por la presión neoliberal que lo recrudece todo y que exige ser autónoma, productiva, eficaz, capaz de responder a todos los frentes sin descanso. Lo que aparece como “fracaso personal” —no llegar a todo, no poder sostener la autoexigencia, sentir que se queda atrás— se revela también como el efecto de un sistema que fabrica subjetividades desgarradas por ideales imposibles.

Desde esta perspectiva que venimos tratando, entiendo lo patriarcal, lo colonial y lo neoliberal no como sistemas de dominación separados, sino como matrices que operan juntas.

Si en la clínica no incluimos los atravesamientos sociales, históricos y políticos en nuestros análisis, quizás corremos un doble riesgo. Por un lado, que la persona viva su sufrimiento como un problema exclusivamente íntimo, quedando atrapada en la culpa o en la idea de que “algo en ella está mal”, cuando en realidad su padecimiento está también enraizado en condiciones sociales de desigualdad. Y, por otro lado, que nosotrxs, como profesionales, terminemos actuando como reproductores de esos mismos marcos hegemónicos, tanto en la consulta, como en nuestro convivir.

En términos pichonianos, sería una manera de negar parte de la realidad social que constituye todo vínculo y toda subjetividad. Y cuando negamos la realidad, lejos de favorecer una adaptación activa y creadora, fomentamos una adaptación pasiva y alienada. Repensar la clínica desde estos atravesamientos no es un añadido teórico, sino una condición ética y técnica: es lo que permite que la práctica se sostenga como un espacio donde no se adapta el sujeto a lo dado, sino que se habilitan otras formas de existir y de vincularse, un espacio de emancipación y de creación singular.

La pregunta, entonces, es inevitable: ¿qué pasa si no repensamos nuestras clínicas en nuestros contextos concretos de existencia, es decir incluyendo lo comunitario, lo institucional, lo social, lo político, lo cultural? Pasa que dejamos intacto el orden dominante, lo naturalizamos y lo reproducimos sin cuestionarlo. En cambio, si nos animamos a abrir y desplegar esta tensión entre lo psíquico y lo social, la clínica se vuelve un lugar donde lo íntimo y lo colectivo se piensan juntos, y donde puede empezar a gestarse, de manera “pequeña” y situada, una transformación, ya que cada gesto de ruptura con la reproducción de lo hegemónico instaurado (patriarcal, neoliberal, colonial) en el vínculo, ya es, en sí mismo, un acto político, que suma un modo distinto de habitar lo común. Cada transformación subjetiva tiene una resonancia en el lazo social.

Conclusiones

En definitiva, repensar la clínica no significa solo revisar técnicas o actualizar marcos teóricos, sino animarse a un movimiento mucho más profundo: cuestionar certezas, atravesar contradicciones, integrar tensiones. No descarto los marcos clásicos, sino que lo tenso, los reubico, los atravieso con lo aprehendido.

Mi propio recorrido —desde el Hospital de Día “Madrid”, pasando por Médicos Sin Fronteras, hasta el trabajo en dispositivos psicosociales en Barcelona y mi consulta actual— me ha mostrado que la clínica no es un espacio aislado ni neutral, sino un entramado vivo de experiencias, afectos e ideologías que se juegan en cada encuentro.

Por eso, hoy me interesa plantear la necesidad de una clínica **implicada y situada**, que no disocie razón y afecto, individuo y sociedad, teoría y vida. Una clínica que se atreva a abrir horizontes, aunque eso implique sostener incertidumbres, pérdidas de certezas y la incomodidad de los cambios.

Una clínica que se reconozca como práctica encarnada y vinculada a un contexto, y que asuma su potencia transformadora no solo en la vida de las personas, sino también en la manera en que pensamos y habitamos lo común.

Quizás, abrir horizontes en la clínica sea, precisamente, aprender a sostener esa incomodidad fértil: aceptar que el saber nunca está cerrado, que nuestras certezas se tambalean, que la complejidad no se acota, que los vínculos nos afectan y afectamos y nos transformamos. Y que es en ese movimiento de inestabilidad —entre lo que se pierde y lo que emerge—donde la clínica encuentra su verdadera potencia.

Repensar la clínica no es un ejercicio meramente teórico. Es un movimiento vital, encarnado, afectivo y político también. Implica asumir que lo que acontece en la consulta está atravesado por sistemas sociales de poder, y a la vez aceptar que no existe una clínica universal, sino siempre prácticas situadas, tejidas en contextos concretos, dónde se dan tramas distintas al mismo tiempo.

Lo verdaderamente transformador, para mí, no fueron las experiencias aisladas ni los marcos teóricos en sí mismos, sino la posibilidad de dejarme afectar por ellos, de perder seguridades y encontrar —una y otra vez— una mirada más amplia, más situada, más viva.

En definitiva, este recorrido me muestra que la clínica no se construye desde certezas absolutas, sino desde la posibilidad de habitar tensiones, de perder seguridades, de dejarnos desbordar por lo que no encaja y permitir que eso nos impulse a pensar. Lo que abre horizontes no es tanto la acumulación de teorías, sino la capacidad de animarnos a ponerlas

en diálogo con la realidad viva de los vínculos, los cuerpos y los contextos en los que trabajamos.

Me gustaría dejar una última pregunta abierta, más que una conclusión cerrada: **¿cómo sostener, en nuestras prácticas clínicas, esa apertura a lo que desborda, a lo que incomoda, a lo que nos obliga a repensar, sin caer en la tentación de volver a fórmulas seguras y universales?**

Bibliografía

- Bleger, J. (1984). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- Bourdieu, P y Passeron, JC. (1977). *La reproducción: Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. México: Siglo XXI Editores.
- Korman, V. (1996). *El oficio de analista*. Buenos Aires: Paidós.
- Levinton, N. y Serrano, C. (2021). *Revisemos el inconsciente neoliberal y patriarcal e impulsemos relaciones afectivo-sexuales basadas en el buen trato y no en la dominación*. En: Lasheras M y Oñate T (Eds.), *Filosofía de la Historia y feminismos*, vol. II. Dykinson. <https://doi.org/10.2307/j.ctv2gz3rvq.7>
- Najmanovich, D. (2024). *Complejidades del convivir: Conversar, desear, pensar*. Buenos Aires: Noveduc.
- Pichon-Rivière, E. (1971). *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Tajer, D. (2020). *Psicoanálisis para todxs: Por una clínica pospatriarcal, posheteronormativa y poscolonial*. Buenos Aires: Topía Editorial