

Viñas, María José

**La alianza terapéutica como
eje del dispositivo de
internación en el abordaje
psicológico de adultos
jóvenes con ideación suicida
en una clínica monovalente
de salud mental de la ciudad
de Córdoba**

**Tesis para la obtención del título de
grado de Licenciada en Psicología**

Directora: Cherniser, Mara

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento- No Comercial 4.0 Internacional.](#)



Universidad Católica de Córdoba

Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Psicología

Proyecto de Trabajo Final

“La alianza terapéutica como eje del dispositivo de internación en el abordaje psicológico de adultos jóvenes con ideación suicida en una clínica monovalente de salud mental de la ciudad de Córdoba.”

Alumna: Viñas, María José.

DNI: 42474445

Directora: Lic. Cherniser, Mara.

Córdoba, Argentina

2025

Agradecimientos

La culminación de esta tesis representa para mí mucho más que un logro académico: simboliza el cierre de una etapa profundamente significativa, marcando el tránsito del rol de estudiante al de profesional. Este recorrido ha estado atravesado por desafíos, aprendizajes y, sobre todo, por el acompañamiento de personas cuyo apoyo fue esencial en cada paso del camino.

En primer lugar, deseo expresar mi más sincero agradecimiento a la Lic. Mara Cherniser, directora de tesis, por su compromiso, dedicación y valioso acompañamiento. Su orientación rigurosa, su mirada atenta y disposición constante fueron fundamentales para el desarrollo y la consolidación de este trabajo.

Asimismo, quiero agradecer profundamente a mis padres, a mi familia y a mi compañero de vida, sin cuyo apoyo incondicional y confianza en los momentos de mayor exigencia, este proceso no habría sido posible.

Del mismo modo, extiendo mi gratitud a mis compañeras y compañeros de carrera, con quienes compartí años de estudio, reflexión y crecimiento. Gracias a ellos, pude experimentar el valor del trabajo colaborativo, la importancia del compromiso compartido y la riqueza de los vínculos construidos a lo largo del trayecto académico.

Por último, agradezco profundamente a la Universidad Católica de Córdoba, institución que me brindó las herramientas necesarias para formarme como profesional. De manera especial, deseo reconocer a cada uno de los profesores y profesoras que pasaron por mi vida académica, quienes, con su compromiso, su saber y calidad humana, no solo me enseñaron las bases de esta disciplina, sino que también supieron motivarme a seguir adelante, incluso en los momentos de incertidumbre. Gracias a ellos, reafirmé mi pasión por la psicología, esa ciencia tan compleja como fascinante. Cada uno, con su modo de enseñar, dejó una huella indeleble en mí, que llevaré para siempre en mi devenir profesional.

A todas las personas e instituciones que formaron parte de este recorrido, les expreso mi más profundo y sentido agradecimiento.

Resumen del trabajo

El presente trabajo final se enmarca en las Prácticas Profesionales Supervisadas de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba. A partir de la experiencia clínica desarrollada en una institución monovalente de salud mental de la ciudad de Córdoba, se propone analizar el rol de la alianza terapéutica como eje central del dispositivo de internación en el abordaje psicológico de adultos jóvenes con ideación suicida. Desde una perspectiva psicoanalítica, se articula teoría y práctica a través de la sistematización de experiencias, la observación participante y el análisis de casos clínicos. El trabajo considera las dimensiones institucionales, éticas y subjetivas implicadas, destacando la importancia del vínculo terapéutico para favorecer la adherencia al tratamiento y la elaboración simbólica del sufrimiento psíquico. Asimismo, se reflexiona sobre el rol profesional del psicólogo en contextos de internación, reconociendo el valor clínico y humano de la práctica supervisada.

Palabras clave: alianza terapéutica, dispositivo de internación, ideación suicida, prácticas profesionales, psicología clínica, psicoanálisis.

Abstract

This undergraduate thesis is framed within the context of the Supervised Professional Practices of the Psychology Program at the Universidad Católica de Córdoba. Based on clinical experience in a specialized mental health institution in Córdoba, Argentina, it aims to analyze the role of the therapeutic alliance as a central axis of the inpatient treatment device in the psychological approach to young adults with suicidal ideation. From a psychoanalytic perspective, the work articulates theory and practice through experience systematization, participant observation, and clinical case analysis. Institutional, ethical, and subjective dimensions are considered, highlighting the relevance of the therapeutic bond in promoting treatment adherence and the symbolic elaboration of psychic suffering. The study also reflects on the psychologist's professional role in inpatient settings, emphasizing the clinical and human value of supervised practice.

Key words: therapeutic alliance, inpatient treatment, suicidal ideation, professional training, clinical psychology, psychoanalysis.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. CONTEXTO DE PRÁCTICA.....	8
2.1 Definición de Psicología Clínica.....	8
2.2 Acerca del ejercicio profesional clínico en la actualidad	8
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL	11
3.1 Descripción de la institución.....	11
3.2 Áreas de la institución	11
3.3 Organigrama Institucional	16
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	17
5. OBJETIVOS	17
5.1 Objetivo General.....	17
5.2 Objetivos específicos.....	17
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	18
6.1 Dispositivos Terapéuticos.....	19
6.2 Contexto de internación.....	21
6.3 Proceso terapéutico y adherencia al tratamiento	23
6.4 Alianza Terapéutica	25
6.5 La problemática de suicidio en adultos jóvenes	28
7. MODALIDAD DE TRABAJO	32
7.1 Caracterización de los sujetos	32
7.2 Instrumentos de recolección de datos	33
7.3 Aspectos éticos implicados	34
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	36
8.1 Recuperación del proceso vivido	36
8.2 Articulación teórico-práctica	38

8.2.1 Presentación de Caso Clínico A	40
Articulación teórica del Caso Clínico A.....	43
8.2.2 Presentación de Caso Clínico B	46
Articulación teórica del Caso Clínico B	50
9. CONSIDERACIONES FINALES.....	54
9.1 Consideraciones Finales de la Articulación teórica de los Casos Clínicos.....	54
9.2 Reflexión sobre el Rol Profesional como Practicante.....	57
9.3 Consideraciones Finales acerca de la Realización del Trabajo de Investigación	57
10. BIBLIOGRAFÍA.....	59

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final de la Cátedra de Prácticas Profesionales Supervisadas se desarrolla en el marco del cierre del proceso de formación académica correspondiente a los últimos tramos de la carrera de Psicología de la Universidad Católica de Córdoba, que pretende lograr un desarrollo teórico-práctico de las experiencias atravesadas como practicante en la Clínica Saint Michel.

En la primera sección, se busca conceptualizar el contexto de prácticas dentro de la disciplina de la psicología, en conjunto a cómo se desarrolla el rol profesional dentro del contexto clínico en específico, en este caso dentro de una institución monovalente especializada en salud mental. Asimismo, en este trabajo se describirán las características, actividades y talleres que se llevan a cabo, exponiendo los objetivos detrás de cada uno de ellos, con la finalidad de contextualizar el trabajo de campo desarrollado y la institución en la cual se realizó la práctica profesional.

En esta línea, el presente trabajo tiene como propósito presentar, fundamentar y articular el eje específico de sistematización, en consonancia con lo observado y experimentado en la institución durante el año de prácticas, formulando a partir de ello los objetivos generales y específicos que guían su desarrollo. Presuntivamente el eje de sistematización planteado se titula: *“La alianza terapéutica como eje del dispositivo de internación en el abordaje psicológico de adultos jóvenes con ideación suicida en una clínica monovalente de salud mental de la ciudad de Córdoba.”* Para ello, se parte del material recabado a partir de la observación de entrevistas clínicas realizadas a pacientes con antecedentes de intentos de suicidio o ideación autolítica, en el marco del rol del practicante. A su vez, se incluye el análisis de casos clínicos abordados en la institución, que permiten establecer articulaciones entre la experiencia institucional y los desarrollos conceptuales de distintos autores, con el objetivo de construir una base teórica que sustente y dé consistencia al eje propuesto.

Esta investigación se fundamenta en la teoría psicoanalítica como la perspectiva teórica central que guiará el análisis del eje de sistematización propuesto. Seguidamente, se detallará la modalidad de trabajo implementada durante las prácticas profesionales, especificando las características de los participantes que forman parte de esta investigación cualitativa y los instrumentos de recolección de datos empleados. Posteriormente, se presentará el análisis de los datos recabados, donde se expondrán los casos clínicos relevantes, los cuales serán interpretados y fundamentados desde la perspectiva teórica psicoanalítica adoptada.

De manera complementaria, se llevará a cabo un análisis detallado de la experiencia vivida durante las prácticas profesionales supervisadas, que incluye una recuperación minuciosa del proceso desarrollado. En esta sección se relatará la dinámica institucional, las funciones y el rol asumido como practicante, así como la interacción con los actores institucionales y la participación en las actividades propias del dispositivo clínico. Este apartado permitirá situar el trabajo en un marco vivencial y reflexivo, aportando profundidad y comprensión a la dimensión práctica de la formación profesional.

A continuación, se procederá con el análisis teórico-práctico de los casos clínicos, constituyendo un paso fundamental dentro de la sistematización realizada. En esta instancia, se presentarán dos pacientes, denominados paciente A y paciente B, cuyos casos serán descritos y analizados en detalle. Este proceso integrará los aportes teóricos desde la perspectiva psicoanalítica con la experiencia clínica obtenida, posibilitando una reflexión crítica en torno a las intervenciones, la construcción de la alianza terapéutica y las particularidades propias del contexto de internación de pacientes con ideación suicida.

Para concluir, el trabajo culminará con las consideraciones finales, en las que se sintetizarán los principales hallazgos y reflexiones derivadas de todo el proceso investigativo y práctico. Estas conclusiones ofrecerán una mirada integradora sobre la relevancia del eje sistematizado y sus implicancias para la práctica clínica en el ámbito de la salud mental.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

2.1 Definición de Psicología Clínica

Se puede definir a la Psicología Clínica como un campo de especialización de la Psicología que tiene como objeto de estudio al comportamiento anómalo, aquel que supone algún trastorno para el propio sujeto y/o para otros. Asimismo, se considera al contexto clínico como el área de la psicología cuyos objetivos son la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la investigación del padecimiento mental. Para alcanzarlos, se sirve de múltiples técnicas, métodos psicodiagnósticos y procedimientos psicoterapéuticos (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos [EFPA], 2003). De acuerdo a la Ley 7106 de Ejercicio Profesional de la Psicología en la Provincia de Córdoba, se entiende por Psicología Clínica a "la esfera de acción que se halla en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de Salud Mental, Clínicas e Instituciones Privadas de la misma índole, y en práctica privada de la profesión" (Ley 7106, 1984). De este modo, se considera según esta misma ley, al ejercicio de la profesión del Psicólogo en el área de la Psicología Clínica a "la exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad; la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de diseños experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad mediante psicoterapia; otras actividades que, con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicos." (Ley 7106, 1984).

2.2 Acerca del ejercicio profesional clínico en la actualidad

En cuanto al rol profesional que ejerce un psicólogo clínico actualmente, como bien explicita Buendía (2017), son principalmente cinco. En primer lugar, se encuentra la tarea de realizar una evaluación psicológica, que comprende el estudio del comportamiento y personalidad. En segundo lugar, la investigación, que consiste en aumentar los conocimientos básicos del comportamiento humano. En tercer lugar, se encuentra el tratamiento psicoterapéutico que tiene como finalidad aliviar el malestar psicológico. En cuarto lugar, la prevención que se logra con programas a nivel comunitario. Y, por último, pero no menos importante la función de enseñar o más bien conocida como la psicoeducación, que busca transmitir conocimientos sobre aquello que se padece. Según Buendía (2017), estos cinco

aspectos se combinan para ofrecer una intervención integral que no solo aborda el sufrimiento psicológico, sino que también promueve la adaptación del individuo al entorno.

De esta manera, tomando los aportes de Buendía en cuanto al ejercicio profesional de los psicólogos dentro del contexto clínico, profundizaremos en como el rol profesional se desenvuelve dentro de instituciones. Tomando la perspectiva de Fuentetaja y Villaverde (2019), podemos considerar que las instituciones, en este caso hospitalarias, tienen como objetivo primordial la atención a la salud pública y la formación de nuevos profesionales especializados. Asimismo, cuando hablamos de una institución, nos referimos a una instancia que “atraviesa lo individual, de cada profesional y de cada paciente, lo relacional, (entre pacientes y profesionales, entre pacientes entre sí y profesionales entre sí, entre familiares y pacientes/profesionales), lo grupal (entre equipos y sub-equipos de un mismo servicio, entre servicios diferentes) y la propia organización (organigrama, jerarquía, liderazgo, funcionamiento, grado de flexibilidad, participación, etc.). Todos esos elementos están presentes e interaccionan en lo que llamamos institución, es decir, la constituyen, la definen, la van modificando a través del tiempo y producen unos determinados efectos en lo que podríamos llamar su objeto de trabajo.”

Según Zas (2016), el rol del psicólogo clínico en estos contextos, precisa de una perspectiva integral, con una visión tridimensional, es decir, contar con una visión clínica, una visión social y una visión institucional, contemplando tanto al paciente, como a la familia y equipos institucionales. Esta visión irrenunciable es la que va a permitir la realización de tareas globales de prevención, diagnóstico e intervención psicológica (Zas, 2016). Esta perspectiva es crucial, ya que el contexto en el que el paciente se encuentra puede tener un impacto significativo en el éxito del tratamiento. Zas argumenta que la atención integral implica la participación activa de la familia, quienes juegan un papel fundamental en el proceso terapéutico, aunque en algunos casos pueden funcionar como un obstáculo si no se abordan adecuadamente las dinámicas familiares (Zas, 2016). De esta manera, resulta esencial mantener una visión integral, ya que de lo contrario perderíamos de vista varios aspectos que forman parte del contexto e individualidad del paciente.

Asimismo, autores contemporáneos como Alonso y Martínez (2020) destacan la importancia de considerar el contexto socio-cultural de cada paciente dentro de la Psicología Clínica. Argumentan que la comprensión de las problemáticas psicológicas debe ir más allá del diagnóstico clínico, incorporando factores sociales, económicos y culturales que influyen la salud mental de los individuos. Esta visión integral permite personalizar el tratamiento y la

intervención, adaptando los enfoques terapéuticos a las necesidades y circunstancias específicas del paciente.

En el contexto clínico, también es esencial tener en cuenta el aspecto ético-profesional. Según Martínez (2022), los psicólogos clínicos deben estar siempre conscientes de la importancia de mantener una práctica ética que respete la autonomía y la dignidad del paciente. La confidencialidad, el consentimiento informado y la empatía son principios fundamentales en la relación terapéutica. El psicólogo clínico no solo debe ser un experto en técnicas psicoterapéuticas, sino también un profesional capaz de gestionar los aspectos emocionales y éticos que surgen a lo largo del tratamiento.

A modo de conclusión, el contexto clínico en Psicología no es un espacio estático, sino un campo dinámico que involucra una interacción constante entre el paciente, los profesionales de la salud, la familia y las instituciones. La Psicología Clínica requiere de una perspectiva integral que contemple tanto los aspectos individuales como los contextuales que influyen en la salud mental. Esta visión integral no solo mejora los resultados terapéuticos, sino que también permite a los psicólogos clínicos desempeñar un rol activo en la promoción de la salud mental en comunidades más amplias, abordando las problemáticas sociales y culturales que afectan a los individuos.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

Los datos consignados en este apartado fueron recabados del sitio oficial de la Clínica Privada Saint Michel SRL, así como de constataciones personales asentadas en los registros de campo.

3.1 Descripción de la institución

Las prácticas profesionales se llevaron a cabo en la Clínica Privada Saint Michel ubicada en la zona oeste de la ciudad de Córdoba, inserto en el barrio de Villa Alberdi sobre Avenida Sagrada Familia al 511. Esta institución fue fundada en el año 1983 por el Dr. Jorge Michref, médico sanitarista, en conjunto con su esposa y psicóloga Ismery Suarez. En sus comienzos inicia como una empresa familiar destinada al tratamiento de patologías inherentes a la salud mental, transformándose así en una de las pocas clínicas de Córdoba constituida y diseñada con un programa actualizado en cuanto al campo de Salud Mental y la Psiquiatría Moderna.

La clínica está compuesta por seis servicios principales, el sector administrativo, la Guardia, los Consultorios Externos, la Casa de Medio Camino, el Internado y el Hospital de Día. Mi rol como practicante ha sido desempeñado en el área del Internado, Hospital de Día y Casa de Medio Camino. A continuación, desarrollare cada servicio, profundizando en aquellos espacios en los cuales participé.

3.2 Áreas de la institución

En primer lugar, se encuentra el *Sector Administrativo* que se dedica mayoritariamente al registro de los pacientes que ingresan a la institución, el armado de las historias clínicas y la atención a familiares (de pacientes internados) o pacientes que concurren a la clínica por consultorio externo.

En segundo lugar, se encuentra el *Sector de Guardia* que está disponible las 24 horas del día durante todo el año, aquí la persona que asiste en situación de crisis es atendida por dos profesionales médicos, que se encargan de evaluar al sujeto que consulta siguiendo los procedimientos internos de la institución y en el caso de que las circunstancias lo requieran se prosigue a la hospitalización.

En tercer lugar, están los *Consultorios Externos*, aquí se realiza la asistencia psicológica y psiquiátrica a los pacientes que concurren para tratamientos ambulatorios, por derivaciones

de otro especialista o post alta de internación con la finalidad de dar continuidad al tratamiento en dicha modalidad.

En cuarto lugar, se encuentra la *Casa de Medio Camino*, que se encarga de la rehabilitación y fortalecimiento de lazos sociales. Funciona como un alojamiento voluntario en donde el paciente está acompañado y contenido por profesionales de la salud y personal idóneo. La permanencia en el programa estará limitada por tiempo en donde se tienen en cuenta las situaciones particulares de cada paciente, para ello será necesario realizar una evaluación inicial con el fin de establecer objetivos personalizados. Este dispositivo está dirigido a personas que hayan transitado previamente por internaciones psiquiátricas agudas, que todavía no se encuentran en condiciones de retomar sus actividades y espacios cotidianos; a personas que no tienen una contención familiar positiva para lograr la rehabilitación; a personas con trastornos crónicos, o pacientes que viven en otras provincias o en el interior de Córdoba que requieran cuidados psicoterapéuticos por alguna situación crítica.

En quinto lugar, se encuentra el *Internado* o área de rehabilitación, este servicio está estructurado para la internación de aquellos pacientes que han sido valorados por los médicos de guardia y debido a la descompensación de su cuadro psicopatológico remiten riesgo inminente para si o para terceros, por lo cual se procede a la hospitalización. El abordaje que se realiza aquí es de carácter interdisciplinario y cuenta con una atención integral, recibiendo el apoyo de los distintos departamentos de psiquiatría, psicología, nutrición, clínica, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas situacionales y profesionales de enfermería. El internado cuenta con una serie de instalaciones, como ser un gimnasio, el comedor, la habitación de los pacientes, el patio y la biblioteca. Asimismo, el internado está dividido por sectores, blanco I, blanco II, verde, azul, rojo y amarillo. El sector rojo, es el área de ingreso de todos los pacientes, en donde se requieren más cuidados y acompañamiento. Este sector, tiene asistencia diaria de acompañantes terapéuticos que realizan actividades contextuales, con el fin de mayor contención, durante los primeros días de internación que suelen ser los más difíciles de transitar. Al cabo de una semana aproximadamente, el equipo tratante evalúa si el paciente esta apto para pasar de pabellón, todo depende de cómo evolucione su cuadro psicopatológico y si ha podido integrarse al grupo. En el sector Blanco I, se encuentran internadas adolescentes y jóvenes que tienen entre 13 y 30 años aproximadamente, pero son solo mujeres. En el Blanco II, se encuentran los pacientes que se considera que su cuadro patológico de base ha sido medianamente estabilizado y no requieren de una atención tan rigurosa como lo es en el Rojo. Allí los internados tienen más tiempo libre, o más bien sin distracciones o actividades terapéuticas que los aleje de su foco, su futura externación. Durante esta última etapa, se

emplean estos tiempos libres para que poco a poco el paciente asimile un poco los tiempos de vida del afuera, en esta misma es en la que se incluyen salidas por horas, con la finalidad de que salir no sea un momento desestabilizante y caótico. En cuanto al funcionamiento del internado, la misma consiste en intervenciones psicoterapéuticas individuales, familiares, grupales y de rehabilitación. Cada paciente es acompañado por un equipo tratante previamente asignado, conformado por un psicólogo y un psiquiatra, quienes lo evalúan y asisten durante toda su estadía en la clínica. Asimismo, el sector de Internación cuenta con actividades contextuales que tienen como finalidad favorecer y enriquecer el tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico del paciente. La clínica contempla como actividades contextuales, al área de actividades conceptuales, área de laborterapia, área de expresión musical, área de expresión corporal y el área de festejos.

El área de actividades conceptuales es más bien conocida por los pacientes como Terapia Grupal, es dirigida por un psicólogo, tiene duración de una hora aproximadamente por sector y con frecuencia de un encuentro por semana. Estas actividades tienen como objetivo general acompañar, desde un dispositivo grupal, las distintas etapas que implican una internación psiquiátrica, trabajando diferentes sensaciones y aspectos ligados a esta vivencia que resulta tan particular para cada uno de los pacientes. Asimismo, se abordan objetivos específicos, que se enfocan en favorecer la integración grupal, trabajar en relación a la convivencia entre ellos durante el proceso de internación, trabajar sobre la conciencia de enfermedad y de situación, estimular la capacidad simbólica y de sublimación, promover la orientación temporo-espacial, trabajar el contacto con la realidad, trabajar la capacidad de espera y tolerancia a la frustración, que el paciente logre recuperar gradualmente sus funciones cognitivas tales como la atención o la memoria, trabajar la capacidad de adaptación a los cambios y situaciones nuevas, promover la capacidad reflexiva y el autoconocimiento.

El área de expresión musical, ofrecer al paciente internado un espacio terapéutico que promueva otras vías de expresión, diferentes a la verbal. La misma, busca favorecer el reconocimiento de la historia de cada sujeto en relación con su historia musical a través de la audición musical y el trabajo con canciones. Así como también, promover el paso de una posición pasiva a una posición activa a través del estímulo musical. Es por ello, que resulta de suma importancia trabajar a partir de los aspectos sanos, y de esta manera fortalecer la confianza de cada participante mediante el uso de sus propios recursos. Por último, tiene como objetivo el beneficiar y enriquecer el autoconocimiento a través de recursos como la audición, exploración sonora, ejecución instrumental, canto individual y colectivo. Algunas de las actividades que se ofrecen al grupo son trabajar con canciones propuestas o evocadas por el

paciente, actividades lúdicas o de recepción del sonido, actividades de adivinanzas y bingo musical, entre otras.

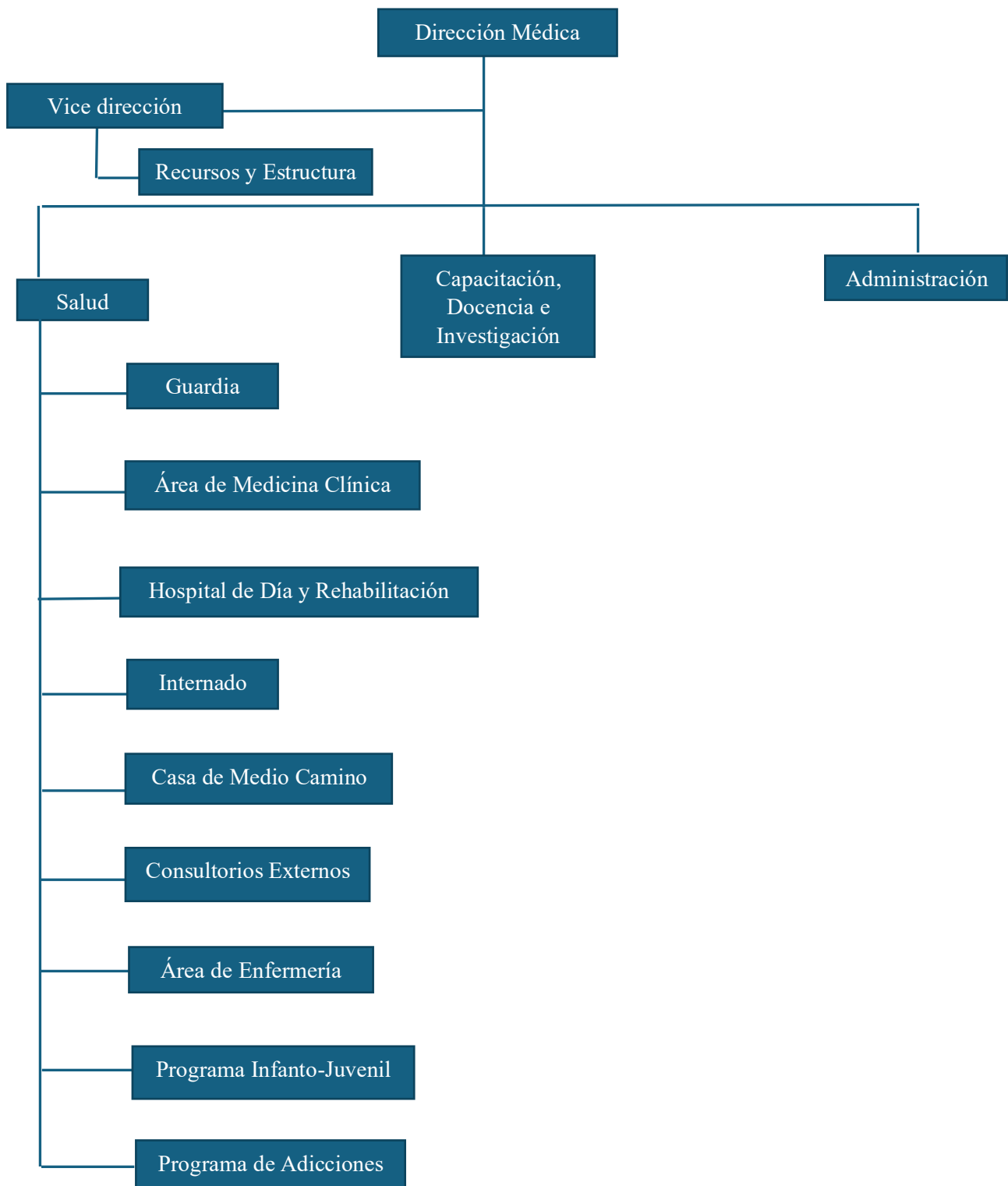
El área de expresión corporal consiste en la realización de diversos ejercicios físicos, de manera individual y grupal, con la utilización de música para propiciar la invitación de un cambio en el estado corporal, proponiendo actividades en los espacios al aire libre que ofrece la institución, como ser los campeonatos intersectoriales de vóley. Dentro de la institución se encuentra el gimnasio, que utilizan los pacientes de la clínica, este cuenta con aparatología que ofrece caminadoras, pesas, bicicleta fija, saco de boxeo, entre otros. Este, tiene como objetivos específicos el favorecer un espacio de encuentro como medio de prevención de factores que afecten en el proceso institucional de los pacientes, ayudar en cuanto a la organización, conocimiento y reconocimiento del esquema corporal, que el paciente logre discriminar su cuerpo del de los otros, así como también mejorar la capacidad aeróbica y coordinación motora, general y específica.

El área de festejos consiste en salidas por horas o en algunos casos un día, que son evaluadas por el equipo tratante de cada paciente. Estos permisos por lo general son habilitados una vez que se realiza una evolución positiva en el paciente y ya se está arribando a la última instancia de la internación, que es la externación o más bien conocida como el Alta. La principal finalidad de este es trabajar el contacto con el afuera y la realidad del paciente. De esta manera, estos permisos buscan propiciar la orientación temporo-espacial, y generar un corte con respecto a la rutina de actividades que ofrece el servicio de Rehabilitación, introduciendo la novedad de algún festejo ocasional.

Por último, en sexto lugar se encuentra el servicio de *Hospital de Día*, ofrecido por la clínica, el cual se trata de un tratamiento ambulatorio, pero a diferencia del dispositivo de Casa de Medio Camino, los pacientes no están hospitalizados en un hogar, sino que asisten a la institución por cierta cantidad de horas y días, contemplando cada caso particular. Esta alternativa de tratamiento busca promover un rol activo y participativo en el paciente en su propio proceso psicoterapéutico. La misma funciona como una estrategia para prevenir la re-hospitalización, facilitando de esta manera, el vínculo entre el paciente y su familia. A partir de la implementación del Hospital de Día como dispositivo terapéutico, este, apunta a contener y abordar desde un trabajo interdisciplinario el tratamiento del paciente, cumpliendo no sólo funciones asistenciales, sino también de tipo preventivo y psicoeducativo. Aquí se realizan, actividades contextuales como en el internado de la clínica, las mismas comprenden el área de laborterapia, área de expresión corporal, actividades conceptuales y expresión musical, desarrolladas anteriormente.

A continuación, se puede observar a modo de grafico como está compuesta la organización institucional de la Clínica Saint Michel. En la parte superior del organigrama, se encuentra la Dirección Médica, la misma dirige tres áreas principales de la clínica, el Área de Salud, en donde podemos observar detalladamente todos los servicios que la institución ofrece a los pacientes. Por otro lado, se encuentra el Área de Capacitación, Docencia e Investigación, teniendo en cuenta que la clínica además de ser una institución monovalente es también una institución formadora, esto quiere decir que tienen convenio con varias universidades de Córdoba y reciben estudiantes que están cursando los últimos años de la carrera o estudiantes de posgrado. Y, por último, se encuentra el área de Administración.

3.3 Organigrama Institucional



El organigrama institucional fue realizado de manera individual con la ayuda de otros agentes institucionales de la clínica.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

La alianza terapéutica como eje del dispositivo de internación en el abordaje psicológico de adultos jóvenes con ideación suicida en una clínica monovalente de salud mental de la ciudad de Córdoba.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Analizar la alianza terapéutica como eje del dispositivo de internación en el abordaje psicológico de pacientes con ideación suicida en una clínica monovalente de salud mental de la ciudad de Córdoba.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar como se establece la alianza terapéutica entre el analista y el paciente internado.
- Caracterizar la alianza terapéutica entre el psicólogo y el paciente internado.
- Describir el rol del psicólogo en el abordaje del dispositivo de internación con pacientes con ideación suicida.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

En este apartado se desarrollarán la perspectiva teórica que permiten enmarcar y significar las experiencias sistematizadas durante la práctica profesional. Asimismo, es por medio de la fundamentación teórica que se pretende abordar los objetivos, tanto generales como específicos, que servirán como guía y estructura del presente trabajo.

Ante todo, cuadra remarcar que el presente trabajo fue elaborado desde un marco teórico psicoanalítico, teniendo en cuenta que la conceptualización de alianza terapéutica tiene sus orígenes en la teoría desarrollada por Sigmund Freud.

Tomando los aportes de Gallo y Ramírez (2012) acerca del uso de la corriente psicoanalítica como una teoría que ofrece un enfoque singular para la investigación en el ámbito universitario, es preciso enfatizar la importancia de la relación entre el analista y el paciente. Esta relación, definida como "alianza terapéutica", se convierte en un elemento crucial en el tratamiento, especialmente en contextos donde hay riesgos significativos, como es el caso de pacientes con ideación suicida. La alianza terapéutica no solo facilita la comunicación y la transferencia, sino que también permite al paciente explorar sus conflictos internos y construir un sentido de confianza en el proceso terapéutico. Este aspecto es fundamental en un dispositivo monovalente, donde las condiciones de internación pueden intensificar la vulnerabilidad del paciente.

Además, los autores subrayan que la efectividad de la terapia psicoanalítica radica en su capacidad para abordar las dinámicas inconscientes que afectan al sujeto, promoviendo un espacio donde las experiencias y emociones pueden ser examinadas y comprendidas (Gallo y Ramírez, 2012). Esta perspectiva resalta cómo la solidez de la alianza terapéutica puede influir en los resultados del tratamiento y la recuperación del paciente, convirtiéndose en un eje central en la intervención de quienes enfrentan crisis existenciales.

En este marco, el desarrollo teórico de la presente investigación se estructura en torno a cinco ejes fundamentales que permiten contextualizar y sostener la problemática abordada. En primer lugar, se delimita el concepto de dispositivos terapéuticos desde una perspectiva psicoanalítica, entendidos como entramados clínicos-institucionales que habilitan la emergencia de la transferencia y el decir del sujeto, entre los cuales la internación y la alianza terapéutica ocupan un lugar central. A continuación, se profundiza en el contexto de internación como un espacio singular, regulado legal y éticamente, pero también atravesado por coordenadas subjetivas y simbólicas que inciden en la posición del paciente y en la posibilidad de que se produzca un movimiento terapéutico. En tercer lugar, se aborda el proceso terapéutico

y la adherencia al tratamiento, destacando el rol de la transferencia y la implicación subjetiva como condiciones para el sostenimiento del lazo clínico, especialmente en contextos institucionales complejos. Desde allí, se introduce el apartado específico sobre la alianza terapéutica, donde se recuperan sus orígenes psicoanalíticos y su evolución hacia una noción transteórica, sin perder de vista su articulación con los fundamentos clínicos del vínculo paciente-terapeuta. Finalmente, el recorrido teórico aborda una revisión de la problemática del suicidio en adultos jóvenes, comprendida como un fenómeno multidimensional que requiere de una escucha clínica atenta al sufrimiento psíquico, a los lazos sociales fragilizados y a las manifestaciones de desesperanza que se presentan en el dispositivo de internación. Estos cinco apartados configuran el andamiaje conceptual desde el cual se interroga el lugar que ocupa la alianza terapéutica como eje clínico en el abordaje de pacientes con ideación suicida.

6.1 Dispositivos Terapéuticos

En el marco de la teoría psicoanalítica, el concepto de "dispositivo terapéutico" ha adquirido una relevancia central para pensar la clínica contemporánea. Cuando se habla de dispositivo no se hace referencia exclusivamente a una técnica o herramienta puntual, sino a una configuración compleja que articula diversos elementos que permiten el desarrollo de un proceso terapéutico. Estos elementos incluyen el encuadre, el tiempo, el espacio, la transferencia, la presencia del analista y, en muchos casos, la institución en la que se inscribe la práctica. Es decir, el dispositivo constituye un entramado relacional que posibilita la emergencia de lo inconsciente en un contexto determinado, propiciando así un espacio de intervención y transformación subjetiva (Carena, 2024).

La noción de dispositivo que se utiliza en psicoanálisis encuentra un importante antecedente conceptual en Foucault, quien definió el dispositivo como “una red que se establece entre elementos heterogéneos, discursivos y no discursivos: discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales” (Foucault, 1978, p. 299). Esta concepción permite pensar al dispositivo como una forma de organización que produce subjetividad y regula formas de vida. En este sentido, los dispositivos terapéuticos no son simplemente marcos clínicos, sino operadores simbólicos que inciden en la constitución del sujeto, en su modo de hablar, de padecer y de tramitar su malestar.

Desde esta perspectiva, el dispositivo no puede ser entendido como una estructura estática o rígida, sino como una construcción que se adapta a las particularidades de cada caso

clínico. González (2010) sostiene que el dispositivo se configura como una red viva que se entreteje en función de la singularidad del sujeto, integrando no solo al paciente y al analista, sino también a su entorno familiar, social e institucional. En este sentido, el dispositivo opera como una plataforma donde se despliegan los lazos y los efectos de sentido, permitiendo que el sujeto pueda alojar su sufrimiento, construir una demanda y, eventualmente, iniciar un trabajo sobre su malestar.

La clínica psicoanalítica, particularmente desde una lectura lacaniana, concibe al dispositivo como un espacio que habilita la puesta en juego del lenguaje y el inconsciente. Lacan (1992) propuso que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, por lo que el dispositivo debe ser sensible a la dimensión significante del discurso del sujeto. A través de la transferencia, se establece una relación en la que el analista ocupa el lugar de "sujeto supuesto saber", lo cual permite que el paciente confiera sentido a sus síntomas y resignifique su experiencia psíquica. Así, el dispositivo no es solo un marco organizativo, sino una estructura dinámica que posibilita la operación analítica.

Etchegoyen (1986) añade que el dispositivo facilita una "disociación terapéutica del yo", es decir, una instancia donde el sujeto puede observarse a sí mismo desde una posición diferente, promoviendo así la elaboración de sus conflictos inconscientes. En este espacio mediado por la palabra, el sujeto no solo es escuchado, sino también interpelado, lo cual favorece una reconfiguración de su posición subjetiva frente a los síntomas, el deseo y la ley. De esta manera, el dispositivo no se limita a contener, sino que habilita movimientos psíquicos transformadores.

Otro aspecto relevante es la capacidad del dispositivo para adaptarse a las condiciones cambiantes de la clínica actual, particularmente en contextos de urgencia subjetiva o situaciones de vulnerabilidad. Tal como sostiene el colectivo de autores de Intersecciones Psi (s/f), es fundamental diseñar dispositivos que den respuesta a las urgencias sin perder la orientación psicoanalítica. Esto implica flexibilizar el encuadre tradicional sin renunciar a los principios fundamentales del análisis, como la transferencia, la interpretación y la función del deseo del analista. En este punto, los dispositivos pueden variar en su estructura —desde un consultorio privado hasta un hospital de día o una internación psiquiátrica— pero su lógica debe mantenerse coherente con los fundamentos clínicos del psicoanálisis.

En síntesis, el dispositivo terapéutico es una construcción compleja, dinámica y situada, que permite el despliegue del inconsciente en un marco relacional. Su función no se agota en contener o estructurar, sino que apunta a operar sobre la subjetividad del paciente, habilitando procesos de simbolización, elaboración y transformación. Esta concepción permite pensar la

clínica más allá del encuadre tradicional, ampliando las posibilidades de intervención sin perder la especificidad del método analítico.

A partir de esta fundamentación, se vuelve necesario abordar dos dispositivos particulares que han cobrado una importancia decisiva en la práctica contemporánea: la alianza terapéutica y la internación. Ambos constituyen formas específicas de organizar el trabajo clínico y representan modalidades diferentes de encuadre. La alianza terapéutica se configura como un vínculo de trabajo basado en la confianza y el compromiso mutuo entre paciente y analista, fundamental para el sostenimiento del proceso analítico (Bordin, 1979). La internación, por su parte, constituye un dispositivo más intensivo, pensado para casos de urgencia o desestructuración psíquica grave, donde se requiere una contención y una intervención sostenida por un equipo interdisciplinario. En el siguiente apartado, se explorarán estas dos modalidades con el objetivo de analizar sus implicancias clínicas y su articulación con los principios del dispositivo psicoanalítico.

6.2 Contexto de internación

La internación psiquiátrica representa uno de los dispositivos más complejos del campo de la salud mental, tanto por sus implicancias clínicas como por las dimensiones éticas, legales y subjetivas que conlleva. Lejos de constituir un procedimiento estrictamente técnico, la internación debe ser comprendida como una intervención de carácter excepcional, enmarcada en un contexto institucional, normativo y relacional que impacta de forma directa en la experiencia del sujeto.

En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 establece un cambio de paradigma que redefine el lugar de la internación. Esta legislación promueve un modelo comunitario de atención y consagra la internación como un recurso terapéutico de último orden, solo justificable cuando el riesgo cierto e inminente para sí o para terceros no pueda ser abordado mediante otras estrategias menos restrictivas (Hermosilla & Cataldo, 2012). En línea con esta normativa, los artículos 14 y 15 hacen especial énfasis en la temporalidad acotada de la internación y en la necesidad de evaluaciones interdisciplinarias que garanticen el respeto por los derechos del paciente, incluyendo su autonomía y acceso a la asistencia jurídica (Ley 26.657, 2010).

Desde una perspectiva jurídica, Mercurio y Silva (2021) advierten que toda privación de la libertad, incluso la realizada con fines terapéuticos, debe contar con salvaguardas institucionales que aseguren el consentimiento informado y el debido proceso. Estas autoras

destacan que el consentimiento informado no puede ser una formalidad administrativa, sino un componente ético esencial de la intervención, que exige que el paciente comprenda su situación, las causas de la internación y las alternativas posibles. En ausencia de esta comprensión —por ejemplo, cuando se encuentra alterada la lucidez— la internación adquiere el carácter de involuntaria, activando procedimientos de supervisión judicial.

En esta línea, el trabajo de Fotia, De Lellis y Panelo (2016) resalta las tensiones que genera la aplicación efectiva de la Ley en las instituciones hospitalarias. Si bien se ha avanzado en la capacitación del personal de salud, persisten obstáculos estructurales y culturales que dificultan la implementación plena de los principios de la Ley, como la orientación comunitaria, el trabajo interdisciplinario y la inclusión social de los pacientes con padecimiento mental.

Desde una mirada psicoanalítica y antropológica, Mantilla (2010) analiza las decisiones de internación como procesos mediados por factores clínicos, pero también por dinámicas institucionales y contextos de interacción social. La autora pone en cuestión la supuesta objetividad técnica de dichas decisiones, señalando que a menudo se sustentan en criterios simbólicos de interpretación del malestar psíquico, como la noción de “desenganche” del tratamiento ambulatorio o la necesidad de generar un “movimiento subjetivo” en el paciente. Esta perspectiva enfatiza que la internación puede adquirir un valor estructurante si logra provocar una implicación subjetiva respecto a la posición del paciente en la escena que motivó su crisis.

Sin embargo, Mantilla (2010) también advierte sobre los riesgos de una sobreinterpretación de las conductas del paciente, que puede desatender las condiciones sociales y materiales que enmarcan su sufrimiento. Expresiones como “necesito parar” o “necesito un corte” son leídas frecuentemente como indicadores de una apertura a la simbolización, cuando podrían también representar demandas concretas de cuidado o refugio. La igualación entre la interpretación del terapeuta y la del paciente, en estos casos, corre el riesgo de borrar otras formas válidas de significación de la internación.

La internación, entonces, debe ser comprendida no solo como un encierro físico, sino como un dispositivo complejo que articula prácticas institucionales, discursos clínicos y experiencias subjetivas. En este marco, el rol del equipo interdisciplinario es central: su función no es únicamente evaluar el estado psicopatológico del paciente, sino también construir con él un espacio donde pueda comenzar a elaborarse un sentido respecto a lo acontecido.

El desafío consiste en que esta intervención no se limite a la contención de la urgencia, sino que constituya un punto de inflexión en el recorrido subjetivo del paciente. Como sostienen Hermosilla y Cataldo (2012), el objetivo de la Ley no es solo proteger los derechos durante la

internación, sino transformar las prácticas clínicas para que toda intervención, incluso en contextos de encierro, sea una oportunidad de restitución simbólica y no de vulneración adicional.

En este sentido, la internación puede habilitar cuando las condiciones institucionales lo permiten el inicio de un proceso terapéutico sostenido, donde el paciente comience a responsabilizarse por su padecimiento desde una lógica distinta a la del síntoma o la urgencia. Esta posibilidad está estrechamente ligada a la construcción de una alianza terapéutica incipiente, que se inicia incluso antes del alta, en los primeros lazos con los profesionales tratantes. De este modo, la internación no puede pensarse de manera escindida del proceso terapéutico ni de la adherencia al tratamiento, sino como una instancia que, lejos de clausurarlos, puede abrir la vía a su construcción.

El siguiente apartado abordará en profundidad esta articulación, analizando cómo el proceso terapéutico y la adherencia al tratamiento se entrelazan en la experiencia clínica y constituyen el entramado necesario para la eficacia del trabajo psicoterapéutico en contextos tanto ambulatorios como institucionales.

6.3 Proceso terapéutico y adherencia al tratamiento

La práctica psicoanalítica contemporánea reconoce que el proceso terapéutico y la adherencia al tratamiento constituyen dimensiones interdependientes, que deben ser comprendidas desde una perspectiva clínica, teórica y relacional. Su articulación permite comprender no solo cómo se desarrolla una experiencia de análisis, sino también bajo qué condiciones se sostiene en el tiempo, se transforma y alcanza efectos terapéuticos significativos. Este apartado se propone abordar ambos conceptos de manera integrada, poniendo de relieve su complejidad y su valor estructurante dentro del dispositivo analítico.

En el marco del psicoanálisis, el proceso terapéutico constituye una experiencia singular de transformación psíquica, sostenida en el lazo entre el paciente y el analista. Este proceso no se limita a la resolución sintomática, sino que busca la elaboración de los conflictos inconscientes que estructuran el padecimiento subjetivo. Gibeault (2002) señala que "el proceso analítico está orientado por la interpretación y la elaboración transferencial del conflicto psíquico" (pp159), lo cual implica una práctica fundada en la escucha del inconsciente a través de la palabra del paciente.

El proceso analítico se estructura en una temporalidad particular, que incluye momentos de apertura, estancamiento, repetición y transformación. En este trayecto se manifiestan la

transferencia, la contratransferencia, las resistencias, los retornos de lo reprimido y el trabajo de simbolización. Como afirmaba Freud (1912/1990), "el analista debe mantener una atención uniformemente flotante y abstenerse de dirigir el curso de las asociaciones del paciente" (p. 103), generando un espacio donde el inconsciente pueda desplegarse.

La adherencia al tratamiento, por su parte, representa una condición indispensable para el sostenimiento del proceso terapéutico. Desde la psicología de la salud, se la concibe como la implicación activa del paciente en el cumplimiento del tratamiento acordado con el profesional. Según Demarbre (1994), la adherencia terapéutica puede definirse como "el grado de coincidencia entre la conducta del paciente y la prescrita por el terapeuta" (p. 72). Sin embargo, este concepto ha sido ampliado desde perspectivas más integradoras que reconocen su carácter subjetivo, dinámico y multidimensional (Martín Alfonso & Grau Ábalo, 2004).

Estudios como los de Meichenbaum y Turk (1991) proponen que la adherencia puede ser favorecida mediante estrategias centradas en la colaboración terapéutica, la psicoeducación, la clarificación de objetivos y el refuerzo de la autoeficacia del paciente. Desde este punto de vista, no se trata solo de una "obediencia" a las indicaciones técnicas, sino de una co-construcción de sentido compartido entre paciente y terapeuta, donde el vínculo cobra un lugar determinante.

En el campo psicoanalítico, la adherencia se inscribe en una lógica distinta: está dada por la decisión subjetiva del paciente de implicarse en un proceso que confronta zonas de malestar, resistencia y angustia. La continuidad del tratamiento, la asistencia a las sesiones, el respeto del encuadre y la persistencia en la asociación libre constituyen formas de adherencia que no responden a imperativos externos, sino al deseo de saber sobre la propia verdad inconsciente. En palabras de Etchevers et al. (2010), "el sostén del dispositivo analítico por parte del paciente es ya una forma de trabajo sobre su deseo y sobre la transferencia" (p. 49).

Las dificultades en la adherencia se presentan con frecuencia en tratamientos de largo plazo, como los psicoanalíticos, donde la aparición de reacciones terapéuticas negativas, acting-outs o abandonos puede reflejar momentos críticos del proceso. Freud (1937/1989) reconoció la reacción terapéutica negativa como una expresión clínica del superyó, que se opone a la transformación subjetiva. Estas manifestaciones no deben interpretarse como simples fallas de cumplimiento, sino como momentos clínicos significativos que requieren elaboración e intervención analítica.

La adherencia, por tanto, no puede pensarse como un requisito previo al tratamiento, sino como un efecto que se construye en el vínculo transferencial. Como lo destacan Martín Alfonso, Grau Ábalo y Espinosa Brito (2014), "la adherencia es resultado de una interacción

compleja entre el paciente, el terapeuta, el tratamiento y el contexto sociocultural" (p. 229). Esta definición resalta la importancia de la alianza terapéutica como soporte fundamental de la adherencia y del proceso analítico en su conjunto.

A modo de conclusión, puede afirmarse que el proceso terapéutico y la adherencia al tratamiento no solo se implican mutuamente, sino que encuentran en su articulación un punto de apoyo crucial para la eficacia del trabajo clínico. El compromiso del paciente con su propio proceso, sostenido en el tiempo y enmarcado en el dispositivo analítico, no sería posible sin una base relacional sólida que lo contenga. Esta relación, lejos de ser meramente formal o técnica, se configura como una experiencia subjetiva profundamente movilizante, que sostiene el deseo de analizarse y la posibilidad misma de la transformación psíquica.

Así, el vínculo entre proceso y adherencia remite necesariamente a un tercer elemento estructurante de la experiencia analítica: la alianza terapéutica. Se trata de una construcción relacional que no se da por supuesta, sino que se edifica sesión a sesión, en un espacio de confianza y colaboración que habilita la emergencia del inconsciente. La alianza permite atravesar momentos de resistencia, sostener el malestar inherente al análisis y ofrecer al paciente un marco de seguridad desde el cual enfrentar lo desconocido de su propio deseo. En este sentido, la alianza terapéutica no es un añadido accesorio, sino una condición de posibilidad tanto para que el proceso analítico se despliegue como para que la adherencia se mantenga. El próximo apartado desarrollará esta noción fundamental, sus componentes clínicos, su valor estructurante y su función dentro de la praxis psicoanalítica.

6.4 Alianza Terapéutica

La práctica psicoanalítica contemporánea reconoce que el proceso terapéutico, la adherencia al tratamiento y la alianza terapéutica constituyen dimensiones interdependientes, fundamentales para comprender la dinámica del trabajo clínico. Estos conceptos, si bien pueden diferenciarse teóricamente, se entrelazan en la experiencia analítica real, constituyendo una trama relacional que sostiene, orienta y da sentido al dispositivo. Lejos de tratarse de variables aisladas, su articulación permite comprender no solo cómo se desarrolla una experiencia de análisis, sino también bajo qué condiciones se sostiene en el tiempo, se transforma y alcanza efectos subjetivos significativos.

Históricamente, el concepto de “alianza terapéutica” surge dentro del psicoanálisis freudiano, aunque en sus inicios no se utilizó con ese nombre. Freud (1912, 1917) introduce la noción de transferencia como el fenómeno central que estructura el vínculo entre el paciente y

el analista, distinguiendo entre una transferencia positiva, que facilita el tratamiento, y una negativa, que lo obstaculiza. En esta línea, define la transferencia como una reedición de vínculos infantiles —en especial los amorosos del complejo de Edipo— que se actualizan en la figura del analista, a lo que denomina “neurosis de transferencia”. Además, introduce el concepto de contratransferencia como la respuesta inconsciente del analista frente a estas proyecciones, destacando la necesidad de su control mediante el autoanálisis, aunque sin considerarla aún como una herramienta útil para el tratamiento (Freud, 1910).

A medida que el psicoanálisis se desarrolló, otros autores comenzaron a complejizar el vínculo clínico más allá de los términos clásicos de transferencia y contratransferencia. Winnicott, desde una mirada más relacional, propuso pensar el encuadre analítico como una función contenedora que recuerda al vínculo madre-bebé. Introduce así una perspectiva donde la confianza, la adaptación del dispositivo a las necesidades del paciente y la flexibilidad técnica cobran centralidad (Etchevers et al., 2004).

El concepto de alianza terapéutica, en tanto tal, fue sistematizado más adelante por autores de la Psicología del Yo. Sterba (1934) y Bibring (1937) introdujeron la idea de una escisión del yo, donde una parte colaborativa del paciente se alía con el analista para trabajar sobre los conflictos. Esta “división funcional del yo” fue una de las bases para pensar en la posibilidad de una alianza que no se confunda con la transferencia neurótica. Más adelante, Zetzel (1956) desarrolló el concepto de “alianza terapéutica” como una relación positiva y no neurótica que se superpone a la transferencia pero que cumple una función diferenciada. Según esta autora, la alianza permite que paciente y analista trabajen juntos de manera productiva, actuando como soporte para el despliegue transferencial. Por su parte, Hartmann (1978) planteó que para que exista una alianza debe haber un área libre de conflicto en el yo del paciente.

Uno de los desarrollos más influyentes fue el de Greenson (1967), quien definió la alianza de trabajo como “la relación racional y relativamente no neurótica que el paciente mantiene con su analista”, destacando su carácter operativo. En esta línea, Strupp (1958) introdujo el término “constructo panteórico”, aludiendo a la posibilidad de que la alianza terapéutica sea una noción transversal a distintas corrientes psicoterapéuticas. Esta perspectiva permitió que el concepto comenzara a salir del campo exclusivo del psicoanálisis, sin perder por ello su riqueza clínica y teórica (Etchevers et al., 2015).

En la actualidad, autores como Horvath y Bedi (2002) destacan el carácter colaborativo y dinámico de la alianza terapéutica. Enfatizan que su valor reside en la calidad del acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los objetivos y tareas del tratamiento, así como en la presencia de un vínculo afectivo positivo. Esta redefinición contemporánea desplaza el foco desde la mera

transferencia hacia una relación coconstruida, intencional y consciente, que sostiene el trabajo clínico incluso en momentos de crisis o resistencia.

Bordin (1979) formaliza una definición ampliamente aceptada por las diversas orientaciones psicoterapéuticas. Desde una perspectiva psicoanalítica ampliada, plantea que la alianza terapéutica se estructura en tres dimensiones fundamentales: el vínculo emocional positivo entre paciente y terapeuta, el acuerdo sobre los objetivos del tratamiento, y el consenso sobre las tareas necesarias para alcanzarlos. Esta tríada se transforma en una guía clínica y operativa, permitiendo observar la calidad del vínculo terapéutico más allá del contenido transferencial. A su vez, Corbella y Botella (2003) subrayan que esta conceptualización facilitó la adopción del concepto por parte de distintas escuelas, otorgándole un carácter transteórico y clínicamente útil.

El vínculo emocional implica un entramado afectivo entre paciente y terapeuta, sustentado en la confianza, la empatía y la aceptación. Elementos como el rapport, la calidez o el interés genuino del terapeuta inciden en la percepción subjetiva del paciente, y se han identificado como factores facilitadores del establecimiento de una sólida alianza (Bachelor y Horvath, 1999; Fernández Liria y Rodríguez, 2001). Por otro lado, el acuerdo sobre los objetivos implica una negociación activa y continua en la que el paciente participa en la formulación de metas terapéuticas que reflejen su padecimiento y deseo de transformación. Maero (2022) sostiene que este acuerdo debe surgir de una exploración compartida del sentido del sufrimiento y de los anhelos de cambio. Finalmente, las tareas acordadas representan el conjunto de acciones, intervenciones y condiciones necesarias para avanzar en el tratamiento. El compromiso de ambas partes en llevarlas adelante constituye una señal de cooperación y corresponsabilidad (Andrade González, 2005).

La articulación entre alianza terapéutica, proceso terapéutico y adherencia al tratamiento se vuelve especialmente relevante cuando se consideran los desafíos clínicos en tratamientos de largo plazo. En el campo psicoanalítico, la adherencia no puede pensarse en términos de cumplimiento técnico, sino como una decisión subjetiva de implicarse en un proceso que confronta zonas de malestar, angustia y resistencia. La asistencia regular a las sesiones, el respeto del encuadre y la persistencia en la asociación libre constituyen formas de adherencia que expresan un compromiso con el propio deseo de saber (Etchevers et al., 2010).

Las dificultades en la adherencia, como los acting-outs, los abandonos o las reacciones terapéuticas negativas (Freud, 1937), no deben ser entendidas como fracasos sino como manifestaciones clínicas que hablan de los puntos de conflicto estructurales. Estas situaciones se vuelven abordables en tanto exista una alianza lo suficientemente sólida como para sostener

el proceso. Como señalan Martín Alfonso, Grau Ábalo y Espinosa Brito (2014), la adherencia es resultado de una interacción compleja entre paciente, terapeuta, tratamiento y contexto. Esta definición refuerza la idea de que la alianza terapéutica no es un elemento accesorio, sino la condición de posibilidad del análisis mismo.

Finalmente, investigaciones actuales sostienen que la calidad de la alianza terapéutica guarda una estrecha relación con los resultados del tratamiento, especialmente en cuadros como la depresión. Miguel-Álvaro y Panadero (2021) señalan que una buena alianza puede predecir el éxito terapéutico, incluso más allá de la técnica específica empleada. En la misma línea, Safran y Muran (2021) han propuesto un enfoque relacional en el cual los fallos de la alianza son parte constitutiva del proceso y ofrecen oportunidades para intervenciones reparadoras que profundizan el trabajo analítico.

En conclusión, la alianza terapéutica constituye un eje estructurante del proceso analítico, inseparable de la adherencia y de la posibilidad misma de transformación psíquica. Su construcción es siempre relacional, contingente y dinámica. No se da por supuesta, sino que se construye sesión a sesión en el seno de una experiencia subjetiva que moviliza afectos, deseos y resistencias. En tanto espacio intersubjetivo, la alianza permite sostener el trabajo en momentos de dificultad, y es el terreno sobre el cual se despliega el deseo de analizarse. Lejos de reducirse a una técnica o una variable externa, la alianza terapéutica en psicoanálisis es, ante todo, un acto de encuentro.

6.5 La problemática de suicidio en adultos jóvenes

El suicidio constituye un fenómeno multidimensional de alta complejidad que atraviesa a las sociedades contemporáneas, y cuyo abordaje exige una lectura que articule factores psicológicos, sociales, culturales y clínicos. Definido como el acto deliberado de quitarse la vida, el suicidio implica mucho más que una acción terminal: es el resultado de un proceso en el que se conjugan malestares subjetivos, rupturas vinculares, desorganización psíquica y condiciones contextuales que impiden la elaboración simbólica del sufrimiento. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 2024), el suicidio representa una de las principales causas de muerte entre personas de 20 a 35 años, lo que evidencia la urgencia de profundizar en su comprensión desde múltiples perspectivas, especialmente en una etapa vital signada por transiciones y redefiniciones identitarias.

Durante la adultez joven se presentan desafíos particulares relacionados con la construcción de un proyecto de vida, el ingreso al mundo laboral, la consolidación de vínculos

afectivos y la búsqueda de autonomía. Estas exigencias, propias de la modernidad tardía, muchas veces se desarrollan en contextos marcados por la precariedad, la competitividad y la disolución de referentes simbólicos, lo que genera una fragilización del Yo. En este marco, el suicidio no puede pensarse exclusivamente como manifestación de un trastorno mental, sino como una forma extrema de expresión de un sufrimiento que no ha logrado encontrar lugar en la palabra ni en el lazo social. Pompili et al. (2013) señalan que, más allá de la presencia de psicopatologías, factores como la soledad, el estrés académico o laboral, los conflictos familiares y la frustración frente a expectativas de vida no cumplidas, constituyen elementos de riesgo relevantes en esta franja etaria.

Desde una perspectiva sociológica, Durkheim (1982) subrayó la influencia de los procesos de integración social en la prevención del suicidio. Según su análisis, la falta de vínculos significativos y la ausencia de normas sociales estables pueden conducir al individuo a un estado de anomia que favorece la emergencia del acto suicida. En la actualidad, estas ideas resultan pertinentes para pensar el modo en que la desarticulación de redes comunitarias y la individualización impactan en los jóvenes, acentuando el sentimiento de desarraigo y desamparo.

En paralelo, desde el enfoque del estrés psicosocial, Pearlin et al. (1981) proponen que la acumulación de eventos vitales adversos —como la pérdida de empleo, el fracaso académico o las rupturas afectivas— puede erosionar los recursos psicológicos del sujeto y aumentar su vulnerabilidad frente al suicidio. En el caso de los adultos jóvenes, este estrés se ve potenciado por la presión social por alcanzar metas y construir una identidad estable, muchas veces en condiciones de alta incertidumbre y fragilidad emocional.

La psicología clínica aporta modelos explicativos que enriquecen esta comprensión. Uno de ellos es la Teoría Interpersonal del Suicidio desarrollada por Joiner (2005), quien sostiene que el suicidio ocurre cuando coexisten dos dimensiones centrales: la percepción de no pertenencia y la sensación de ser una carga para los demás, sumadas a la capacidad adquirida para llevar a cabo el acto, adquirida a través de la habituación al dolor físico y emocional. Este modelo permite pensar cómo ciertos estados afectivos sostenidos en el tiempo —como la desesperanza, el vacío y la desconexión— pueden llevar al sujeto a considerar el suicidio como única salida.

Desde el psicoanálisis, la problemática adquiere una profundidad singular, al considerar que el acto suicida responde a una lógica inconsciente en la que el sujeto se posiciona frente a un goce imposible de tramitar. Freud (1917/2003), en su texto *Duelo y melancolía*, plantea que, en la melancolía, el sujeto dirige hacia sí mismo la agresión originariamente destinada al objeto

perdido, provocando una identificación patológica que puede derivar en el deseo de muerte. Vargas Castro (2010) retoma esta conceptualización y destaca que el suicidio no debe leerse solo como respuesta a una situación puntual, sino como el desenlace de una estructura psíquica en la que lo traumático no ha sido simbolizado, y donde las experiencias actuales pueden reactivar núcleos conflictivos previos.

Recalcati (2008), en la misma línea, entiende la melancolía como la imposibilidad de elaborar una pérdida que queda fijada en lo real del sujeto. La caída del deseo, el vacío subjetivo y la imposibilidad de historizar lo vivido conforman un estado en el que el suicidio aparece como una solución trágica frente a la imposibilidad de significación. Esta lógica se articula con los aportes de Casullo y Scheinsohn (2006), quienes identifican en el acto suicida la presencia de sentimientos como la culpa, el odio y la depresión, frecuentemente dirigidos contra el propio Yo, y que surgen ante la vivencia de pérdida de objetos investidos libidinalmente.

Desde una lectura lacaniana, Arango Bermúdez y Martínez Torres (2013) sostienen que el suicidio puede ser interpretado como una tentativa de inscripción en el campo del Otro, cuando el sujeto se encuentra atrapado en un goce sin mediación simbólica. La falta de significantes que ordenen su experiencia lo empuja a un acto que, paradójicamente, puede leerse como el último intento de decir algo frente a un Otro que no escucha.

En este sentido, Castillo (1995) resalta el carácter paradójico del suicidio como acto: una acción que parece culminante, pero que expresa un deseo de transformación del estado psíquico, un grito silencioso frente a la imposibilidad de articular la angustia. En la clínica, este planteo implica evitar reducir el suicidio a una patología del Yo o a un déficit, y abrir una vía de escucha que permita alojar el malestar y reinscribirlo en el campo del deseo.

Barembaum (2017) advierte que escuchar analíticamente a pacientes con ideación suicida implica sostener una posición ética que no clausure el sentido de su sufrimiento con respuestas técnicas prematuras. Su propuesta apunta a habilitar un espacio de enunciación donde el sujeto pueda, en transferencia, construir una salida que no sea el acto, sino la palabra. En esta línea, lo que se juega no es simplemente la prevención del suicidio como evento, sino la posibilidad de restituir al sujeto su condición de hablante deseante.

Por su parte, Barrionuevo y Cibeira (2023), al referirse a las llamadas “patologías del acto” en la adolescencia y juventud, señalan que el suicidio puede funcionar como una inscripción traumática del sufrimiento cuando no existe otro modo de expresarlo. En lugar de una simbolización vía la palabra, el acto toma el lugar de la escritura del dolor. De allí la necesidad de una lectura que considere tanto las coordenadas pulsionales del sujeto como su relación con el Otro social y familiar.

Finalmente, no puede obviarse el rol que desempeñan las redes sociales en la configuración de nuevas formas de malestar psíquico. Gunnell et al. (2020) destacan que estas plataformas, si bien pueden ofrecer apoyo emocional, también pueden generar dinámicas de comparación, exposición excesiva y retroalimentación de la angustia, especialmente en sujetos con estructuras psíquicas frágiles. En los jóvenes adultos, la hiperconectividad puede traducirse en un aislamiento paradójico: estar permanentemente “en línea” pero sin un Otro que escuche de verdad.

En suma, el suicidio en la adultez joven debe abordarse como una problemática compleja, donde confluyen elementos estructurales, históricos y clínicos. Su análisis no puede ser unívoco ni técnico, sino que requiere de una posición que escuche el malestar desde una lógica singular, permitiendo que lo indecible encuentre algún modo de ser alojado simbólicamente. Solo desde allí se abre la posibilidad de pensar una praxis que no se limite a evitar el acto, sino que apueste a restaurar el deseo.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

Para la elaboración de este trabajo, se utilizó la metodología de sistematización de experiencias, desarrollada por Holliday (2011). Lo que se sistematiza son las experiencias vivenciadas en el contexto de prácticas profesionales. El sociólogo describe que la sistematización de experiencias nace como una investigación cualitativa con carácter reflexivo, con el propósito de aportar una mejora en las prácticas educativas. Tomando esta línea, podríamos entenderla como un proceso en el cual la práctica es punto de partida y el de llegada es la reflexión.

Desde este marco teórico, Holliday (2011) describe que cuando hablamos de sistematizar, hablamos entonces de un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos. Este proceso de recolección de datos e información acerca de la experiencia no solo recae en la tarea de registrar que es lo que pasa durante la misma, si no enfocarnos en extraer los aprendizajes críticos de aquello vivido.

De esta manera, podemos decir que la sistematización de experiencias no sólo produce conocimiento sino también aprendizajes significativos, encontramos una triple funcionalidad, en donde se posibilita la apropiación de los sentidos de la experiencia, la comprensión teórica de la misma, y la orientación hacia el futuro con una perspectiva transformadora (Holliday; 2011).

7.1 Caracterización de los sujetos

Los participantes de la recolección de datos obtenida a partir de este trabajo son, principalmente, los psicólogos y los pacientes que ingresan a la institución con ideación autolítica o antecedentes de intentos de suicidio. Posteriormente, se contempla a los pacientes mencionados, quienes corresponden al grupo etario de adultos jóvenes, comprendido entre los 20 y 35 años.

Para la recolección de datos, se llevan a cabo entrevistas individuales a los profesionales, mediante las cuales se indaga sobre la implicancia que tiene la co-construcción de la alianza terapéutica en el abordaje de pacientes con conductas suicidas. A su vez, se explora la evolución del proceso terapéutico de los pacientes con quienes se interviene durante el desarrollo de la

investigación. Asimismo, se incorpora material elaborado a partir de los registros personales producidos en el transcurso de las prácticas institucionales.

Es a partir del intercambio con los profesionales que se posibilita la sistematización de los datos obtenidos, a fin de alcanzar los objetivos previamente establecidos. Mediante el registro de la observación participante y el diálogo clínico con los psicólogos, se recolecta la información necesaria para su posterior análisis, lo que permite arribar a una profundización teórico-práctica de las experiencias realizadas en el campo.

7.2 Instrumentos de recolección de datos

Las técnicas e instrumentos utilizados para la realización de la sistematización de experiencias son, primordialmente, la observación participante y la no participante, en conjunto con la escritura del diario de campo y entrevistas dirigidas a los profesionales de salud mental que conforman la institución.

En cuanto a la observación, es necesario distinguir sus dos variantes: la participante y la no participante. En un primer momento y en determinadas ocasiones, se instrumentaliza la observación no participante, con el fin de obtener datos auténticos e imparciales. Citando a Herrera (2008), “la observación nos permite obtener información sobre un fenómeno o acontecimiento tal y como este se produce” (pp. 13-14). Las situaciones en las que se adopta la técnica de observación no participante son, principalmente, las entrevistas individuales realizadas por los psicólogos a sus pacientes designados durante el tiempo de internación. Sin embargo, cabe señalar que, con el transcurso del tiempo, en algunas entrevistas la observación se transforma en participante, dado que tanto quien observa como quien es observado van formalizando un lazo profesional en el cual comienzan a conocerse con mayor profundidad.

Por otro lado, también se emplea la técnica de observación participante, entendida según la conceptualización de Anguera Argilaga (1986) como “un proceso caracterizado, por parte del investigador como una forma consciente y sistemática de compartir, en todo lo que le permitan las circunstancias, las actividades de la vida, y en ocasiones, los intereses y afectos de un grupo de personas” (p. 77). Gracias a esta metodología, la recolección de datos se vuelve más amena y menos invasiva para los observados. Como se ha señalado, durante esta instancia ya se establece previamente un vínculo más cercano con el paciente, lo que permite brindar un clima de mayor confianza y seguridad.

Otro de los instrumentos empleados para la recolección de datos es el diario de campo. Esta herramienta permite enriquecer la relación teórico-práctica que se experimenta durante las

prácticas profesionales. La misma es descripta por el investigador Martínez (2007), en conjunto con los aportes de Bonilla y Rodríguez (1997), quienes explicitan que el diario de campo permite al investigador un monitoreo permanente del proceso de observación, resultando especialmente útil. En él se toman notas de aspectos que se consideran relevantes para organizar, analizar e interpretar la información que se está recogiendo.

Como último instrumento, se lleva a cabo el uso de entrevistas individuales dirigidas a los profesionales de la institución, en relación con el eje de sistematización planteado, y principalmente sobre los pacientes internados con quienes se trabaja durante esta investigación. La entrevista se entiende desde la perspectiva de Herrera (2008), quien la describe como una “técnica en la que un entrevistador solicita información a otra persona o grupo, para obtener datos sobre un problema determinado”. De este modo, la misma implica la posibilidad de interacción verbal entre dos o más personas. Dentro de la investigación cualitativa existen diferentes tipos de entrevistas: estructurada, no estructurada, semiestructurada, en profundidad, entre otras. En este caso, se aplica una entrevista semiestructurada, considerada según Tonon (2013) como una herramienta que se adapta a las distintas personalidades de los participantes. Este método no se limita a recopilar datos sobre una persona, sino que busca fomentar la expresión del sujeto para comprenderlo desde su perspectiva interna (Corbetta, 2003, pp. 72-73). Este tipo de entrevista permite la recolección y el análisis de conocimientos sociales que se han materializado en discursos, los cuales se construyen a partir de la práctica directa de los protagonistas (Tonon, 2013). Teniendo en cuenta las características implicadas en este método, resulta enriquecedor para este trabajo poder utilizar esta técnica, ya que posibilita una comunicación abierta, sin ser tan rígida como un cuestionario, en la que el profesional pueda explayarse libremente en relación con cómo percibe la alianza terapéutica y las aristas que surgen a partir de las preguntas planteadas durante la entrevista.

7.3 Aspectos éticos implicados

A lo largo del trayecto como practicante inserta en el contexto clínico y para el desarrollo del presente trabajo, se consideran una serie de responsabilidades éticas y deontológicas correspondientes al ejercicio profesional de la psicología en Argentina. En particular, se aplican las normas establecidas en el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016), así como los principios generales dispuestos por el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A).

Entre dichas responsabilidades, se asume el resguardo cuidadoso de todos los datos y conocimientos obtenidos en el ejercicio de la práctica profesional, protegiendo la seguridad y la dignidad de los pacientes, sus familias y comunidades, y manteniendo la confidencialidad de los intereses de las personas a quienes se les brindan servicios. La información involucrada, provista en este caso por pacientes internados en la clínica y por profesionales de salud de la misma institución, se protege y ampara en todo momento. Por este motivo, se decide preservar la identidad de los participantes y modificar todos aquellos datos que pudieran permitir su identificación.

Finalmente, es pertinente destacar que el presente documento corresponde a un Trabajo Integrador Final de grado, elaborado por una estudiante y practicante de la carrera de Psicología. Todas las intervenciones realizadas en el marco institucional son supervisadas y orientadas por profesionales de la salud mental debidamente capacitados.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 Recuperación del proceso vivido

El proceso de introducción a mis prácticas profesionales comenzó meses antes de ingresar formalmente a la institución. En la primera clase de la cátedra de Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS), me encontraba aún como alumna condicional, ya que debía aprobar tres materias para poder realizar las prácticas. Esto me generó una gran ansiedad, sobre todo cuando me informaron que las mesas especiales se habían adelantado inesperadamente a fines de marzo. Con tan solo una semana y media para prepararme, el panorama era angustiante. Sin embargo, me enfoqué plenamente y logré aprobar los tres finales en una misma semana. A partir de allí, pude incorporarme oficialmente a la cursada de PPS.

Durante las primeras clases, se nos presentaron las distintas áreas en las que podíamos realizar las prácticas: Psicología Educativa, Clínica, Jurídica, Sanitaria, Laboral-Organizacional y Social-Comunitaria. Tras investigar cada opción, definí mis tres elecciones, siendo mi mayor interés el ámbito clínico, específicamente la Clínica Saint Michel. La semana siguiente se realizaron entrevistas grupales con los referentes de cada área. Fue un proceso competitivo y emocionalmente demandante, en el que muchos estudiantes exponían sus motivaciones con intensidad. Contra mis expectativas, fui seleccionada para realizar mis prácticas en la Clínica Saint Michel. La noticia me llenó de emoción y marcó el inicio de una experiencia transformadora.

El inicio formal de mis prácticas profesionales en la Clínica Saint Michel fue el viernes 10 de mayo. Ese día me recibió mi referente institucional, supervisora del Área de Psicología. Me presentó al equipo administrativo y luego me condujo a la sala de profesionales, donde conocí al grupo interdisciplinario compuesto por psicólogos, psiquiatras, trabajadoras sociales y una médica clínica. Posteriormente, ingresamos al Sector Blanco II, donde se desarrollaría una terapia grupal. Antes de entrar, mi referente remarcó la importancia del secreto profesional, dada la posibilidad de encontrarme con personas conocidas.

La terapia grupal se realizó en el comedor del área, con salida a un amplio patio. Allí, unos veinte pacientes participaron compartiendo sus vivencias sobre el proceso de internación, emociones asociadas y motivos de ingreso. Fue un primer contacto impactante con la clínica, ya que pude escuchar de primera mano relatos vinculados a intentos de suicidio, adicciones, trastornos del ánimo, ansiedad, bipolaridad y esquizofrenia. Esa experiencia marcó un antes y

un después en mi formación, al confrontarme con la realidad clínica que hasta entonces solo conocía desde lo teórico.

Ese mismo día acompañé a un psicólogo en una entrevista individual con una adolescente víctima de abuso, y luego a una psiquiatra en una admisión por guardia. También leí historias clínicas de nuevos ingresos. Al finalizar la jornada, coordiné junto a mi referente los días de asistencia: lunes, miércoles y viernes, durante cuatro horas.

Durante las primeras semanas, mi rol fue principalmente de observación y lectura de historias clínicas, seguimiento del pizarrón de ingresos y acompañamiento en entrevistas individuales, familiares y de prealta. Cada día era una fuente de aprendizaje, no solo con relación a las psicopatologías, sino también al funcionamiento institucional y al rol del psicólogo en un equipo interdisciplinario.

Con el tiempo, comencé a sentir el impacto emocional de las situaciones que presenciaba, saliendo muchas veces angustiada. Afortunadamente, el espacio de supervisión de la cátedra PPS fue clave para procesar lo vivido, compartir experiencias y adquirir herramientas de contención.

A medida que avanzaban las prácticas, una psicóloga del equipo me propuso hacer el seguimiento de algunos de sus pacientes, lo que me permitió observar la evolución clínica y participar, gradualmente, con pequeñas intervenciones. Esta experiencia fue crucial para comenzar a construir mi rol profesional.

Posteriormente, mi referente me invitó a colaborar en el Sector Verde, junto a una estudiante de acompañamiento terapéutico. Allí trabajamos con pacientes crónicos, en su mayoría adultos mayores con cobertura de PAMI. A pesar de las dificultades cognitivas y de interacción del grupo, logramos implementar actividades lúdicas y creativas como juegos con globos, bingo y elaboración de collages. Estas dinámicas promovieron la participación, el trabajo en equipo y un incipiente sentido de pertenencia en el área.

En la segunda mitad del año, sentí la necesidad de explorar otros espacios de la clínica. Con autorización de mi referente, me integré al equipo del Hospital de Día. En esta etapa inicial, mi función principal fue de observación: acompañar el desayuno compartido, las clases de educación física y los talleres de laborterapia, destinados principalmente a pacientes psicóticos en tratamiento ambulatorio.

Durante los talleres, colaboro con la acompañante terapéutica en actividades grupales y participé en el dispositivo de huerta de la institución, donde pacientes del Hospital de Día y la Casa de Medio Camino cultivan, decoran macetas y luego las venden. Esta actividad no solo promueve la autonomía y autoestima, sino también el compromiso y la cooperación entre pares.

Finalmente, accedí a una rotación en la Casa de Medio Camino, el último dispositivo de la clínica. Allí residen pacientes que han pasado por una internación y continúan su tratamiento en un entorno más autónomo. Viven en un espacio con cocina, baño y habitaciones compartidas, y pueden salir libremente de la institución. Sus tareas incluyen colaborar con pedidos del kiosco del internado, preparar y vender alimentos, entre otras. Las actividades son autogestionadas por los pacientes, y mi participación ha sido flexible, adaptándome a las propuestas grupales, como escuchar música, bailar o jugar al bingo.

A lo largo de mis prácticas profesionales en la Clínica Saint Michel, pude vivenciar de forma directa el ejercicio de la Psicología Clínica en diversos contextos institucionales. El contacto con pacientes en situación de internación, los espacios terapéuticos grupales e individuales, y la posibilidad de participar en distintos dispositivos como el Hospital de Día, el Área Verde y la Casa de Medio Camino, fueron fundamentales para comenzar a construir mi rol como futura psicóloga. Este recorrido no solo me permitió integrar los conocimientos teóricos adquiridos a lo largo de la carrera, sino también enfrentar los desafíos emocionales propios del trabajo clínico. Acompañada por profesionales y espacios de supervisión adecuados, esta experiencia fue profundamente formativa, reafirmando mi vocación y brindándome herramientas clave para el ejercicio ético y responsable de la profesión.

8.2 Articulación teórico-práctica

En el siguiente análisis, se presenta la articulación teórico-práctica de los casos clínicos observados en la Clínica Privada Saint Michel. Se propone abordar a la alianza terapéutica como eje del dispositivo de internación en el abordaje psicológico de adultos jóvenes con ideación suicida. Para ello se tuvieron en cuenta las entrevistas de seguimiento y evolución por parte de los profesionales de la institución dirigida a pacientes internados y sus respectivos familiares, así como los registros del cuaderno de campo y lo expuesto en el marco teórico.

Esta articulación se estructura tomando tres dimensiones de análisis que se desprenden de los objetivos propuestos para este trabajo, los cuales son:

1. El Establecimiento de la Alianza Terapéutica
2. Caracterización de la Alianza Terapéutica
3. Rol del Psicólogo en el Abordaje de la Ideación Suicida

La primera dimensión considera los inicios del *establecimiento de la alianza terapéutica* entre el psicólogo y el paciente internado. Este momento crucial se caracteriza por la creación de un espacio de contención y confianza, donde la escucha activa, la empatía genuina y la

validación de las experiencias del paciente son elementos esenciales. La capacidad del terapeuta para comunicar una actitud de no juicio y para comprender la subjetividad del internado, a menudo en un contexto de vulnerabilidad extrema y crisis, sienta las bases para el vínculo terapéutico. La claridad en la explicitación de los objetivos del tratamiento y del rol del psicólogo, adaptándose a las capacidades de comprensión del paciente en ese momento, contribuye a la construcción de un marco de colaboración.

La segunda dimensión es *la caracterización de la alianza terapéutica* que en este contexto particular implica analizar los componentes intrínsecos que sostienen y enriquecen el proceso. Más allá del vínculo inicial, la alianza se nutre de la confluencia de objetivos compartidos, la percepción de tareas terapéuticas relevantes y la calidad del lazo afectivo positivo. En pacientes internados, la alianza se ve influenciada por la dinámica institucional, la duración de la internación y la presencia de otros profesionales de la salud. Los componentes de la alianza, como el acuerdo sobre las metas terapéuticas y la percepción de que el psicólogo es un aliado en la recuperación, se reafirman a través de la consistencia en el abordaje, la capacidad de manejar las resistencias y la adaptación de las estrategias a las fluctuaciones del estado emocional del paciente.

Por último, la tercera dimensión analiza *el rol del psicólogo* en el abordaje del dispositivo de internación con pacientes con ideación suicida, este rol es multidimensional y de vital importancia. El psicólogo no solo facilita la expresión y comprensión de la ideación suicida, sino que también interviene activamente en la modulación del riesgo y en la promoción de estrategias de afrontamiento saludables. Esto implica la implementación de evaluaciones de riesgo continuas, el desarrollo de planes de seguridad individualizados y la coordinación con el equipo interdisciplinario para garantizar un ambiente seguro y terapéutico. Asimismo, el psicólogo acompaña al paciente en la resignificación de su experiencia, la identificación de recursos internos y externos, y la elaboración de un proyecto de vida que promueva la esperanza y el bienestar. La especificidad del contexto de internación demanda una intervención que integre la comprensión psicodinámica con estrategias de manejo de crisis y psicoeducación, siempre en pos de fortalecer la autonomía y la capacidad de resiliencia del paciente.

Las dimensiones previamente desarrolladas se analizan a partir de la información obtenida en dos casos clínicos correspondientes a pacientes ingresados en la institución con motivo de intentos de suicidio. A partir de estos relatos clínicos, se busca examinar cómo se manifiestan en la práctica las nociones teóricas abordadas a lo largo del trabajo, especialmente en lo que respecta a la co-construcción de la alianza terapéutica, el proceso clínico y los factores que inciden en la adherencia al tratamiento. Este análisis permite articular la experiencia

institucional con los marcos conceptuales propuestos, favoreciendo una comprensión situada y reflexiva de las intervenciones realizadas. En este sentido, cabe señalar que el proceso de internación en la clínica consta de tres visitas semanales por parte del equipo tratante, conformado por un psicólogo y un psiquiatra, complementadas con actividades grupales, acompañamiento terapéutico, acceso a gimnasio y uso de biblioteca, según la voluntad del paciente. Es importante destacar que, además de la intervención psicológica, el abordaje integral incluye la intervención psicofarmacológica. Adicionalmente, si el paciente se adapta positivamente a sus pares y responde favorablemente al tratamiento durante las primeras semanas, se habilita el acceso a llamadas telefónicas con familiares o personas significativas, lo cual busca favorecer una estadía más propicia para su recuperación. Posteriormente, se permiten visitas presenciales a la institución una vez por semana. Por último, en la etapa final de la internación, y en función de la evolución clínica del paciente, se implementan salidas terapéuticas supervisadas con familiares o tutores responsables por un lapso determinado, con el propósito de favorecer una transición gradual y menos abrupta hacia el entorno externo, facilitando así una externación progresiva.

Con el objetivo de profundizar en el análisis de las dimensiones teóricas abordadas y su aplicación en la práctica clínica, se procede a la presentación de los casos clínicos seleccionados para este trabajo. La exposición de cada caso ha sido realizada bajo estrictos criterios de anonimato y confidencialidad, evitando la inclusión de datos personales, topónimos o cualquier otra información que pudiera comprometer la identificación de los pacientes y que pudiese corresponder con la realidad. La presentación de cada caso clínico se introduce con la historia clínica del paciente y sus antecedentes relevantes, una descripción del entorno en el que se desenvuelve, el modo en que se produce su ingreso al contexto de internación, y, finalmente, un análisis de su proceso terapéutico dentro del mismo, prestando especial atención a cómo se establece y evoluciona la alianza terapéutica en cada vínculo paciente-psicólogo.

8.2.1 Presentación de Caso Clínico A

La paciente A tiene 21 años, oriunda de una provincia del sur argentino. Su familia se compone con su mamá de 47 años y su padre, quien reside en otra provincia al norte de argentina. La madre de la paciente A, antes de su nacimiento, había formado una familia con otro hombre, quien resultó ser el hermano mayor del padre de A, y con quien tuvo tres hijas de 29, 26 y 25 años respectivamente. La paciente mantenía escasa relación con sus hermanas, salvo

con la menor, que residía en la misma provincia sureña, mientras que las otras dos vivían en el extranjero.

Durante su infancia, A recuerda que a los siete años recibió la devastadora noticia del fallecimiento de su padre a causa de un accidente. Esta etapa fue catalogada por ella misma como traumática, dado que su padre desapareció repentinamente y no tuvo oportunidad de despedirse. En ese momento, vivía en la casa de su abuelo materno junto a su madre, quien, según relata, se mostraba ausente emocionalmente debido a sus largas jornadas laborales como tatuadora para sostener económicamente a su hija. Posteriormente, la paciente refiere que su abuelo materno comenzó a abusar sexualmente de ella. Ante el intento inicial de comunicar esta situación a su madre, esta no le creyó, lo que generó un quiebre conflictivo en la relación materna.

A los nueve años, la paciente y su madre se mudaron solas, sin embargo, los conflictos familiares se intensificaron. A describe que su madre mantenía múltiples relaciones con diferentes hombres, a quienes llevaba a la casa, y en más de una ocasión presenció y escuchó episodios de relaciones sexuales en su entorno doméstico durante su infancia. Paralelamente, A manifestó una gran pasión y habilidad por la danza clásica. A los doce años construyó un vínculo estrechamente afectuoso con su profesora de baile, a quien consideraba una figura materna, describiéndola como “muy dulce y comprensiva”. Esta relación, que la paciente calificó como “ideal y mágica”, incluyó la invitación a vivir juntas, brindándole a A un espacio donde se sentía cuidada y valorada. No obstante, debido a un accidente en el empeine y a la elevada exigencia física de la disciplina, A debió interrumpir la danza, lo que le produjo una profunda frustración.

Al aproximarse a sus quince años, la paciente relata que el día anterior a su cumpleaños apareció repentinamente su padre, a quien creía fallecido. Durante una breve conversación, él expresó su deseo de retomar contacto y participar en la celebración de sus quince años. A, aunque confundida, se mostró ansiosa y emocionada por este acontecimiento. Sin embargo, tras esperar un mensaje para coordinar un próximo encuentro y plantear preguntas importantes como la razón de su fingida muerte y desaparición, el padre desapareció nuevamente sin dejar rastros. Esta situación produjo una fuerte desorganización emocional durante un período crítico de su desarrollo adolescente.

La adolescencia temprana de A se caracterizó por un marcado aislamiento, tristeza profunda y la aparición de pensamientos relacionados con la inexistencia. Al culminar la educación secundaria en su provincia, decidió estudiar Odontología, para lo cual se mudó a Córdoba a los 19 años, enfrentando con temor y ansiedad el desprendimiento de sus raíces y la

soledad. Inicialmente, vivió en una residencia compartida con otras dos estudiantes universitarias. Las relaciones con sus compañeras resultaron complicadas, en especial con una que presentaba comportamientos extraños, delirios y acusaciones sin fundamento, lo que hizo la convivencia tortuosa para A.

Durante este período, la paciente tuvo su primer intento de suicidio a los 19 años, seguido de otro a los 20, tras lo cual recibió tratamiento ambulatorio. Finalmente, a los 21 años ingresó a una clínica psiquiátrica tras un episodio de sobreingesta medicamentosa vinculada a un cuadro de angustia e ideación suicida.

Desde septiembre de ese año comenzó a experimentar ataques de pánico y miedo disruptivo ante evaluaciones académicas, manifestando “me sentí mal todo el tiempo, no podía hacer las cosas que tenía que hacer”, y aparecieron ideaciones suicidas persistentes. El 26 de septiembre ingresó a la Clínica Privada Saint Michel. En la evaluación inicial, el equipo tratante identificó escasos recursos emocionales, elevada angustia, indiferencia afectiva, conductas impulsivas y alteraciones en la sensopercepción. Se encontraba en su primera internación psiquiátrica, con tratamiento psicofarmacológico previo, y expresó episodios depresivos vinculados a experiencias infantiles y a la incertidumbre sobre su proyecto de vida, cursando el segundo año de Odontología sin saber cómo reincorporarse al ritmo académico.

Durante la primera semana de internación, la paciente A se mostró visiblemente angustiada, con un estado de ánimo marcadamente deprimido, escasa reactividad afectiva, tendencia al aislamiento y actitud negativa hacia la hospitalización. En varias ocasiones expresó ideas activas de muerte, manifestando verbalmente su sufrimiento mediante frases como: “Me siento mal acá y afuera, aunque prefiero irme a la residencia donde estaba, siento que no soy para este mundo, me quiero morir”. Su presentación clínica evidenciaba una intensa disforia, con una disposición generalizada al retraimiento y una fuerte resistencia al encuadre institucional.

En las entrevistas subsiguientes, A mantenía una actitud confrontativa y un patrón emocional lábil. Lloraba con frecuencia durante los espacios terapéuticos, lo cual dificultaba el trabajo clínico, ya que gran parte de las sesiones transcurría sin un foco definido, más allá del malestar expresado por su situación de internación. A pesar de los intentos del equipo por establecer un vínculo de confianza, se observaba una constante negativa a las intervenciones, ideación suicida persistente, apatía y una profunda desmotivación. Según la historia clínica redactada por los profesionales intervinientes, se describían episodios depresivos vinculados a vivencias infantiles y a conflictos relacionados con la imposibilidad de proyectar un futuro vital, sumado a alteraciones en la senso-percepción. El cuadro psicopatológico no mostraba avances

significativos, manteniéndose estacionario durante este primer tramo del tratamiento, y acompañado de una demanda constante de contención. Como expresó su psicólogo en un momento del proceso, existía una tendencia marcada a hacer un uso regresivo del dispositivo institucional, apelando al beneficio secundario del síntoma como modo de evitar el compromiso subjetivo con la tarea terapéutica.

Hacia mediados del proceso psicoterapéutico durante la internación, y ante ciertos signos de estabilización sintomática –principalmente, la disminución en la intensidad de la ideación suicida y una mayor apertura al diálogo–, se autorizaron las primeras llamadas telefónicas y visitas familiares. Esta apertura del encuadre respondió a una evaluación clínica favorable, en la que se consideró que la paciente comenzaba a transitar un proceso de mayor contacto con la realidad y cierta reorganización de su estado psíquico. No obstante, al ofrecérsele la posibilidad de realizar salidas terapéuticas junto a su madre, A se expresó negativa. Justificó su decisión alegando que, si salía del dispositivo, no regresaría voluntariamente, y por ende prefería esperar el alta definitiva. Este posicionamiento evidenció una ambivalencia significativa respecto del vínculo con su entorno familiar, así como una representación escindida de la contención institucional, vivida al mismo tiempo como sostén y encierro.

Hacia las últimas dos semanas de internación, se inició un trabajo más dirigido a la planificación del proceso de externación y a la construcción de un proyecto de vida que pudiera ofrecerle una perspectiva más sostenida en el tiempo. En este sentido, A manifestó interés en dedicarse a la cerámica como actividad futura, lo cual fue leído clínicamente como un indicio de apertura simbólica hacia el porvenir y un leve aflojamiento del encapsulamiento melancólico. En la entrevista final, no refirió ideación suicida ni pensamientos de inexistencia, y logró establecer cierto contacto con su deseo en términos de continuidad vital. Al ser informada sobre su alta, reaccionó con una sonrisa y verbalizó ganas de vivir, aunque también expresó con claridad su temor a recaer, manifestando: “Tengo terror de volver a recaer”. Esta frase condensa la ambivalencia afectiva que atravesó todo el proceso: una oscilación constante entre el anhelo de recuperación y el miedo al retorno del dolor psíquico, lo cual da cuenta de una subjetividad aún frágil, sin recursos internos suficientemente elaborados para afrontar nuevas crisis sin el andamiaje del dispositivo hospitalario.

Articulación teórica del Caso Clínico A

La compleja historia de vida de la paciente A, marcada por experiencias traumáticas tempranas como la desaparición abrupta de su padre a los siete años, el abuso sexual por parte de su abuelo materno y la incredulidad de su madre generó una profunda desconfianza y un patrón de vinculación ambivalente y defensivo. Esta historia de quiebres relacionales y falta de contención primaria impactó directamente en su capacidad para establecer un vínculo emocional positivo con el terapeuta desde el comienzo de la internación, un pilar fundamental de la alianza terapéutica (Gallo & Ramírez, 2012; Horvath & Bedi, 2002). Su ingreso a la clínica, en un contexto de desorganización emocional y marcada desconfianza hacia el personal, no solo reflejó su estado de crisis sino también una dificultad preexistente para confiar en figuras de autoridad y cuidado. Durante las dos primeras semanas de internación, sus "silencios prolongados y respuestas monosilábicas" en las sesiones individuales fueron un claro indicio de la ausencia de una colaboración activa por parte de A. Esto se alinea con la conceptualización de resistencias profundas o una transferencia negativa (Freud, 1917; Kernberg, 2006), donde las experiencias traumáticas del pasado se reactivan en el vínculo terapéutico, impidiendo la "disociación terapéutica del yo" (Etchegoyen, 1986) y la capacidad del sujeto para observarse y cooperar con el análisis. La percepción del psicólogo como un "sujeto supuesto saber" (Lacan, 1992) no se consolidó, ya que su historia de desencuentros y abandonos le impedía investir al terapeuta con una figura de autoridad que pudiera ofrecer un espacio de significación.

A pesar de la "escucha activa y contención" ofrecida por el psicólogo, la mejora de A, manifestada en una "leve mejoría en su afecto" y una "mayor apertura a la participación en talleres", parece haber sido más una adaptación superficial y conductual a la estructura contenedora de la internación (Hermosilla & Cataldo, 2012) y a la estabilización psicofarmacológica, que un reflejo de una alianza terapéutica sólida. La habilitación de llamadas con su hermana, quien le brindaba un "apoyo más empático", y su posterior negativa a realizar salidas terapéuticas con su madre ("si salía del dispositivo, no regresaría voluntariamente"), sugieren que los vínculos externos (especialmente aquellos percibidos como más seguros o incondicionales) funcionaron como un "puente" de confianza prioritario, dejando en un segundo plano la relación con el terapeuta institucional. Esto evidenció que los pasos iniciales de la alianza, centrados en el rapport y la construcción de un lazo de confianza (Bachelor y Horvath, 1999; Fernández Liria y Rodríguez, 2001), quedaron incompletos, lo que impactó directamente en la adherencia subjetiva al tratamiento. La adherencia, en el campo psicoanalítico, se entiende como la decisión del paciente de implicarse en un proceso que confronta malestar y resistencias (Etchevers et al., 2013), y en A, esta implicación profunda no se manifestó. En cuanto a los componentes de la alianza según Bordin (1979), el acuerdo sobre

los objetivos fue limitado. Si bien el objetivo implícito de la externación se logró, no hay evidencia de un acuerdo profundo sobre metas que trascendieran la remisión sintomática. El padecimiento de A, con su historia de trauma, "tristeza profunda", "pensamientos relacionados con la inexistencia" y la dificultad para "proyectar un futuro vital", requería una resignificación del sentido de su sufrimiento y la construcción de un nuevo proyecto de vida (Maero, 2022). La reaparición y posterior desaparición de su padre a los 15 años, junto con la conflictiva relación materna, dejaron profundas marcas en su capacidad para establecer vínculos estables y confiar en la posibilidad de un futuro. La ambivalencia de A respecto a las salidas con su madre y su justificación de "no regresaría voluntariamente", sugirió una representación escindida de la contención institucional (Mantilla, 2010), lo que a su vez se relacionó con la dificultad para establecer objetivos terapéuticos compartidos y verdaderamente internalizados. La adherencia de A a las tareas, como la participación en actividades y sesiones, se asemejó más a una "compliance" institucional (Demarbre, 1994) que a una "co-construcción de sentido compartido" (Meichenbaum y Turk, 1991). Los "silencios prolongados" y las "respuestas monosilábicas", junto con una "constante negativa a las intervenciones" y una "profunda desmotivación", persistieron como indicadores de una falta de compromiso con las tareas analíticas (asociación libre, elaboración de la transferencia). Esta "tendencia marcada a hacer un uso regresivo del dispositivo institucional, apelando al beneficio secundario del síntoma como modo de evitar el compromiso subjetivo con la tarea terapéutica", tal como lo expresó su psicólogo, es una manifestación clara de una "reacción terapéutica negativa" (Freud, 1937/1989) que impedía un cambio estructural.

Finalmente, el rol del psicólogo en el abordaje de la ideación suicida del paciente A, aunque crucial para la contención inicial y la modulación del riesgo inminente, se vio profundamente limitado en su capacidad de promover una transformación subjetiva profunda debido a la fragilidad de la alianza terapéutica y la consecuente falta de adherencia (Safran & Muran, 2021). Ante el intento autolítico y la persistente ideación suicida, la intervención se centró prioritariamente en la evaluación y contención del riesgo, en coordinación con el psiquiatra para la estabilización farmacológica, una práctica fundamental en consonancia con la Ley de Salud Mental (Ley 26.657, 2010; Baca-García et al., 2019). El equipo interdisciplinario proporcionó un ambiente seguro y estructurado, un requisito esencial del contexto de internación (Mantilla, 2010; Rossi, 2015). Sin embargo, la historia de trauma complejo de A (fallecimiento ficticio/abandono paterno, abuso sexual, incredulidad materna, quiebres vinculares) se manifestaba en una resistencia profunda a la expresión y simbolización del sufrimiento. La "escasa reactividad afectiva", la "tendencia al aislamiento" y la "actitud

negativa hacia la hospitalización", sumadas a los "silencios prolongados" y la "constante negativa a las intervenciones" en las sesiones, obstaculizaron la capacidad del psicólogo para facilitar una expresión profunda y una simbolización del sufrimiento que se requiere en el psicoanálisis (Lacan, 1992; Gibeault, 2002). La dificultad para explorar las dinámicas inconscientes que estructuraban su padecimiento, incluyendo los conflictos derivados de la ambivalente y dolorosa relación con la figura paterna y la ausencia emocional materna, se hizo evidente. La falta de una implicación subjetiva en el proceso (Etchevers et al., 2013) impidió que estas temáticas nucleares fueran elaboradas en el espacio terapéutico. La promoción de estrategias de afrontamiento se apoyó mayoritariamente en los recursos externos proporcionados por la institución (actividades grupales, llamadas y visitas con la hermana, salidas terapéuticas) que en el desarrollo de recursos internos sólidos mediante un trabajo analítico profundo con el psicólogo. Aunque se buscó reestablecer lazos sociales y fortalecer su red de apoyo, el éxito en estas áreas no se tradujo en una profundización de la elaboración psíquica. Las sesiones conjuntas con la familia, que "generaron cierta tensión" y se limitaron a "explorar estrategias de comunicación y manejo de conflictos", evidenciaron que el psicólogo pudo observar la disfunción familiar (Mantilla, 2010), pero la débil alianza no permitió una intervención que facilitara una elaboración significativa de los conflictos subyacentes, especialmente los vinculados a las figuras parentales. El abordaje, si bien ético y coordinado (Mercurio & Silva, 2021), se centró más en la reducción sintomática y la preparación para el alta que en una transformación subjetiva profunda (Bleichmar & Bleichmar, 2005). Esto sugiere que el rol del psicólogo, en este caso, no logró activar la implicación subjetiva necesaria para una adherencia que trascendiera la mera compliance institucional, limitando un cambio estructural en las raíces de su sufrimiento existencial y su ideación suicida (Pompili et al., 2013).

8.2.2 Presentación de Caso Clínico B

La paciente B tiene 34 años, oriunda de una ciudad agroganadera de las afueras de Córdoba Capital. Su familia está compuesta por su madre y su padre, ambos de 60 años, actualmente divorciados. B tiene dos hermanos, el mayor tiene 35 y el menor 30 años. A su vez, su madre con el paso del tiempo hizo pareja con otro hombre con quien tuvo su cuarta hija que tiene 22 años.

Como antecedentes, durante su infancia, B relata que a sus 6 años sus padres se separan por conflictos intrapersonales. En cuanto a su adolescencia, B refiere que fue durante ese período cuando comenzó a despertar en ella el interés por otras mujeres, iniciándose así un

proceso de reconocimiento de su orientación sexual. Este descubrimiento implicó múltiples movimientos psíquicos, ligados tanto a la construcción de su identidad como a la anticipación de posibles repercusiones en su entorno cercano. No obstante, este aspecto de su vida no representó una fuente de conflicto significativo, ya que contó desde siempre con un fuerte sostén emocional por parte de sus padres y hermanos, quienes la acompañaron con aceptación y sin manifestaciones de rechazo o evitación. Alrededor de la transición entre la adolescencia y la adultez, ya en sus veintes, B toma la decisión de vivir una experiencia en el extranjero por aproximadamente tres años, motivada por el deseo de explorar su autonomía y ensayar formas de vida independiente. No obstante, esos propósitos no pudieron llevarse a cabo del todo, ya que, con el correr del tiempo, comenzó a invadirla un sentimiento de vacío y soledad que afectó profundamente su manera de transitar esta vivencia. Es así como en su tercer año, vuelve a su ciudad de origen.

B decide regresar buscando reencontrarse con sus vínculos más cercanos, como amistades y familiares. Es en ese contexto donde comienza a dar pasos más firmes hacia una vida independiente. Consigue empleo en la empresa de su padre, lo cual le permite obtener ingresos propios y, con ello, la posibilidad de mudarse sola por primera vez.

Durante esa etapa, alrededor de 27 años, conoce a una mujer (a quien identificaremos como L). Inician una relación afectiva que se prolonga por un tiempo considerable, y eventualmente contraen matrimonio. A partir de entonces, comienzan a convivir. Según el relato de B, los primeros tiempos de la relación fueron vividos como sumamente positivos, incluso ideales. Sin embargo, con el correr del tiempo, comienzan a emerger conflictos que dan lugar a una dinámica relacional marcada por los celos, actitudes posesivas, situaciones de maltrato psicológico, manipulación emocional y conductas invasivas como la revisión constante del teléfono celular. A esto se sumó el consumo problemático de sustancias por parte de L, lo cual terminó de configurar un entorno sumamente hostil y nocivo.

Estas experiencias comienzan a repercutir directamente en el estado emocional de B, quien empieza a manifestar sentimientos persistentes de malestar, angustia profunda y una sensación generalizada de desesperanza. A pesar del sufrimiento que implicaba esa convivencia, B sostenía su decisión de no separarse, argumentando un profundo amor hacia su pareja y un temor latente a no volver a encontrar a alguien que la “ame” de ese modo.

Finalmente, y gracias al acompañamiento terapéutico y al sostén brindado por su red familiar, B logra tomar la decisión de finalizar la relación y se divorcia de L.

Luego del divorcio, B conoce a R, una joven oriunda de la misma ciudad, a quien ya ubicaba previamente a través de redes sociales. Tras un período de intercambio virtual y algunos

encuentros presenciales, inician una relación de pareja. En ese momento, B se encontraba transitando la década de sus treinta años, aproximadamente a los 33.

Al comienzo, la relación se vivió como positiva y prometedora, atravesando una etapa inicial que B describe como “color de rosas”. Sin embargo, con el correr del tiempo comenzaron a surgir dificultades significativas. B relata que R presentaba un consumo problemático de cocaína, además de no haber asumido públicamente su orientación sexual, lo cual generaba situaciones de ocultamiento y secreto en torno al vínculo. Estas dinámicas afectaban profundamente la calidad del lazo, configurando un contexto relacional marcado por el malestar, el hermetismo y la toxicidad. A los pocos meses, la relación comenzó a tornarse cada vez más conflictiva, con la aparición de malos tratos que impactaron negativamente en el bienestar emocional de B.

En el marco de una crisis aguda, B lleva a cabo un intento de suicidio a los 34 años. La paciente ingresa a la Clínica Privada Saint Michel acompañada por su hermano menor, con quien mantenía un vínculo particularmente cercano y de confianza.

El intento autolítico fue realizado mediante la ingesta excesiva de psicofármacos, combinados con alcohol y consumo de marihuana. Según su propio testimonio, el acto no estuvo motivado por un deseo consciente y claro de morir, sino más bien por el anhelo de “no despertar”, expresión que da cuenta de un estado psíquico de profunda desesperanza y agotamiento subjetivo.

Durante el ingreso, B refiere: “Estoy en tratamiento hace mucho tiempo, pero nunca mejoré por completo” y “Estoy cansada de estar así, por eso llegué a tomarme pastillas con vino”. En la evaluación inicial por parte del equipo médico de guardia, se la describe como una paciente con afectividad hipotímica e hipobúlica, presencia de ideas tanáticas activas, labilidad emocional, irritabilidad, intensa angustia, ansiedad y un marcado sentimiento de vacío.

Asimismo, relata un suceso reciente que habría intensificado su malestar emocional: “Hace dos semanas mi perro mató a mi gato y desde ahí no dormí más prácticamente”; agregando luego: “El domingo pasado colapsó mi mente”. Estas expresiones permiten entrever una acumulación de factores estresantes y una vulnerabilidad psíquica previa que habrían confluído en el desencadenamiento del episodio agudo.

En los primeros días de internación, B se muestra en proceso de adaptación al encuadre institucional y comienza a establecer algunos vínculos con otros pacientes, mostrando disposición a la sociabilización. Atribuye la agudización de sus síntomas al vínculo con su pareja actual (R), mencionando: “Estoy saliendo con una chica que no me hace bien, es muy

inestable, consume cocaína, aparece y desaparece por tres días, me llena de inseguridades, conoce mis puntos débiles”.

En relación con sus antecedentes psicopatológicos, refiere haber realizado tratamiento en 2011 por un episodio depresivo previo. También manifiesta que este no fue su primer episodio con pensamientos suicidas, los cuales tienden a emerger en contextos de alto conflicto vincular, especialmente en relaciones de pareja. El acto suicida se produjo luego de una discusión con R, tras la cual ingirió varios comprimidos de clonazepam junto con alcohol, con una clara finalidad autodestructiva.

Durante el transcurso de su internación en la clínica, B fue evaluada en múltiples ocasiones por el equipo tratante, quienes registraron en la historia clínica una evolución progresivamente favorable. En las primeras entrevistas, se describe a la paciente como predispuesta, colaboradora y adaptada al dispositivo institucional, con una adecuada integración al sector y al grupo de pares, así como participación en los espacios terapéuticos contextuales. Su discurso era claro, fluido y coherente.

A pesar de esta disposición, persistía una afectividad lábil y una angustia significativa, que se evidenciaba en el llanto durante algunas entrevistas. B manifestaba que se sentía aliviada dentro del marco institucional, expresando: "Me siento tranquila estando acá, creo que me ayuda con la separación de mi pareja. Acá me siento cuidada." Este tipo de afirmaciones denotaba cierto alivio subjetivo frente al contexto de contención institucional, en contraste con la desorganización emocional previa.

Uno de los aspectos más destacados en la evolución clínica de B fue su gran capacidad reflexiva y su potencial para el insight, lo cual se evidenció en su disposición para abordar aspectos profundos de su historia personal. A lo largo de los días, se fue mostrando cada vez más abierta a compartir vivencias infantiles que le generaban sentimientos de culpa, así como contenidos oníricos que ella misma transcribía y traía a las sesiones para ser trabajados. Estos elementos fueron abordados de manera terapéutica, propiciando un trabajo clínico valioso y sostenido.

En la última etapa de la internación, ante la observación de un claro descenso en la sintomatología psicopatológica, la remisión de las ideas suicidas activas y una estabilidad emocional creciente se comenzó a trabajar en torno a su proyecto de vida extrainstitucional. Se pautaron salidas terapéuticas, una de las cuales incluyó una jornada con su familia fuera del contexto clínico. B refirió que, al regresar a su ciudad, experimentó cierta angustia vinculada a recuerdos dolorosos, pero logró contener y procesar dicha emocionalidad, evitando que afectara

negativamente el resto del día. Esta capacidad de autorregulación fue valorada positivamente por el equipo tratante.

Posteriormente, B compartió con entusiasmo sus proyectos a futuro y manifestó una actitud esperanzada frente a la vida fuera del ámbito institucional. Frente a la evolución clínica favorable y la adecuada respuesta a las intervenciones propuestas, se decidió avanzar con el proceso de alta médica institucional, indicando la continuación del tratamiento en modalidad ambulatoria.

Previo al alta, se llevó a cabo una entrevista familiar, en la que participaron sus padres y su hermano menor. Durante dicho encuentro, se valoró el rol de la familia como un soporte emocional sólido y constante, destacándose su implicación activa y comprometida durante todo el proceso de internación. Se brindaron indicaciones clínicas específicas, así como recomendaciones para la contención ante posibles episodios de crisis o recaída.

El día del alta, B se despidió afectuosamente de sus compañeros, visiblemente emocionada, con lágrimas en los ojos, pero también con una actitud esperanzada y el deseo manifiesto de reconstruir su vida. Según las palabras del equipo tratante, se trató de una evolución favorable dentro del encuadre propuesto, lo cual permitió dar cierre a la internación con una planificación de seguimiento terapéutico acorde a su cuadro clínico y necesidades actuales.

Articulación teórica del Caso Clínico B

El establecimiento de la alianza terapéutica con la paciente B se mostró favorable y rápido, lo que fue determinante para una adherencia significativa y un proceso terapéutico productivo. A pesar de su estado inicial de angustia y labilidad emocional al ingreso, las verbalizaciones de B ("estoy cansada de estar así, y por eso llegué a tomarme pastillas mezcladas con vino", "El domingo pasado colapsó mi mente") revelaron una demanda implícita de ayuda y un reconocimiento activo de su propio sufrimiento. Este auto-reconocimiento es un punto de partida crucial para la colaboración terapéutica y el establecimiento de una alianza genuina (Gallo & Ramírez, 2012; Maero, 2022). Aunque transita su primera internación, su historial de "tratamiento hace mucho tiempo" sugirió una familiaridad con el encuadre terapéutico, lo que pudo haber disminuido la resistencia inicial al dispositivo y facilitado la "disociación terapéutica del yo" (Etchegoyen, 1986), permitiéndole adoptar una posición más activa y reflexiva frente a su padecimiento. La paciente se presentó "adecuada conductualmente" desde el inicio y mostró una notable capacidad para "integrarse al sector y

grupo de pares" y participar en "espacios contextuales". Esta rápida implicación indicó una predisposición a aceptar el encuadre y a comprometerse con las tareas que propone la institución. La pronta aparición de su "capacidad reflexiva, con capacidad de insight" en las entrevistas, a pesar de los llantos iniciales, sugirió que el psicólogo logró establecer un vínculo de confianza y rapport (Bachelor & Horvath, 1999; Fernández Liria & Rodríguez, 2001) que permitió a B comenzar a procesar su malestar de manera efectiva. Tampoco se observó una desconfianza marcada hacia el personal, lo que facilitó que la relación con el psicólogo se estableciera como un eje central de contención y apoyo desde las primeras entrevistas. Este inicio propicio del lazo terapéutico, sustentado en la propia demanda de B y en la respuesta empática del terapeuta, permitió el desarrollo de una transferencia positiva que impulsó significativamente el trabajo terapéutico (Freud, 1912). Esta adherencia no fue una mera compliance, sino una verdadera implicación subjetiva en su proceso (Etchevers et al., 2013; Martín Alfonso & Grau Ábalo, 2004).

La caracterización de la alianza terapéutica en la paciente B demostró un desarrollo robusto de los tres componentes esenciales de Bordin (1979), lo que no solo facilitó una adherencia significativa, sino que también impulsó un proceso terapéutico productivo durante su internación. El vínculo emocional positivo con el psicólogo se evidenció por la capacidad de B para expresar su angustia y llantos en las entrevistas iniciales, lo que indicó un espacio de seguridad y confianza construido por el terapeuta (Fernández Liria & Rodríguez, 2001; Horvath & Bedi, 2002). Su "capacidad de insight" y su "reflexión" en las sesiones, incluso en momentos de labilidad, denotaron una implicación activa en la autoexploración y la percepción del psicólogo como un interlocutor válido y empático. Este vínculo fue crucial para sostenerla a través de su primera internación y para navegar las posibles resistencias (Kernberg, 2006). El acuerdo sobre los objetivos fue claro y compartido desde el inicio. La propia B verbalizó su "cansancio de estar así" y su deseo de "mejorar por completo", estableciendo una meta explícita de cambio que resonaba con su deseo subjetivo (Maero, 2022). La "finalidad suicida" de su intento autolítico y su historial de pensamientos tanáticos ligados a problemas de pareja, implicaban un objetivo central de trabajo sobre la ideación suicida y los patrones vinculares disfuncionales. La paciente se mostró dispuesta a abordar estos temas, participando activamente en las entrevistas para explorar las raíces de su malestar, como su historial de "elegir estas parejas" conflictivas. Este acuerdo no fue impuesto, sino que emergió de su propia demanda y fue negociado en el espacio terapéutico, lo que reforzó la noción de la alianza como un proceso colaborativo y dinámico (Meichenbaum & Turk, 1991). Finalmente, el consenso sobre las tareas se manifestó en su notable adherencia al tratamiento y a las pautas institucionales. B se

"integra al sector y grupo de pares", se "maneja adecuadamente" y "participa de los espacios contextuales", lo que demostró una disposición a comprometerse con las acciones propuestas por el equipo (Demarbre, 1994; Andrade González, 2005). La progresión de las habilitaciones (llamadas, visitas, salidas terapéuticas con fin de reinserción social) fue posible gracias a su respuesta favorable, lo que reforzó su implicación activa en las tareas terapéuticas (Wampold, 2001). Su "capacidad de insight" indicó que las tareas no se limitaron a una "compliance" superficial, sino que promovieron una elaboración subjetiva de sus conflictos (Etchevers et al., 2013), diferenciándose del patrón observado en el paciente A. Esta sólida articulación de los componentes de la alianza contribuyó al "cese de sintomatología que provocó la internación" y a su eventual alta médica, demostrando la eficacia del trabajo co-construido entre paciente y terapeuta (Safran & Muran, 2021).

El rol del psicólogo en el abordaje de la ideación suicida del paciente B fue altamente efectivo, potenciado por la sólida alianza terapéutica y la adherencia activa de la paciente. La intervención se centró inicialmente en la modulación del riesgo inminente, tal como se infiere del motivo de ingreso por intento autolítico y la presencia de ideas tanáticas activas. La pronta capacidad de la paciente para reflexionar sobre su estado ("estoy cansada de estar así", "El domingo pasado colapsó mi mente") en las primeras entrevistas, permitió al psicólogo una evaluación del riesgo activa y colaborativa, fundamental en este contexto de crisis (Baca-García et al., 2019). La coordinación con el psiquiatra para el ajuste de la medicación psicofarmacológica, en un enfoque integral del dispositivo (Bleichmar & Bleichmar, 2005; Rossi, 2015), contribuyó a la estabilización sintomática y al cese de las ideas tanáticas activas. El psicólogo logró facilitar la expresión y comprensión del sufrimiento de B a través de un espacio de escucha activa, permitiendo que la paciente verbalizara sus patrones vinculares disfuncionales ("la verdad que no entiendo por qué elijo estas parejas") y la conexión de sus síntomas actuales con su relación de pareja (Pompili et al., 2013). Esta capacidad de insight temprano, que se mantuvo y profundizó a lo largo de las 10 entrevistas, es un indicio de una operación analítica efectiva, donde el dispositivo habilitó el "despliegue del inconsciente" (Lacan, 1992; Gibeault, 2002) y una resignificación de su experiencia, incluso en un tiempo acotado de internación. El rol del psicólogo fue crucial para ayudar a B a discernir los "puntos débiles" que su pareja "conocía", llevando a una comprensión más profunda de sus elecciones relacionales. La promoción de estrategias de afrontamiento y la identificación de recursos se evidenció en la progresiva reinserción social de B. Su integración en "grupo de pares" y participación en "espacios contextuales", así como la habilitación de llamadas y visitas, y las salidas terapéuticas con fin de reinserción social, fueron elementos clave gestionados por el

equipo tratante para reestablecer lazos sociales y fortalecer su red de apoyo, factores protectores frente al riesgo suicida (Pompili et al., 2013). El éxito en estas fases demostró que el rol del psicólogo trascendió la mera contención de la urgencia, apuntando a una transformación subjetiva que habilitó a B a responsabilizarse por su padecimiento y a construir un proyecto de vida (Mantilla, 2010). Su adherencia activa y subjetiva (Alfonso & Grau Ábalo, 2004) permitió al psicólogo trabajar eficazmente en la resignificación de sus elecciones vinculares y en la elaboración de la desesperanza, culminando en una alta médica institucional con una clara indicación de continuidad ambulatoria. Esto subraya la eficacia de un abordaje que, desde la alianza, activó la autonomía y resiliencia del paciente.

9. CONSIDERACIONES FINALES

Este apartado final tiene como objetivo articular las principales conclusiones que emanan del análisis teórico-práctico de los casos clínicos presentados. Para ello, se profundizará en la relevancia de la alianza terapéutica como un elemento cardinal y su impacto multifacético en el proceso de internación de pacientes con ideación suicida. A lo largo de este trabajo, la aplicación sistemática de las tres dimensiones de análisis propuestas —el establecimiento de la alianza (que examina los inicios del vínculo terapéutico y la creación de un espacio de contención y confianza), su caracterización (a través del examen de sus componentes intrínsecos como el vínculo emocional positivo, el acuerdo sobre objetivos y el consenso sobre tareas), y el rol específico del psicólogo en el abordaje de la ideación suicida (mediante la descripción de sus intervenciones y estrategias)— ha permitido desentrañar cómo la dinámica de este vínculo terapéutico influye directamente en la adherencia al tratamiento y en la subsiguiente construcción de recursos internos cruciales para que los pacientes puedan afrontar futuras crisis.

De manera cronológica, el siguiente apartado inicia presentando las consideraciones finales específicas correspondientes a cada caso clínico, ofreciendo una síntesis precisa y concisa de su desarrollo. A continuación, se propone una reflexión integradora que articula las enseñanzas fundamentales derivadas de la comparación entre ambos casos, poniendo especial énfasis en la relevancia del contexto de internación y el marco normativo que lo regula. Seguidamente, se dedica una sección a la exposición de la experiencia adquirida en el rol profesional como practicante durante este estudio, detallando los aprendizajes académicos y la trascendental vivencia de trasladar los conocimientos teóricos adquiridos en la universidad al ámbito de la práctica clínica. Finalmente, se presenta una reflexión general sobre la realización del trabajo final, contextualizando el cumplimiento de los objetivos planteados y su contribución al desarrollo profesional y a la comprensión integral de la intervención en salud mental.

9.1 Consideraciones Finales de la Articulación teórica de los Casos Clínicos

A lo largo del presente trabajo se procuró abordar la complejidad del vínculo terapéutico en contextos de internación psiquiátrica, especialmente en situaciones atravesadas por la urgencia y la ideación suicida. El desarrollo de los casos clínicos permitió dar cuenta de cómo

se establece, sostiene y transforma la alianza terapéutica en un dispositivo institucional donde convergen múltiples actores, normativas, discursos y encuadres que exceden el espacio tradicional del consultorio. En este sentido, se reconoció la internación como un escenario clínico complejo, en el cual los marcos institucionales y legales influyen directamente en las formas de subjetivación del padecimiento.

El contexto de internación, lejos de constituir un simple recurso de contención ante el riesgo, se presenta como una instancia crítica donde la subjetividad del paciente se ve fuertemente interpelada. Se trata de un dispositivo que, al mismo tiempo que brinda sostenimiento y cuidado, implica rupturas, discontinuidades, y una reorganización forzada de los vínculos habituales del sujeto. En este punto, cobra relevancia el rol del psicólogo, no sólo en su función clínica, sino también como operador institucional capaz de leer y operar sobre la transferencia, los tiempos del tratamiento y los efectos subjetivos de la internación.

Desde esta perspectiva, el marco normativo vigente en Argentina, especialmente la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, redefinió profundamente los modos de pensar y operar la internación. Esta legislación establece que dicho recurso debe ser de carácter excepcional, limitado en el tiempo y orientado a garantizar la mayor autonomía posible del paciente. Además, promueve un abordaje interdisciplinario e integral, en consonancia con una concepción de salud mental centrada en los derechos humanos y el respeto por la dignidad del sujeto (Ley 26.657, 2010).

Tal como señalan Hermosilla y Cataldo (2012), esta ley no sólo transformó las normativas de atención, sino también el modo en que los equipos profesionales se posicionan frente a los usuarios del sistema de salud mental. No obstante, en la práctica clínica persisten tensiones entre los principios establecidos por la legislación y las dinámicas institucionales concretas. Fotia, De Lellis y Panelo (2016) destacan que si bien se han producido avances significativos en la formación del personal de salud, aún se enfrentan desafíos relacionados con las resistencias institucionales, los recursos disponibles y la necesidad de un cambio cultural profundo en el abordaje del padecimiento psíquico.

En este marco, el análisis comparativo de los casos clínicos A y B permite profundizar en las complejidades del abordaje terapéutico en pacientes internados por conductas suicidas. En el caso de A, se observa una alianza terapéutica debilitada debido a desconfianza inicial, resistencias psíquicas arraigadas y transferencia predominantemente negativa, lo que dificulta la co-construcción significativa del sentido del padecimiento y limita la implicación subjetiva en el tratamiento. Esta postura más orientada al cumplimiento pasivo que al compromiso

psíquico impide el desarrollo de recursos internos estables y deja al paciente en un estado de fragilidad dependiente del dispositivo institucional.

Por otro lado, el caso B muestra el impacto positivo de una alianza terapéutica sólida y una adhesión activa al tratamiento. En este caso, la confianza facilita la expresión emocional, la resignificación de patrones vinculares disfuncionales y la construcción de autonomía subjetiva. Esta diferencia ilustra cómo la calidad del vínculo terapéutico influye directamente en la resignificación y transformación personal durante la internación.

Ambos casos ponen en evidencia la importancia del dispositivo de internación como espacio de contención integral. El modelo institucional, que combina tres visitas semanales del equipo interdisciplinario (psicólogo, psiquiatra y otros profesionales) con actividades grupales, acompañamiento terapéutico, acceso a gimnasio y biblioteca, genera una estructura terapéutica que favorece la autonomía y la participación activa del paciente.

El análisis de los casos clínicos incluidos permitió abordar de manera concreta los objetivos planteados en este trabajo final. A través del recorrido por las historias subjetivas, las intervenciones del equipo de salud y las transformaciones observadas durante el proceso de internación, fue posible identificar y caracterizar cómo se configura la alianza terapéutica en estos contextos. Este análisis permitió visibilizar tanto los obstáculos como las condiciones facilitadoras del vínculo terapéutico en escenarios marcados por la urgencia, la incertidumbre y el riesgo subjetivo.

Asimismo, se logró describir el rol específico del psicólogo dentro del dispositivo, resaltando tanto sus intervenciones clínicas como su capacidad de lectura institucional. Desde una perspectiva psicoanalítica, se evidenció que la alianza terapéutica no sólo constituye una herramienta técnica, sino que se construye a partir de la implicación subjetiva del profesional, la escucha sostenida y el reconocimiento del otro como sujeto del inconsciente. En este punto, la internación puede abrir un tiempo lógico distinto, que habilite una posibilidad de simbolización y elaboración psíquica del sufrimiento, siempre que se garantice un marco ético que no reproduzca lógicas de exclusión o disciplinamiento.

En consecuencia, puede afirmarse que los objetivos del presente trabajo fueron alcanzados. El recorrido teórico-práctico permitió no solo analizar la alianza terapéutica como eje central del dispositivo de internación, sino también reflexionar críticamente sobre las condiciones institucionales que la posibilitan o la obstaculizan. El abordaje de los casos clínicos ofreció un terreno fecundo para pensar las intervenciones psicológicas en escenarios de alta complejidad, contribuyendo así a una comprensión más situada, ética y comprometida del quehacer profesional en salud mental. Esta experiencia invita a seguir profundizando en el

estudio de la clínica institucional, entendida no solo como un lugar de encierro, sino como un posible espacio de apertura subjetiva y trabajo transformador.

9.2 Reflexión sobre el Rol Profesional como Practicante

El desempeño que he desarrollado en este trabajo, desde la posición de practicante-observador no participante, representa una experiencia fundamental y sumamente enriquecedora en mi primer contacto con el ámbito clínico. Inicialmente, mi tarea principal consistía en la observación del dispositivo de internación y de las entrevistas clínicas, permitiéndome asimilar el funcionamiento institucional y las complejidades de la dinámica terapéutica en este contexto. Esta fase de observación pasiva fue crucial para internalizar el encuadre, la interacción entre los profesionales y los pacientes, y la manifestación de diversas formas de malestar y resistencia. La distancia inicial me permitió construir una visión panorámica de la complejidad clínica que se despliega en un dispositivo de alta contención.

No obstante, en diversas ocasiones, con el aval y la motivación explícita de los psicólogos y profesionales a quienes acompañé, tuve la oportunidad de trascender la mera observación y participar activamente en momentos claves de las entrevistas. Estas intervenciones, generalmente focalizadas en "esclarecer ideas" o "cuestionar pensamientos o perspectivas mediante preguntas socráticas", representaron una aplicación incipiente de mi formación teórica en un contexto práctico de inmensa sensibilidad. A través de estas intervenciones puntuales, experimenté directamente la complejidad y la delicadeza del vínculo terapéutico, así como la respuesta diferenciada del paciente a la presencia de un nuevo interlocutor. Pude constatar cómo, incluso desde una posición que aún no es la de un terapeuta principal, la palabra bien orientada y enmarcada en un contexto de confianza y respeto profesional, podía habilitar nuevas reflexiones, generar aperturas y movilizar el trabajo psíquico en los pacientes. Esta participación, aunque siempre supervisada, me permitió comprender la diferencia cualitativa entre la teoría y la praxis, confrontándome con los matices de la transferencia y la contratransferencia en tiempo real.

9.3 Consideraciones Finales acerca de la Realización del Trabajo de Investigación

La realización de este trabajo de investigación ha representado un hito fundamental en mi formación académica y profesional. A nivel académico, ha permitido consolidar y profundizar la comprensión de conceptos teóricos complejos, como la alianza terapéutica, la

transferencia, la adherencia y el dispositivo de internación, situándolos en una perspectiva clínica integrada. El ejercicio de articular el marco teórico con el análisis de casos clínicos ficticios, pero elaborados con un alto grado de detalle y realismo, ha sido invaluable para desarrollar la capacidad de análisis crítico y la argumentación académica rigurosa, respaldando las afirmaciones con las referencias bibliográficas pertinentes. Se ha fortalecido mi habilidad para sintetizar información, estructurar un discurso coherente y traducir conceptos abstractos a fenómenos observables en la práctica.

Desde la perspectiva de la experiencia práctica, este trabajo ha sido mi primer acercamiento formal al campo clínico, lo cual me ha permitido conectar la teoría aprendida en la universidad con la realidad de la atención en salud mental. La observación directa de las dinámicas en la clínica, y las oportunidades de intervención controlada, me han brindado una comprensión visceral de los desafíos y las recompensas del trabajo psicoterapéutico. He podido vivenciar la importancia crucial de la empatía, la paciencia y la flexibilidad en el encuadre, así como la complejidad de las resistencias y la ambivalencia de los pacientes. La interacción con profesionales experimentados y la posibilidad de discutir los casos han enriquecido mi perspectiva sobre el abordaje interdisciplinario y la ética profesional. Esta investigación no solo ha ampliado mis conocimientos teóricos, sino que ha cimentado mi vocación, preparándome para futuras inmersiones en la práctica clínica con una base más sólida y una comprensión más profunda de la subjetividad humana en situación de crisis. La distinción entre el cumplimiento y la implicación subjetiva en el proceso de tratamiento, tan evidente en los casos analizados, se ha convertido en un aprendizaje esencial que guiará mi futura práctica.

10. BIBLIOGRAFÍA

- (EFPA), F. E. (2003). Psicología Clínica y Psiquiatría. Papeles del Psicólogo.
- Andrade Gonzalez, N. (2005). La alianza terapéutica. Clínica y Salud.
- Anguera Argilaga, M. T. (1986). La investigación cualitativa.
- Arango Bermúdez, R., & Martínez Torres, J. (2013). Comprensión del suicidio desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana. Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 4(1), 60-82.
- Aulagnier, P. C. (2009). La violencia de la interpretación . Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Amorrortu.
- Aznar Martinez, B et al. (2014). La alianza terapéutica en tratamiento conjunto de parejas: Evaluación de la alianza y análisis de los factores influyentes en el triángulo terapéutico.
- Bachelor, A & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. Psychological Association.
- Barembaum, M. (2017). Hola, soy la muerte. ¿Puedo entrar? La difícil tarea de escuchar analíticamente a pacientes suicidas. Córdoba: Cuadernos de Psicoanálisis L: 3 y 4.
- Barrionuevo, J., & Cibeira, A. (2023). Patologías del acto en la adolescencia 2da edición. Aportes desde el Psicoanálisis. Buenos Aires: Letra Viva.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. Psychotherapy: Theory, Research & Practice.
- Buendía, J. (1999). Psicología Clínica: perspectivas actuales. Ediciones Pirámide.
- Carena, I. P. (2024). Dispositivo psicoanalítico y situación analítica desde la perspectiva vincular. Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes. Instituto Universitario de Salud Mental (IUSAM).
- Castillo, J. D. (1995). El suicidio. Puntos de vista desde el psicoanálisis. Guadalajara: En Renglones, revista del ITESO, núm.31. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO.
- Casullo, M. y Scheinsohn, M. (2006). Comportamientos suicidas en situaciones de internación psiquiátrica. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, vol. 2., pp. 29-48.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Corbetta, P. (2003). Metodología y Técnicas de investigación social.
- Durkheim, É. (1982). Le suicide. Madrid: Ediciones Akal S.A., 1982, 2012.
- Etchegoyen, R. H. (2005). The Fundamentals of Psychoanalytic Technique. Karrak Book.
- Etchevers, M. (2013). Relación terapéutica: estudio en población de estudiantes universitarios. Buenos Aires: Anuario de investigaciones, 20(1), 39-47.

- Etchevers, Martin et al. (2015). Alianza terapéutica y características del terapeuta: orígenes y controversias. Universidad de Buenos Aires.
- Fernandez, L. y Rodriguez Vega, B. (2001). La práctica de la psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas.
- Fotia, G. D., Lellis, C. M., & Panelo., A. G. (2016). Impacto de la ley de salud mental en las concepciones y practicas del personal de enfermería. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Foucault, M. (1978). El deseo y el poder. En R. Bellour & J. Leccia (Comps.).
- Freud, S. (1910). Obras de Sigmund Freud: Sobre el psicoanálisis "silvestre".
- Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Obras completas, Tomo XII. Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Remembering, repeating and working through. Standard Edition.
- Freud, S. (1917). Introductory lectures in psychoanalysis. Standard Edition.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. Obras completas, Tomo XXIII. Amorrortu.
- Freud, S. (2003). Duelo y melancolía. En Obras completas (Vol. 14, pp. 237–250). Amorrortu. (Obra original publicada en 1917).
- Gallo, H. y Ramírez, M. (2012). El psicoanálisis y la investigación en la universidad. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Gibeault, A. (2002). Acerca del proceso analítico en psicoanálisis y en psicoterapia. Revista Uruguay de Psicoanálisis 96: 17-23.
- Gonzalez, G. (2010). Dispositivo terapéutico de intervención psicoanalítica. Buenos Aires: Acta Académica, II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología.
- Greenson, R. (1967). The working alliance and the transference neurosis.
- Greenson, R. R. (2018). The technique and practices of psychoanalysis. Vol 1. London: Routledge.
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., Jonh, A., Kapur, N., . . . COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. The Lancet Psychiatry, Volume 7, Issue 6, 468 - 471.
- Hartmann, H. (1978). Ensayos sobre la psicología del yo. Universidad de Texas: Fondo de Cultura Económica.
- Hermosilla, A. M., & Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y perspectivas. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicologica.
- Herrera, J. (2008). La Investigación Cualitativa.

- Holliday, O. J. (2010). La Sistematización de Experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. (R. Matinal, Interviewer)
- Holliday, O. J. (2011). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. San José, Costa Rica: Alforja.
- Horvath, A., & Bedi, R. (2002). The alliance. Oxford University Press.: Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients (pp. 37–69).
- Joiner, T. (2005). Why people die by suicide. Harvard University Press.
- Lacan, J. (1992). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. En El Seminario, libro XI. Paidós.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. (2010). Boletín Oficial de la República Argentina.
- Ley Provincial 7106. (1984). Disposiciones para el ejercicio de la Psicología. Recuperado de: Biblioteca virtual de Psicología Argentina- Leyes de ejercicio profesional del psicólogo.
- Maero, F. (2022). La alianza terapéutica: consensos y disensos. Psyciencia.
- Mantilla, M. J. (2009). La construcción de las decisiones de internación psiquiátrica: un análisis de los argumentos psicoanalíticos y los contextos de interacción social. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Martínez R., L. A. (2007). La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación.
- Meissner, W. (1996). The therapeutic alliance.
- Mercurio, E., & Silva, D. H. (2021). La internación en Salud Mental, Tensiones entre modelos de atención médica y sus implicancias médico-legales. Revista Argentina de Derecho Civil Número 10.
- Miguel-Álvaro, A. &. (2021). ¿Existe relación entre la alianza terapéutica y el resultado terapéutico en el tratamiento de la depresión? Análisis y revisión. <https://doi.org/10.5093/cc2021a13>: Clínica Contemporánea, 12(2), Artículo e11.
- Organización Mundial de la Salud. (2024). Suicidio. From <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Pearlin, L., Menaghan, E., Lieberman, M., & Mullan, J. (1981). The stress process. Journal of Health and Social Behavior, 22(4), 337–356.
- Pompili, M., Innamorati, M., Serafini, G., Gonda, X., Campi, S., Rihmer, Z., & Girardi, P. (2013). Affective temperaments and suicide risk in patients with mood disorders. Journal of Affective Disorders, 148(1), 49–55.
- Recalcati, M. (2008). Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis. Madrid: Editorial Síntesis.

- Ronald W. Maris, A. L. (2000). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. Guilford Publications.
- Safran, J., & Muran, J. (2021). *La alianza terapéutica: Una guía para el tratamiento relacional* (2.^a ed.). Nueva York: Desclée de Brouwer.
- Saint Michel SRL. (2024). From <https://www.saintmichelsrl.com.ar/>
- Sotelo, M. I. (2011). Intersecciones Psi- Revista Electrónica de la Facultad de Psicología - UBA . From "Dispositivos para el tratamiento de las urgencias subjetivas": http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=708:dispositivos-para-el-tratamiento-de-las-urgencias-subjetivas&Itemid=1
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. From *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42(3), 863–873.: <https://doi.org/10.1177/000306519404200310>
- Strupp, H. H. (1958). The psychotherapist's contribution to the treatment process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(1), 1–7.
- Tonon, G. (20213). *Reflexiones latinoamericanas: libro sobre investigación cualitativa*.
- Vargas Castro, D. (2010). *El suicidio, sus estatutos y ética del psicoanálisis*. Buenos Aires.
- Villaverde, A. M. (2019). Intervencion psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea: Revista de diagnóstico psicológico, psicoterapia y salud*, VOL 10.
- World Health Organization. (2024). Suicide worldwide in 2023: Global health estimates. From <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077214>
- Zas, B. (2016). *Experiencias en psicologia hospitalaria*. ALFEPSI.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of tranference. *International Journal of Psychoanalysis*.