

Castagno, María Gracia

**Vínculos entre usuarios en
dispositivos terapéuticos
durante el proceso de
internación en una clínica
privada de salud mental de
la ciudad de Córdoba**

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

Director: Banzczyk, Brian

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.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

Universidad Jesuita

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

“Vínculos entre usuarios en dispositivos terapéuticos durante el proceso de internación en una clínica privada de Salud Mental de la ciudad de Córdoba”.

Castagno, María Gracia

2026

“Vínculos entre usuarios en dispositivos terapéuticos durante el proceso de internación en una clínica privada de Salud Mental de la ciudad de Córdoba”.



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

Universidad Jesuita

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

MODALIDAD SISTEMATIZACIÓN DE PRÁCTICAS

CONTEXTO CLÍNICO

“Vínculos entre usuarios en dispositivos terapéuticos durante el proceso de internación en una clínica privada de Salud Mental de la ciudad de Córdoba”.

ALUMNA: Castagno, María Gracia

DIRECTOR: Banschczyk, Brian

CO-DIRECTORA: González, Sofia

AÑO 2026

AGRADECIMIENTOS

El presente escrito marca la culminación de una etapa, pero también refleja un camino compartido con personas que acompañaron, enseñaron y, sobre todo, sostuvieron cuando más lo necesité.

En primer lugar, quisiera agradecer a mis padres, quienes con esfuerzo y amor me brindaron la oportunidad de transitar este recorrido y me recordaron, una y otra vez, que sí era posible lograrlo.

A mis hermanos, por acompañarme y estar siempre presentes a lo largo de este proceso.

A mis queridos abuelos, por su amor incondicional y su apoyo a lo largo de mi vida. En especial a mi abuela, quien ha sido para mí un sostén fundamental.

A Denis, por sus reiteradas palabras de aliento y su amor incondicional, gracias.

A mis amigas de siempre, quienes con sus escuchas constantes hicieron que este proceso fuera más llevadero y, a su vez, que la vida sea más maravillosa.

A las amigas que me brindó esta hermosa carrera, mi querido grupo, quienes fueron el sostén principal de este recorrido.

A Brian Banzczyk y Sofía González, por su guía en la elaboración del presente escrito y por permitirme explorar el hermoso mundo de la vincularidad.

A todos los profesionales de la institución, quienes desde el primer día me abrieron las puertas y me hicieron sentir como en casa.

Por último, a mi querida Universidad Católica de Córdoba, por brindarme un espacio de formación en el que aprendí y conocí personas valiosas.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. CONTEXTO DE PRÁCTICA.....	12
2.1 RECORRIDO HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	13
2.2 DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD.....	14
2.3 ACERCA DEL ROL DEL PSICÓLOGO EN LA ACTUALIDAD.....	15
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	17
3.1 INSTITUCIÓN.....	18
3.2 ÁREAS DE LA INSTITUCIÓN.....	19
3.3 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL.....	23
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	24
5. OBJETIVOS.....	26
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	27
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
6. PERSPECTIVA TEÓRICA.....	28
6.1 DISPOSITIVO.....	29
6.2 QUÉ ES LO TERAPÉUTICO.....	30
6.3 DISPOSITIVOS GRUPALES.....	31
6.3.1 INTERNACIÓN.....	33
6.3.2 GRUPO TERAPÉUTICO.....	35
6.4 LO VINCULAR.....	36
6.4.1 NOCIÓN DE VÍNCULO.....	38
6.4.2 APUNTALAMIENTO.....	40

7. MODALIDAD DE TRABAJO.....	42
7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.....	44
7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	46
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	47
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	48
8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA.....	51
8.2.1 DESCRIBIR LOS DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS Y LAS CONDICIONES QUE HABILITAN LA PRODUCCIÓN DE VINCULARIDAD ENTRE LOS USUARIOS DE SALUD MENTAL.....	51
8.2.2 IDENTIFICAR DE QUÉ MODO LOS DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS CONTRIBUYEN U OBSTACULIZAN LA VINCULARIDAD.....	59
8.2.3 EXPLORAR EL ROL DE LOS DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS EN EL APUNTALAMIENTO DE LA FUNCIÓN VINCULAR DURANTE EL PROCESO DE INTERNACIÓN.....	67
9. CONSIDERACIONES FINALES.....	72
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76

ÍNDICE DE SIGLAS

- B1: Sector blanco 1.
- B2: Sector blanco 2.
- Fe.P.R. A: Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina.
- PPS: Prácticas Profesionales Supervisadas.
- TIF: Trabajo Integrador Final.

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final (TIF), se enmarca en la experiencia de las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS), teniendo como objetivo principal la sistematización de experiencia desarrollada en el marco de la culminación del programa académico de la carrera de Licenciatura en Psicología.

La experiencia se desarrolló en el ámbito clínico, específicamente en Clínica Saint Michel, institución privada monovalente de salud mental ubicada en la Ciudad de Córdoba. El periodo comprendido abarcó desde finales de abril del año 2025 hasta noviembre del mismo año. Durante dicho lapso, se desempeñó un rol de pasante, participando en diversas áreas que conforman la Institución, ocupando un lugar de observadora participante. La práctica se llevó a cabo de manera presencial, mediante encuentros semanales en la clínica, lo que posibilitó un acercamiento sostenido a la dinámica institucional.

En este sentido, el proceso de sistematización de la experiencia se organiza en múltiples apartados. Inicialmente, se aborda el recorrido histórico de la Psicología Clínica, con el propósito de ahondar sobre la construcción y transformación del rol del psicólogo clínico, sus antecedentes y la evolución en su campo de intervención. Posteriormente, se presenta el contexto institucional, en el cual se describe la organización, la modalidad de funcionamiento y características del dispositivo en el que se desarrolló la práctica.

A continuación, se expone el eje de sistematización que actuará como hilo conductor del presente trabajo: *“Vínculos entre usuarios en dispositivos terapéuticos durante el proceso de internación en una clínica privada de Salud Mental de la ciudad de Córdoba”* Asimismo, se plantean los objetivos que guiarán el análisis, delimitando aspectos de la experiencia que serán posteriormente abordados.

En la misma línea, se incorpora una perspectiva teórica acorde al eje de sistematización, que sustenta conceptualmente el análisis de la experiencia desarrollada. Luego, se presenta la modalidad de trabajo, en la que se detallan las características de la población, las consideraciones éticas, las técnicas y recolección de datos llevadas a cabo.

Seguidamente, en lo que respecta al análisis de la experiencia, se organiza en dos apartados. En primer lugar, se expone la recuperación del proceso vivido, donde se detallan aspectos significativos y vivencias personales consideradas y tenidas en cuenta a lo largo de la

práctica. En segundo lugar, se desarrolla una amplia reflexión en torno al eje y los objetivos planteados, con la finalidad de articular teoría y práctica y así, dar respuesta al eje propuesto.

Finalmente, se presentan las conclusiones elaboradas a partir de la reflexión sobre la articulación entre los desarrollos teóricos y la experiencia práctica.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

2.1 RECORRIDO HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

El curso de la psicología clínica, representa dos modalidades de investigaciones y de ideas. Su principal origen es la psicología médica, es decir, el estudio de los trastornos de la conducta y la personalidad. A su vez, la práctica psicotécnica se hizo aún más clínica en la época misma en que la clínica médica se armaba de test. De esta confluencia, surge el concepto moderno de psicología clínica (Lagache, 1982).

Tal como plantea Buendía (1999), “la psicología clínica, tiene un origen relativamente reciente y su desarrollo está lleno de conflictos y de inquietudes sobre su identidad, no adquiriendo un verdadero protagonismo hasta después de la Segunda Guerra Mundial” (p.19).

Es así que, tras la Guerra, el gran número de personas que demandaban atención por problemas de salud mental hicieron que el papel del psicólogo clínico adquiriera mayor relevancia. En 1946, se definió al psicólogo clínico como el profesional que se dedicaba al diagnóstico, al tratamiento y a la indagación de desórdenes de adultos, dando así un reconocimiento de la función terapéutica del psicólogo clínico (Buendía, 1999).

Siguiendo la línea del autor, resulta complejo establecer de manera unitaria a la psicología clínica, dado que presenta una amplia variedad de objetivos, fundamentos teóricos y problemáticas profesionales a las que debe responder. No obstante, la psicología clínica se define por sus metas, por su objeto y sus medios.

En este sentido, es posible ubicar su inicio, si se quiere, en 1896 con la creación de la Universidad de Pennsylvania. Dicho acontecimiento fue gracias a Lighner Witmer, quien fue su fundador. De esta manera, la clínica de Witmer empezó por ofrecer tratamiento para deficiencias del desarrollo infantil sobre la base terapéutica de un reaprendizaje (Buendía, 1999).

Dicho esto, es necesario comprender a los individuos no como seres aislados, sino como sujetos inmersos en un contexto social. Esta concepción refuerza el punto de vista de que los factores socioculturales desempeñan un rol importante en la génesis y curso evolutivo de los diferentes trastornos (Buendía, 1999).

Como puede observarse, en el desarrollo histórico de la psicología clínica se evidencia una construcción compleja, influida tanto por contextos sociopolíticos como por avances dentro del campo médico y psicológico.

Tal como lo plantean los autores, no nace como disciplina claramente delimitada, sino que ha transitado un camino lleno de tensiones, redefiniciones y búsquedas identitarias. En consecuencia, la Segunda Guerra Mundial representó un punto de inflexión, al poner de manifiesto la necesidad, lo cual consolidó el rol del psicólogo clínico. Es a partir de ello que su papel comenzó a reconocerse social y profesionalmente, marcando un antes y después en la historia de la disciplina.

2.2 DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD

La psicología clínica puede ser comprendida como un campo de especialización de la Psicología que aplica los conocimientos y técnicas de ésta al estudio del comportamiento anómalo, aquél que supone algún trastorno para la persona y/o para otros (EFPA, 2003). En contraste con dicha definición, Lagache (1982) sostiene que, “el objeto de la psicología clínica es el estudio de la conducta humana individual y sus condiciones, en una palabra, es estudio de la persona total en situación” (p.7). A partir de estas perspectivas, se evidencia la dificultad de encasillar a la psicología clínica dentro de una única caracterización.

De esta manera, y bajo el desafío de admitir una conceptualización unitaria, podemos afirmar que la Psicología Clínica cuenta con objetivos muy variados, así como también en los principios en los que se apoya y los problemas profesionales a los que se enfrenta (Buendía, 1999).

Por otro lado, la Ley 7.106 de Ejercicio profesional de la psicología, se diferencia ya que se centra su definición en los alcances que la Psicología Clínica tiene dentro de su campo

de acción, establece lo siguiente “Se entenderá por área de la psicología clínica: la esfera de la 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” (1984, Art.2).

Desde esta perspectiva, la psicología clínica fue abandonando determinadas formulaciones respecto de los trastornos mentales y adoptó otras de acuerdo con los avances del campo. Así, va pasando de concepciones más individualistas y centradas en lo patológico a acercamientos más sociales dirigidos a la prevención. Tal como plantea Buendía (1999) “esto no quiere decir que el individuo en sí mismo quede relegado a un segundo plano, sino muy al contrario, ya que es el ser humano en sí es el elemento fundamental de nuestro objeto de estudio” (p.31).

Siguiendo esta línea, podría consolidarse la comprensión del individuo desde la Psicología Clínica no como un ser aislado sino inmerso en un contexto social, con todo lo que ello implica. Es así, como esta visión, refuerza de alguna manera el punto de vista de que los factores socioculturales desempeñan un papel fundamental.

2.3 ACERCA DEL ROL DEL PSICÓLOGO EN LA ACTUALIDAD

A partir de una mirada actual, podemos afirmar que la psicología clínica tiene una perspectiva integral que aborda aspectos del sujeto en su dimensión individual, contemplando su singularidad, pluralidad o colectividad (Tisnés, 2011).

Considerando la diversidad de miradas que atraviesan a la psicología clínica, se vuelve necesario precisar el rol que desempeña el profesional en este ámbito. Lo característico del psicólogo clínico no está definido por una o las múltiples actividades que realiza, sino lo que, por la actitud clínica, es decir, la confluencia de investigación, evaluación e interacción

necesaria para entender la conducta humana y los conflictos internos, y, de esta manera, brindar ayuda a la persona dentro de una sola disciplina (Buendía,1999).

De acuerdo con los lineamientos de la Ley N°. 7.106 (1984), se considera actualmente ejercicio de la profesión de psicólogos en el área de la Psicología Clínica:

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 o terapia psicológica; otras actividades que, con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicos. (Art.3)

En este sentido, al hablar del rol de psicólogo, Ulloa (1970) plantea que “la primera tarea del psicólogo clínico, cualquiera sea el campo donde trabaja, es detectar los puntos de urgencia que le permitirán determinar cuál es la acción crítica que enfrenta” (p.2). A su vez, en la actualidad, la función del psicólogo clínico implica aprender a trabajar institucionalmente, adoptando el abordaje desde una mirada interdisciplinar, un enfoque multidimensional y una visión desde la red en que se inserta el problema (Colman, 2023).

Por lo tanto, resulta pertinente aclarar que el campo de la salud mental es sumamente complejo y heterogéneo, lo cual implica una dificultad ante una toma de posición. Entre los desafíos que enfrenta el profesional durante su formación; uno de ellos es la dificultad para adquirir herramientas y aprender a conducir un tratamiento, por ello, es fructífero que el psicólogo gane experiencia llevándolo a cabo y que tenga en cuenta que no hay una receta universal para todos los tratamientos (García Barthe, 1997).

De este modo, frente a los desafíos actuales del campo de la salud mental, se vuelve indispensable una práctica flexible, ética y comprometida con la singularidad de cada sujeto. Por eso, la necesidad de detenernos a pensar, a escuchar activamente. Se trata de mantener abierta la posibilidad de producir algo nuevo donde parece que ocurre siempre lo mismo, posicionándonos desde una mirada crítica que cuestione supuestos y haga lugar a dimensiones subjetivas en tal o cual problema de salud. (Montobbio, 2013).

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1 INSTITUCIÓN

Tras la recopilación de información proveniente de diversas fuentes, entre ellas la página oficial de la Clínica Saint Michel, TIF de años anteriores, comunicaciones personales y registros de campo, se presentan a continuación datos relativos al contexto institucional en el cual se desarrolló la práctica.

Dentro del contexto clínico, las PPS, fueron llevadas a cabo en Clínica Saint Michel, una institución privada de salud mental de la ciudad de Córdoba, la cual se encuentra ubicada en Av. Sagrada Familia 551. Se trata de una empresa familiar fundada por el Dr. Jorge Michref, médico sanitarista, y su esposa Lic. Ismery Suárez, psicóloga. Con la determinación de ambos, en el año 1983, nace una Institución destinada al tratamiento de patologías inherentes a la salud mental.

Con el tiempo, ha ganado prestigio debido a su capacidad de adaptarse y evolucionar conforme a los avances en los programas médicos, especialmente en el ámbito de la psiquiatría moderna y la salud mental. Dicho compromiso con la actualización y mejora continua ha consolidado su reputación como un centro de atención médica de calidad.

Asimismo, conforme a la visión empresarial, la clínica trabaja para centrar toda su atención en los usuarios y sus familiares brindando soluciones eficaces y eficientes a todas las necesidades. Su objetivo principal, es entregar una atención integral, resolutiva y oportuna, regida por compromiso y los más altos estándares de calidad.

De esta manera, ofrece un enfoque terapéutico interdisciplinario, promoviendo intervenciones integrales que abarcan diversas dimensiones del bienestar. Los profesionales de diversas disciplinas colaboran para diseñar y ejecutar planes de tratamiento personalizados que incluyen modalidades individuales, grupales, familiares y de rehabilitación. Este abordaje, permite adaptarse continuamente a las necesidades de cada usuario.

3.2 ÁREAS DE LA INSTITUCIÓN

La Clínica Saint Michel cuenta con diversas áreas, entre ellas: internado, hospital de día, casa de medio camino, consultorios externos, servicio de guardia y centro de día de adicciones.

INTERNADO

En relación a la clínica, las internaciones representan el eje central, garantizando que cada intervención se adapte con precisión a la complejidad única de cada caso. Se reconoce que ningún padecimiento subjetivo es idéntico a otro, así como también el contexto socio-familiar de cada usuario.

Por lo tanto, es preciso un abordaje interdisciplinario, el cual se irá afinando de acuerdo a la evolución y los recursos propios de cada usuario. Esto permite brindar acompañamiento integral dentro del ámbito de internación, recibiendo soporte de múltiples especialidades: nutrición, psiquiatría, psicología, trabajo social, fisioterapeutas y profesionales de enfermería.

Es pertinente aclarar, que las internaciones no cuentan con un plazo de duración establecido, se configura respecto a cada caso particular permitiendo atender a la singularidad del usuario. Es así, como la dinámica se adapta al artículo 14 de la Ley N° 26.657 de Salud Mental, la cual plantea lo siguiente:

La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente (Ley Nacional N° 26.657, 2010).

Dentro del internado, se encuentran diversos sectores, cada uno de ellos con características específicas:

En primer lugar, el sector rojo es aquel destinado al ingreso de usuarios en estado agudo, o aquellos que no logran estabilizar su sintomatología con el pasar de los días. En él se encuentran diversas habitaciones, un patio que comparten en común con sector verde, y un amplio comedor donde conviven la mayor parte del día realizando actividades en común.

En segundo lugar, el sector amarillo pertenece a psicogeriatría, está especialmente conformado para usuario de edad avanzada que requieren un abordaje más personalizado. La mayoría de las personas de este sector poseen un deterioro cognitivo amplio. Por su parte, el sector azul posee usuarios crónicos, durante el día los usuarios de este sector se incorporan al sector verde, participando en sus actividades.

Finalmente, el sector blanco se subdivide en Blanco 1 y 2. El B1 pertenece al sector infanto-juvenil, donde se encuentran mujeres y varones transexuales. Se caracteriza por las edades que aborda, siendo la etapa de la adolescencia la más notoria. El sector B2, en cambio, está conformado por usuarios de diversas edades y géneros, cuyo cuadro se encuentra estabilizado. Ambos sectores comparten un patio común, y en ellos se llevan a cabo grupos terapéuticos, coordinados por un psicólogo.

HOSPITAL DE DÍA

Se trata de un dispositivo de tratamiento ambulatorio, en el cual los usuarios, muchos de ellos provenientes de unidades de internación, reciben una atención intensiva durante el día, permaneciendo en la clínica por varias horas.

Dicho esto, el objetivo es contener y resolver las necesidades de los usuarios mediante un trabajo interdisciplinario. Se enfatiza en la resocialización y recuperación de los usuarios, e intenta salvar el potencial de salud, activar y estimular las capacidades personales. Entre las

actividades realizadas, se encuentran: taller expresivo, taller de creación cultural, musicoterapia, entre otras.

CASA DE MEDIO CAMINO

La casa de Medio Camino es un dispositivo de rehabilitación. El proceso de admisión trabaja desde un inicio con la familia y/o entorno, teniendo en cuenta su realidad, preferencias y aspiraciones. Tal como indicó Arzubialde (comunicación personal, 3 de julio, 2025) actualmente aloja a 4 personas, las cuales cuentan con patologías crónicas y un entorno sociofamiliar dificultoso.

Dentro de ella, las personas se manejan con total libertad. Además, se les brinda la posibilidad de trabajar dentro de la clínica con el fin de reinsertar los usuarios en sociedad, como, por ejemplo, siendo portero de su ingreso central. Refiere a un alojamiento voluntario y consentido, donde el usuario está acompañado y contenido por profesionales.

CENTRO DE DÍA DE ADICCIONES

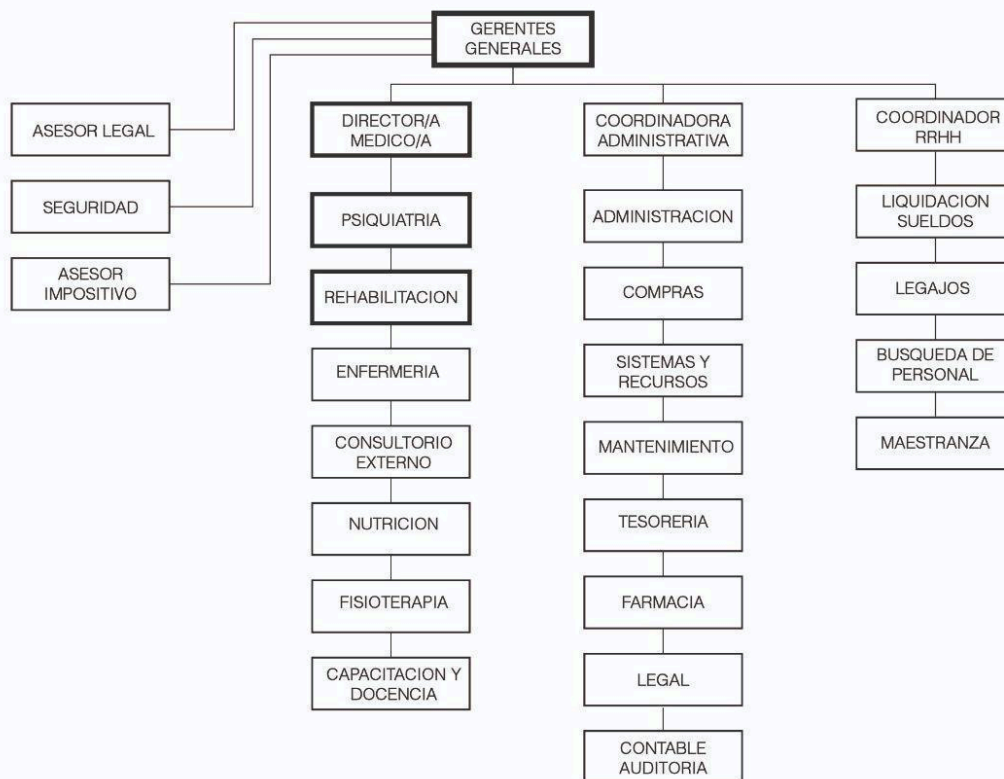
Se trata de un tratamiento ambulatorio, los usuarios reciben una atención intensiva durante el día. La clínica ofrece un método de intervención específico e integral que tiene en cuenta todos los aspectos y causas que constituyen las patologías adictivas. Lo que se busca, es lograr que el usuario estabilice los síntomas y pueda reinsertarse en la sociedad.

GUARDIA

El servicio de Guardia funciona constantemente, las 24 horas del día, los 365 días del año. En este espacio, se asisten solicitudes o derivaciones espontáneas, y no hay posibilidad de programación. El usuario es atendido por dos profesionales médicos, quienes se encargan de la ayuda, evaluación e ingreso de aquellos casos que la persona cuente con los criterios de internación.

3.3 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL

ORGANIGRAMA CLINICA PRIVADA SAINT MICHEL



PSIQUIATRIA



REHABILITACION



Fuente: Elaboración propia.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“Vínculos entre usuarios en dispositivos terapéuticos durante el proceso de internación en una clínica privada de Salud Mental de la ciudad de Córdoba”.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los vínculos entre usuarios en los dispositivos terapéuticos durante el proceso de internación en una clínica privada de Salud Mental de la ciudad de Córdoba.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los dispositivos terapéuticos y las condiciones que habilitan la producción de vincularidad entre los usuarios de salud mental.
- Identificar de qué modo los dispositivos terapéuticos contribuyen u obstaculizan la vincularidad.
- Explorar el rol de los dispositivos terapéuticos en el apuntalamiento de la función vincular durante el proceso de internación.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

En el presente apartado se desarrollarán los principales conceptos teóricos que fundamentan y orientan el presente Trabajo Integrador Final. En esta línea, nociones como dispositivo, internación, vínculo, apuntalamiento y dispositivos grupales constituyen el marco de referencia desde el cual se analizan y comprenden los procesos abordados posteriormente en la experiencia.

6.1 DISPOSITIVO

Por dispositivo se entiende el conjunto de condiciones normativas que organizan una tarea, como la cantidad de participantes, la duración y frecuencia de los encuentros. Sin embargo, más allá de estos aspectos, también incluye la dinámica que se genera y el tipo de intervenciones que se realizan. De este modo, según las características del dispositivo, se producirán efectos y podrán observarse con mayor o menor intensidad ciertos fenómenos de la subjetividad (Kordon y Edelman, 1995).

Desde esta perspectiva, Deleuze (1999) realiza un aporte significativo al proponer que un dispositivo puede entenderse como entramado complejo compuesto por múltiples líneas que se entrecruzan. Estas líneas, de distinta naturaleza, no se organizan en sistemas cerrados u homogéneos, sino que siguen trayectorias diversas en constante movimiento y desequilibrio. Así, pueden acercarse o alejarse, bifurcarse o desviarse, mostrando un carácter dinámico y cambiante.

El autor sostiene que, dentro de este entramado, los objetos, las formas de enunciación, las fuerzas y los sujetos se comportan como vectores, es decir, como tensiones que orientan el proceso. En consecuencia, cada dispositivo posee un régimen propio de luz que determina que puede ser visto y que permanecerá oculto, generando así los objetos que solo existen dentro de ese modo de visibilidad.

A su vez, Agamben (2011) plantea que el dispositivo tiene una estrategia concreta, que siempre está inscrita en una relación de poder, ya que resulta del cruzamiento de relaciones de poder y de saber. En este sentido, se trata de un conjunto heterogéneo que incluye

discursos, instituciones, edificios y leyes, configurando una red que incide directamente en la producción de subjetividad.

En articulación con lo expuesto, se propone pensar los dispositivos como instrumentos a disposición del analista, en los cuales se conforman pactos y acuerdos consensuados entre usuario y analista. Desde esta perspectiva, se fomenta la creación de una estrategia “a medida”, es decir, mediante sus procesos auto organizadores, cada dispositivo crea sus propios itinerarios, define sus objetivos y supera las limitaciones propias del proceso. En definitiva, su finalidad radica en escuchar el sufrimiento humano y generar condiciones que posibiliten su tramitación subjetiva (Mauer et al., 2014).

6.2 QUÉ ES LO TERAPÉUTICO

En el marco del presente trabajo, no resulta suficiente delimitar conceptualmente la noción de dispositivo en términos estructurales o técnicos. Se torna necesario problematizar las condiciones que habilitan su carácter terapéutico. En efecto, no todo dispositivo deviene terapéutico, por lo que corresponde precisar que fundamentos y operaciones lo constituyen como tal en el campo clínico.

Existe un sin número de enfoques en relación a lo que es terapéutico y qué es lo “que cura”. En este marco, emergen interrogantes fundamentales: ¿cómo construir un ambiente terapéutico?, ¿qué entendemos entonces desde nuestro trabajo como cura? (Gigena y González, 2024).

Siguiendo la línea de las autoras, el terapeuta no se concibe como mero solucionador de problemas. Más bien, se posiciona como quien ofrece un espacio: el dispositivo y sus múltiples tramas y configuraciones. En este sentido, su función es propiciar las condiciones necesarias para que algo del orden de lo vincular pueda acontecer. Es decir, se crea la posibilidad de establecer vínculos a partir de los cuales pueda desplegarse una experiencia

subjetiva con potencial transformador, una experiencia quizá no vivida previamente por el sujeto, en consonancia con aquello que desea elaborar o sanar. Dicho de otro modo, lo terapéutico se constituye como un escenario que habilita la producción de sentidos, orientándose a la construcción de experiencias vinculares que amplíen el horizonte psíquico del sujeto y favorezcan movimientos de elaboración y cambio.

En relación a lo descripto, la noción de lo terapéutico no puede desvincularse del marco normativo vigente en el campo de Salud mental, la Ley Nacional N.º 26.657 (2010), establece un paradigma basado en el reconocimiento de las personas con padecimiento psíquico como sujetos de derecho, promoviendo abordajes interdisciplinarios, comunitarios, orientados a favorecer la autonomía y la inclusión social. En consecuencia, un dispositivo podría considerarse terapéutico en la medida en que su funcionamiento se alinee con estos principios.

A modo de síntesis, al desplazar la centralidad del terapeuta como aquel que posee el saber sobre la dirección de la cura y situar el espacio terapéutico como un “pensadero”, se amplía la concepción de lo terapéutico, posibilitando pensar no solo en grupos específicamente terapéuticos, sino también en grupos que producen efectos terapéuticos. El pensadero entendido como un objeto mágico que permite revisar recuerdos y, en ocasiones, despejar la mente, funciona para pensar al grupo como un espacio al que es posible acudir cuando se necesita revisar experiencias, elaborar, sanar y/o comprender (Gigena y González, 2024).

6.3 DISPOSITIVOS GRUPALES

Si se examina la etimología del término *grupo*, se advierte que se trata de una palabra de incorporación relativamente reciente. Deriva del italiano *gropo* o *gruppo*, cuyo significado inicial era el de “nudo”, y que sólo posteriormente pasó a designar un conjunto o reunión (Cueto y Fernández, 1985).

En relación a lo planteado, Cueto y Fernández (1985) sostienen que

Dados un tiempo, un espacio, un número de personas y algún objetivo común, se crean condiciones de posibilidad para que un agrupamiento se constituya en un grupo. Tiempo, espacio, número de personas y objetivo, conforman un dispositivo. Esto es, una virtualidad, pero específica y propia de ese grupo y no de otro. (p.18)

De esta manera, tal como plantean las autoras, se observa que en la enumeración de los elementos que forman la virtualidad llamada dispositivo grupal, se ha reemplazado el término tarea, por objetivo común.

Habitar una experiencia vincular es “formar parte de”, en la construcción compartida de algo que sólo puede advenir en presencia de otros. Supone, en este sentido, trascender la lógica individual para ingresar en una dimensión relacional. No obstante, aunque pueda suponerse que el trabajo con otros se produce de manera espontánea por el mero hecho de reunirse, la constitución de un “entre” que resulte verdaderamente potenciador de procesos y generador de bienestar no acontece de forma automática. Requiere, por el contrario, de un trabajo vincular sostenido (Gigena y González, 2024).

En los últimos años se han implementado nuevas formas de trabajo diversas que incluyen abordajes colectivos. La clínica no quedó por fuera de este fenómeno, ya que se han multiplicado diferentes dispositivos grupales con fines psicoterapéuticos (Fernández, 1989). Esta expansión da cuenta de un desplazamiento progresivo desde abordajes individuales hacia modalidades que reconocen la potencia del lazo social en la producción de subjetividad.

Desde esta perspectiva, se entiende por psicoterapia grupal a la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de usuarios, aunque no se reduce solamente a ello. En este tipo de terapia, tanto la interacción usuario a usuario como usuario a terapeuta se utilizan para efectuar cambios en conductas inadaptadas de los miembros del grupo. En otras palabras, el grupo mismo, como la aplicación de técnicas e intervenciones por parte del terapeuta, sirven a modo de cambio (Yalom, 2000).

En consonancia con ello, tal como lo plantea Kordon y Edelman (1995), “todo dispositivo grupal define al sujeto como sujeto del vínculo, implica un espacio de apuntalamiento e identificadorio, en el que adquiere importancia la presencia real del tercero” (p.37). Por consiguiente, los dispositivos grupales implican un intercambio de afectos y

sentidos en los que el coordinador forma parte. Es decir, se configura una trama vincular, en la que adquiere significación las palabras, gestos, acciones, y el rol del terapeuta es comprender lo ocurrido.

Asimismo, los encuadres multipersonales posibilitan la observación de distintos niveles o planos de análisis. En primer lugar, se encuentra el plano intrapsíquico, que abarca los aspectos vinculados con la historia personal del sujeto. Este plano incluye los procesos y productos identificatorios, las fantasías e identificaciones secundarias, así como las vicisitudes del yo ideal y del ideal del yo, y la estructura de la personalidad. En segundo lugar, se distingue el plano intersubjetivo que alude al fenómeno relacional entre los sujetos. Dicha relación, siempre posee una dimensión consciente y otra inconsciente. El sujeto se constituye dentro de un vínculo intersubjetivo, y que a lo largo de su vida permanece inmerso en configuraciones intersubjetivas significativas (Kordon y Edelman, 1995).

Por último, las intervenciones que se realizan en un grupo no se limitan solo al uso de la palabra, sino bajo una lógica que abarca más allá. Quien coordina, tiene el desafío de promover u ofrecer transferencia para instalar la demora y alojar el sufrimiento. Sucede pues, que en una cultura que pretende lo homogéneo y que resulta tan solitaria, el trabajo sobre matices y sobre lo mínimo, y por ende el trazado de esperanza en el horizonte, tienen fuerte relación con la riqueza de los dispositivos grupales (Jasiner, 2007).

6.3.1 INTERNACIÓN

La internación psiquiátrica en instituciones y, en consecuencia, la atención de personas con padecimiento mental ha atravesado profundas transformaciones. En distintos países se han producido avances significativos en torno a las problemáticas asociadas a la salud y enfermedad mental, lo que ha permitido revisar críticamente los modelos tradicionales de abordaje (Galende, 1990).

Tal como plantea el autor, el campo de Salud Mental es amplio, complejo y, si bien aún requiere mayores precisiones respecto de sus alcances y límites, puede sostenerse que

constituye un componente esencial de la salud integral y del bienestar social de las personas, familias, grupos, instituciones y comunidad en su conjunto.

En este sentido, el proceso de internación requiere, desde una perspectiva clínica, legal e institucional, de un cúmulo de actividades y procedimientos que tiene como principal objetivo generar condiciones que permitan a los usuarios recuperar la inserción en el lazo social (Paladino, 2019).

En relación a lo anteriormente planteado, el enfoque de derechos adquiere relevancia en tanto debe garantizar el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental (Ley Nacional N° 26.657, 2010).

En esta línea, el artículo 14 de la Ley N° 26.657 de Salud Mental, establece lo siguiente:

La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente (Ley Nacional N° 26.657, 2010).

Por su parte, De cara y García (s.f) sostienen que, al abrir la puerta del internado; la locura está “alojada” del otro lado. Por ello, es importante ofrecer un espacio cuando se desata, se desnuda. Un espacio para comprender, permitiendo una contención extrema, poniéndonos al resguardo de sí mismos, ya que en ellos se aloja el consumo que los consume, una caída, la necesidad de callar voces dentro o fuera de ellos.

Por lo que históricamente la hospitalización psiquiátrica, también denominada internación, es una modalidad de intervención que la psiquiatría ha poseído desde sus orígenes. Desde que se conoce la forma de hacer psiquiatría, es el método principal para tratar enfermedades mentales. Este método, ya sea de manera voluntaria o involuntaria, emerge en varias ocasiones narrativa de soledad, tristeza y dolor como consecuencia del abandono (Castro, 2020).

Asimismo, tal como plantea Larese (2024), es posible reconocer, pese a las buenas intenciones sociales que sustentan la internación y al proceso terapéutico que en ella acontece, ciertos efectos contraproducentes que general en los usuarios vivencias de abandono que se agregan a su padecimiento inicial.

Sumado a ello, haber atravesado una experiencia de internación puede constituirse en una marca perdurable que incide tanto en la manera que los demás perciben al usuario como en la forma en que este se percibe a sí mismo. Del mismo modo, dicha experiencia influye en cómo es escuchada su palabra, la cual suele quedar desvalorizada o en duda. Es así como, el sujeto termina siendo identificado y asociado en un lugar de irracionalidad (Michalewicz et al., 2011).

En línea con lo expuesto anteriormente, Goffman (2006) aporta un análisis sobre el estigma, definiendo el mismo como “un atributo profundamente desacreditador” (p.13), concepto que permite y ayuda a comprender cómo estas experiencias de aislamiento pueden afectar la forma en que los usuarios son percibidos y escuchados.

Por el contrario, cuando el estigma es superado y se reconoce la voz de los usuarios, estos pueden asumirse como verdaderos actores sociales. La posibilidad de organizarse colectivamente les otorga un espacio de participación activa, desde el cual pueden contribuir con una mirada singular y valiosa a los debates. Dicho lugar, en muchas ocasiones, es brindado por el contexto de hospitalización (Michalewicz et al., 2011).

En términos generales, la internación implica la segregación y el aislamiento del entorno habitual del usuario, lo que constituye una experiencia desorientadora. Es así como emergen sentimientos de abandono, y dado que las redes externas suelen ser escasas o nulas, queda sostenerse en lo que la institución ofrece (Larese, 2024).

6.3.2 GRUPO TERAPÉUTICO

El grupo terapéutico puede comprenderse bajo una estructura compleja en la que interactúan y se articulan múltiples sistemas humanos, cada uno atravesado por su propia historia, valores, creencias y modos singulares de otorgar sentido a la experiencia. No se trata de una mera coexistencia de individuos, sino de una configuración dinámica en la que las subjetividades se encuentran, se interpelan y se transforman mutuamente (Serebrinsky, 2012).

Siguiendo la línea del autor, dentro de dicho dispositivo la circulación de la información no se limita estrictamente al plano verbal. Es decir, se despliega tanto en un nivel digital -ligado al contenido explícito del discurso- como en un nivel analógico, vinculado a los gestos, silencios, posturas corporales y tonalidades de los usuarios. Esta doble vía constituye una ventaja significativa del encuadre grupal, en tanto el analista no sólo escucha lo que se dice, sino también observa lo que se manifiesta en el plano no verbal y en las interacciones de los usuarios.

En este sentido, tal como plantean Gigena y González (2024), el cara a cara constituye una característica que diferencia a los dispositivos grupales del psicoanálisis clásico. “El ver y ser visto” despliega fantasías particulares, pone en juego los intercambios no verbales y las identificaciones especulares. Por ende, en los dispositivos grupales se considera de suma importancia el trabajo con el cuerpo y la clínica de la escena.

En síntesis, en el grupo terapéutico se produce un despliegue del grupo interno de cada usuario en la estructura de roles grupales. Se establece así un abanico de roles que permiten asumir posiciones complementarias a los miembros en la dramatización de sus fantasías secundarias (Kordon y Edelman, 1995). Es decir, cada miembro tiene una determinada fantasía, asumiendo un determinado rol que incluye muchos lugares o posiciones.

6.4 LO VINCULAR

Lo vincular implica hacer con los vínculos, trabajar y adentrarse a un campo de experiencias compartidas, donde lo singular y lo colectivo se entrecruzan. Tal como lo plantea Bergagna (2022), “estar entre otros impone hacer algo con esa alteración que las presencias producen. Ese hacer es imprevisible, siempre está por venir, es un devenir, aunque los encuentros con esos otros hayan existido muchas veces en el ante” (p.164). De esta manera, la autora sostiene que no se reduce a una simple interacción, sino que constituye un espacio donde se confrontan diversas alteridades tanto propias como de los demás.

Desde hace tiempo, el psicoanálisis amplió el espacio terapéutico, pasando desde la singularidad a la reunión de dos o más individuos, ofreciendo así un espacio para las relaciones que los sujetos establecen, relaciones necesarias, vitales, atravesadas por el sufrimiento psíquico (Bergagna, 2022). Siguiendo la línea de la autora, estar entre otros impone hacer algo con esa alteración que las presencias producen. Es precisamente en ese hacer donde se produce la subjetividad; es el vínculo el creador de subjetividad, no es que las subjetividades se vinculan.

Por ello, el universo vincular proporciona experiencias que no se repiten ni se limitan a lo que ya se vivió antes, por el contrario, cada encuentro con otros destaca lo novedoso por encima de lo familiar, invitando a un accionar cotidiano que pone en duda lo que ya se conoce (Bergagna, 2022).

Desde esta perspectiva, se propone pensar lo vincular como un entramado intersubjetivo que cuenta con aspectos conscientes, preconscientes o inconscientes. Será a partir de sus anudamientos y desnudamientos que transcurrirá un gran número de vicisitudes vinculares (Gomel y Matus, 2006). En consecuencia, los autores consideran necesario tener en cuenta al mismo tiempo vínculos, producción social de subjetividad e identidad identificatoria. De este modo, pensar el vínculo como relación con un otro o más sujetos que funcionan como objeto el uno para el otro y para sí mismos, complejiza la escena vincular.

Al mismo tiempo, es importante tener en cuenta la experiencia de enfermar, ya que la misma introduce modificaciones en la vida cotidiana del sujeto y de quienes integran sus grupos de pertenencia suponiendo una fragilización de lo cotidiano (Valero, 2001). En relación a esto, las particularidades del apuntalamiento se manifiestan con mayor nitidez en momentos de crisis, ya que estas implican rupturas de soportes que sostienen al psiquismo. Por dicha razón, determinadas crisis no pueden ser elaboradas en el plano individual, sino que requieren generar las condiciones para un trabajo psíquico de carácter vincular (Frank y Bustos, 2025).

Por su parte, Kaës (como se citó en Cao, 2018) sostiene el concepto trabajo psíquico de la intersubjetividad, ya que con él muestra cómo los sujetos que son parte de un vínculo adquieren aptitudes para llevar adelante operaciones psíquicas. Es decir, significar, interpretar, recibir, contener o rechazar, ligar o desligar, transformar o representar. El autor hace hincapié

en pensar que advenimos al mundo es un espacio vincular que contiene, y por ende, apuntala (Cao, 2018).

Tal como plantea Mellier (2006) la combinación de psiquismos surge a partir del trabajo necesario para posibilitar la mediación e intercambio entre la realidad interna de cada miembro, la del conjunto y la que emerge como efecto de la interacción misma. En este sentido, el equipo constituye una totalidad propia, diferente y no reducible a la suma de sus miembros.

Desde esta perspectiva, Puget (2002) sostiene que

El devenir sujeto social se logra en conjuntos de semejantes y pone en actividad un complejo mecanismo donde la imposición de exterioridades de muchos enfrenta con la complejidad del vincularse. Ir siendo e ir perteneciendo dentro del colectivo es el resultado de la creencia o convicción inconsciente que los códigos, ideologías, costumbres que forman parte de lo inconsciente son comunes, si bien se sabe inconscientemente que la ajenidad del y de los otros es un permanente atentado contra el reaseguro que dan las certezas. (p.132)

A modo de síntesis, a lo largo de la vida, cada relación que el sujeto establece, sea con otro sujeto, un grupo o institución, le brinda apoyos y modelos que sostienen, y, por ende, contribuyen a su desarrollo psíquico dentro del proceso de apuntalamiento (Cao, 2018).

6.4.1 NOCIÓN DE VÍNCULO

Riviere (1985) introduce la Teoría del vínculo, conceptualizando y logrando un pasaje cualitativo desde una perspectiva psicoanalítica centrada en lo intrapsíquico hacia una psiquiatría social. En ella, se conceptualiza al sujeto como parte de un interjuego dinámico entre los objetos internos y externos. Dicho interjuego se configura en una relación de carácter dialéctico y se expresa a través de determinadas conductas.

De esta manera, Riviere (1985)

Concibe el vínculo como una estructura dinámica en continuo movimiento, que engloba tanto al sujeto como al objeto, teniendo esta estructura características consideradas normales y alteraciones interpretadas como patológicas. En todo

momento el vínculo lo establece la totalidad de la persona, totalidad que Pichón Riviere interpreta como una Gestalt en constante proceso de evolución. (p.11)

A su vez, dicho autor, plantea que la asunción de un rol y, por ende, la adjudicación de un rol a un otro implica un interjuego dialéctico permanente. En la medida en que uno adjudica y el otro recibe, se configura entre ambos una relación, la cual comprende como vínculo.

En relación a lo planteado, todo vínculo intersubjetivo se conforma como un ámbito de realidad psíquica inconsciente que es conjunta, común y compartida. Dentro de esta realidad psíquica, un proceso y una formación que adquieren especial relevancia son las alianzas psíquicas. Dichas alianzas pueden estar referidas a prohibiciones fundamentales, aspectos más defensivos, o tener efectos patógenos. Se define alianza bajo el acto por el cual dos o más sujetos se asocian con el propósito de alcanzar un objetivo determinado, lo que supone la existencia de un interés compartido y de un compromiso recíproco entre quienes participan. De esta manera, los sujetos de un vínculo deben anudar y sellar entre ellos alianzas, algunas conscientes y otras inconscientes (Kaës, 2007).

Por su parte, Puget (2015) propone que la noción de vínculo busca diferenciar la relación de objeto, incluida en la lógica del uno, de vínculo, incluido en la lógica del dos. Es decir, se genera un espacio inviolable, que se amplía en cada intercambio entre dos o más personas, cuya cualidad es la alteridad de cada uno, que se impone al o a los otros. En relación a ello, desde la lógica del dos, se habita un espacio de diálogo que permite apropiarse de lo que va sucediendo, sin que ello implique un para siempre. Tal como plantea Puget (2015), “vínculo en cuanto entidad exige un trabajo, tiene un costo, al cual he llamado impuesto a pagar” (p.21).

Finalmente, Riviere (1985) sostiene que “en ningún paciente existe un tipo único de vínculo, todas las relaciones de objeto, todas las relaciones establecidas con el mundo son mixtas” (p. 24). Dicho autor propone pensar el grupo social en que el sujeto está actuando bajo una doble significación, es decir, si observamos los diferentes tipos de relaciones que el paciente tiene con su grupo de pares y a ello le consignamos los distintos tipos de conductas que manifiesta frente a cada miembro, obtenemos la descripción de un cuadro clínico en su adentro.

6.4.2 APUNTALAMIENTO

En el marco del proceso de internación, resulta pertinente detenerse en el modo en que la función vincular se sostiene y configura ante las transformaciones que este contexto implica, las cuales no se reducen a una modificación meramente rutinaria, sino que supone diversas alteraciones que implican un reordenamiento del sujeto, incidiendo así en los modos de sostén psíquico.

En este sentido, el apuntalamiento es uno de los procesos más significativos en la construcción del psiquismo, de esta manera, la historia del sujeto resulta constituirse en relación a sus apuntalamientos. Es decir, se trata de un proceso que sostiene, organiza y hace posible el vínculo entre los distintos órdenes de realidad, rebatiéndolos de alguna manera en la realidad psíquica (Kaës, 1992).

En relación a lo planteado, el concepto de apuntalamiento promueve novedosas perspectivas para el análisis de fenómenos grupales y clínicos. Resulta indispensable para entender e interpretar las situaciones de crisis. Es decir, los grupos ponen de manifiesto sistemáticamente la relevancia que comprende, dado que se evidencia en el análisis de los fenómenos de pertenencia grupal, las situaciones que implican crisis y el papel del grupo en cuanto favorecedor y obstaculizador de la creatividad (Edelman y Kordon, 1983).

Dentro de este marco, los autores proponen que al hablar de apuntalamiento se pone énfasis en lo que amenaza con caerse y que, por lo tanto, requiere consolidación y un esfuerzo por sostenerse. En esta perspectiva, las crisis implican pérdida, falta, ruptura en relación a los diversos sostenes con los que cuenta el psiquismo, en este sentido, lo posiciona ante una situación de desamparo. En relación a la idea planteada, el apuntalamiento indica la existencia de apoyos múltiples y parte de la importancia de considerar una red de solidaridades que sostiene el funcionamiento psíquico. Implica, además, la presencia de movimientos: movimientos de apoyos y ausencias, de aperturas y cierres, de crisis y creaciones.

A modo de síntesis, y en relación al contexto en el que se desarrolla dicho trabajo, resulta interesante retomar una concepción de Kaës (como se citó en Edelman y Kordon, 1983) quien afirma que al grupo se le atribuye capacidad de albergue psíquico, con la finalidad de hospitalizar sus partes enfermas, donde pueda surgir lo que aún no se ha constituido; en otras palabras, un espacio donde lo no dicho y las prohibiciones que no fueron promulgadas se enuncian y, en consecuencia, se abran caminos. Dicho de otra manera, el

grupo como contenedor y transformador de objetos internos, para crear y constituir eslabones no advenidos en el psiquismo.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

El presente trabajo se encuentra enmarcado en un proyecto de sistematización de la experiencia de las PPS, llevado a cabo en la Clínica Saint Michel. A modo introductorio, resulta relevante definir qué se entiende por sistematización.

Según los aportes de Jara (s/f), la palabra sistematización implica clasificar, ordenar o catalogar datos e informaciones. Consiste en analizar de manera crítica una o varias experiencias, identificando la lógica que guio lo vivido y reconociendo elementos que intervinieron. A partir de ello, se generan aprendizajes y conocimientos que ayudan a comprender la experiencia, otorgando un sentido desde una mirada reflexiva y transformadora.

Por su parte, García y Morgan (2010) conciben la sistematización de experiencias como una manera de extraer y hacer comunicables los conocimientos que se producen en los proyectos de intervención en la realidad, con intencionalidad de transformación. Resulta pertinente aclarar que la experiencia constituye el objeto central de análisis en este proceso.

Tal como plantea Jara (2011)

Lo esencial de la sistematización de experiencias reside en que se trata 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. (p.67)

Sumado a ello, es importante reconocer que tal vez no contemos con respuestas definidas o categorías teóricas suficientes para comprender o explicar ciertas situaciones. En ese sentido, el desafío consiste en construir un camino propio de teorización, entendiendo que la teoría también se gesta y enriquece en la práctica (Jara, 2011).

De esta manera, la sistematización de experiencia se vuelve esencial, ya que es un proceso fundamental para la construcción de conocimiento a partir de la experiencia. Permite no solo describir lo vivido, sino reconstruirlo de manera crítica resignificando la práctica y dotándola de una dimensión reflexiva.

7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

La clínica Saint Michel cuenta con una población aproximada de 115 usuarios que se encuentran atravesando un proceso de internación, ya sea bajo modalidad voluntaria e involuntaria, de acuerdo con las particularidades de cada caso y el criterio clínico establecido. El dispositivo admite usuarios a partir de los 12 años de edad, y no establece un límite etario máximo, lo que posibilita el abordaje de una amplia franja poblacional que se extiende desde la adolescencia hasta la senectud.

En consecuencia, la población que accede al dispositivo se caracteriza por una marcada heterogeneidad. Dicha diversidad se manifiesta no sólo en términos etarios y de género, sino también en las trayectorias vitales y la variedad de diagnósticos clínicos que presentan.

La población destinataria del presente proceso de sistematización estará conformada por aquellos usuarios que se encuentren distribuidos en los distintos sectores de la institución, entre ellos se encuentran el sector B1 correspondiente a infanto-juvenil, sector B2 adultos que cuentan con un cuadro estable, sector Rojo adultos que cuentan con un cuadro agudo/recién ingresados y, por último, sector Verde usuarios crónicos.

7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el desarrollo del presente trabajo se consideraron diversas técnicas, entre ellas la observación participante, los registros de campo y extractos de entrevistas realizadas en dispositivo de internación a usuarios de salud mental.

Con respecto a la observación, Guber (2011) sostiene que esta implica algún grado de participación por parte del observador. Esto significa que quien observa asume un rol dentro del contexto observado, lo cual no solo influye en las conductas de los sujetos, sino que, a su

vez, estas conductas repercuten en la propia percepción y posicionamiento del observador. Dicha participación implica asumir roles que demandan un esfuerzo significativo por parte del observador, en tanto muchas veces requiere insertarse en dinámicas institucionales que resultan ajenas, lo cual supone un proceso de adaptación. El fin de dicha técnica implica comprender los fenómenos que se manifiestan y construyen en diversos contextos.

Por otra parte, el registro de campo constituye una técnica fundamental en el desarrollo de este trabajo. Según Taylor y Bogdan (1984):

La observación participante depende del registro de notas de campo completas, precisas y detalladas. Se deben tomar notas después de cada observación y también después de contactos más ocasionales con los informantes, como por ejemplo encuentros casuales y conversaciones telefónicas. Puesto que las notas proporcionan los datos que son la materia prima de la observación participante, hay que esforzarse por redactar las más completas y amplias notas de campo que sea posible. (p.74)

Este procedimiento consiste en plasmar de manera detallada las observaciones surgidas en la práctica, con el fin de permitir una lectura posterior que facilite la sistematización de la experiencia. En dicho registro se plasman tanto afirmaciones como interrogantes, que sirven de guía para la construcción del presente trabajo.

A su vez, Guber (2011) define la entrevista como, “una relación social a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones en una instancia de observación directa y de participación” (p.70). En este sentido, las entrevistas se llevan a cabo en contexto de internación, por lo que, debido a las circunstancias particulares, es posible que en muchas ocasiones no sigan un patrón rígido o estructurado. De igual manera, además de construir una parte fundamental del proceso terapéutico, estas entrevistas aportan a la comprensión y sistematización de la experiencia, ya que en ellas afloran temas y conceptos vinculados al eje de sistematización, así como también experiencias que otorgan información valiosa para el posterior análisis que se llevará a cabo.

Por último, cabe señalar que se emplearon herramientas de inteligencia artificial únicamente como apoyo para la revisión de redacción y claridad del presente escrito.

7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo se rige bajo el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013), el cual tiene como propósito proveer a la práctica profesional tanto principios generales como normas deontológicas.

A continuación, se exponen los principios éticos que predominan de manera determinante durante el proceso de sistematización de la experiencia. En primer lugar, respeto por los derechos y la dignidad de las personas evitando la emisión de juicios y preservando la intimidad, autonomía y dignidad de las personas. Por este motivo, toda la recolección de información se realizó de manera anónima. Sumado a ello, el principio de integridad, que promueve la prudencia por parte del psicólogo/a y la honestidad, además de evitar nociones que degeneren en rotulaciones que devalúan o discriminan. Finalmente, se destaca el compromiso profesional y científico, que en el rol de practicante implica mantener un desarrollo continuo tanto personal como ético, así como una constante actualización en los conocimientos científicos y profesionales vinculados al ejercicio de la disciplina.

Por último, en relación a las normas deontológicas se garantiza el cumplimiento del consentimiento informado de las personas que participan, de este modo antes de cada entrevista o dispositivo realizado en la clínica se informa a la persona sobre mi presencia, una vez que ésta brinda su consentimiento, se procede con el inicio del encuentro. Así también, se resguarda el secreto profesional, el cual es definido por el Colegio de Psicólogos (2016), “los psicólogos tienen el deber de guardar secreto asegurando así la confidencialidad de todo conocimiento obtenido acerca de los destinatarios de sus servicios profesionales” (p.9). De este modo, esta norma será aplicable a todo el conocimiento obtenido durante la práctica.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

A partir de la experiencia correspondiente a las Prácticas Profesionales Supervisadas, se retoma el proceso transitado con el propósito de reflexionar, resignificar y otorgar sentido a las experiencias vividas desde el inicio del recorrido hasta su culminación.

Dicho proceso se remonta hacia mediados de la carrera en adelante, donde comenzó lentamente a surgir en mí un gran interés, el cual fue acrecentando respecto a las prácticas como etapa final para la culminación de la carrera de Licenciatura en Psicología.

Inicialmente, se me presentó una disyuntiva entre orientar la experiencia hacia la investigación o más bien, hacia las prácticas supervisadas. No obstante, con el transcurso del tiempo, y a partir de múltiples experiencias prácticas transitadas en años anteriores de la carrera, comencé a cuestionarme con mayor profundidad respecto de mis intereses y proyecciones profesionales. Dichas instancias me permitieron advertir que mi inclinación se orientaba hacia el campo clínico, priorizando el contacto directo con la práctica y la experiencia en terreno por sobre el desarrollo de un proyecto de investigación. En la actualidad, puedo reconocer que la elección no fue al azar ni circunstancial, sino que respondió a un interés que fue construyéndose en mí a lo largo de las diversas experiencias transitadas en mi carrera.

Así fue como, llegado mi último año de la carrera, la incertidumbre acerca de la selección del contexto fue disminuyendo, interrogante que, a su vez, logre responder con total seguridad al tomar contacto en mi cuarto año con la materia Psicología Clínica. Sin embargo, luego la duda se desplazó en la elección específica de la institución en la cual iba a realizar mis prácticas.

En relación a ello, comencé por indagar acerca de las propuestas que proponía la cátedra de Prácticas Profesionales Supervisadas. Una vez tomada la decisión de llevar a cabo mis prácticas en la Clínica Saint Michel, ubicada en la ciudad de Córdoba, experimenté una gran emoción, ya que era mi primera opción al momento de mi elección.

El periodo de espera culminó el primer día de prácticas, el cual estuvo marcado por una notable ansiedad. Dicha emoción me acompañó los primeros meses de la experiencia,

luego inició un proceso gradual de adaptación. En palabras de mis primeros registros *“en el momento del pase de guardia comencé a sentirme nerviosa, era mi primer recorrido por la clínica, y más aún por el internado”* (Registro 14.05.2025). Asimismo, desde el momento de mi ingreso, la institución me brindó múltiples oportunidades de aprendizaje, dado su carácter como clínica formadora comprometida con el desarrollo profesional.

Al mismo tiempo, en relación a la institución donde realice mis prácticas, implicó comprender la complejidad de un entramado institucional en el que confluyen prácticas, discursos y roles profesionales. En este sentido, el trabajo interdisciplinario me permitió advertir que la intervención clínica no se reduce al espacio individual, sino que se construye colectivamente en el intercambio con los profesionales.

Durante el primer mes y medio (finales de mayo y principios de junio), los días lunes/martes y miércoles, me dediqué al acompañamiento de profesionales de la clínica, con un claro propósito, ambientarme y comprender las dinámicas y dispositivos utilizados. De este modo, la observación intensa y concentrada en los distintos sectores de la Institución, incluyendo B1, B2, Rojo, Amarillo, Azul y Verde, facilitó el surgimiento de interrogantes que enriquecían mi reflexión acerca de la práctica.

En el transcurso del segundo mes, comencé a participar activamente en el Hospital de día los días miércoles y jueves. Los días miércoles, acompañaba a un psicólogo y a una asistente terapéutica en el dispositivo de grupo terapéutico, el cual generó en mí una mayor apertura a la participación e intervención, ya que, a diferencia de experiencias previas, este grupo de usuarios se caracteriza por su frecuencia semanal, facilitando la continuidad y la comprensión de la dinámica grupal.

Por su parte, los días martes ocupé un rol de coordinadora en el sector verde, donde planifiqué y ejecuté actividades junto a una compañera que estaba realizando sus prácticas de Asistente Terapéutico. Previamente, presentamos las actividades propuestas a la Psicóloga referente, quien brindaba su aprobación. Esta experiencia me agradó y me permitió semana tras semana afianzar mis recursos personales. En un principio, sentí que el amplio abanico con el que contaba la clínica superaba de alguna manera mis capacidades, sin embargo, con el tiempo pude darme cuenta que estaba en constante adaptación y sacando provecho a las oportunidades de aprendizaje que se me presentan. Sin embargo, de mi parte fui saldando dudas que me planteaba al concurrir a mi práctica mediante la lectura y las consultas a diversos profesionales.

Por otro lado, los días jueves participe del Hospital de día, en actividades que comprendían tanto un taller expresivo como un taller de creación cultural, coordinado por profesionales del área de asistencia terapéutica.

Gracias a lo anteriormente expuesto, he podido ir descubriendo progresivamente nuevos sectores de la clínica, interactuar con diferentes profesionales que la integran, y participar en modalidades de intervención y dispositivos terapéuticos que me resultan interesantes y significativos. Este aprendizaje me impulsó a cuestionarme continuamente acerca de lo que observo día a día.

A lo largo del proceso, note un pasaje progresivo desde una posición predominantemente observadora hacia una implicación más activa. Este desplazamiento no fue repentino, sino que estuvo acompañado por interrogantes acerca de mi propio posicionamiento y recursos personales. La práctica no solo implicó adquirir herramientas técnicas, sino también revisar supuestos previos acerca de la clínica.

Un aspecto que me ha llamado y continúa llamando la atención, fue mi primer encuentro directo con las patologías en Salud Mental, que, si bien hemos estudiado y profundizado a lo largo de la carrera, no había tenido contacto real con ellas hasta mi ingreso a la clínica. Para mí, posicionándome desde un plano personal, confrontar estos procesos constituyó una parte esencial de la experiencia.

En cada momento fui valorando cada aprendizaje que me brindaba esta experiencia para mi futuro profesional. Percibo que logre cultivar una escucha atenta, una observación libre de juicios de valor y el respeto por la singularidad de cada individuo. A continuación, se evidencia en una parte subjetiva de mi registro lo anteriormente dicho: *“y aunque sea con un gesto, o la escucha activa siento ayudar a los demás, eso me pone feliz.* (Registro 12.06.2025).

Por último, pero no menos importante, dispongo de un eje de sistematización y objetivos establecidos, los cuales cumplieron un papel fundamental a la hora de observar e interpretar los fenómenos dentro de la clínica. Este marco no solo guió en partes mi accionar, sino que mi percepción a base del mismo ha ido siendo transformada de manera gradual.

Tal como planteé en el análisis de mi experiencia, los vínculos fueron uno de los aspectos que más ha llamado mi atención a lo largo de mis prácticas. En todos los espacios de la clínica por los cuales transité se evidenciaba la presencia de relaciones entre usuarios. Asimismo, me resultó interesante pensar: si bien en un principio la internación estaba concebida como un aislamiento del sujeto, en la actualidad es imposible pensar o directamente no se puede concebir a la internación sin la presencia de otro.

Sin embargo, también fui observando que los vínculos no se conforman de manera aislada, y a su vez, que la clínica contaba con dispositivos que permiten la conformidad de los mismos. Por esta razón, incorporé la idea de dispositivos terapéuticos a mi eje, buscando de alguna manera analizar qué posición adquieren frente a ellos.

8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA

En este apartado se abordarán los objetivos específicos en relación con el eje de sistematización propuesto, mediante el análisis del material obtenido en el recorrido institucional, a fin de articular los desarrollos teóricos con la práctica realizada.

8.2.1 DESCRIBIR LOS DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS Y LAS CONDICIONES QUE HABILITAN LA PRODUCCIÓN DE VINCULARIDAD ENTRE LOS USUARIOS DE SALUD MENTAL.

En este apartado, se describirán los dispositivos terapéuticos observados durante la práctica, así como las condiciones que éstos habilitan para la producción de vincularidad entre los usuarios de salud mental. Explorar este objetivo implica atender a dimensiones concretas que se ponen en juego en cada dispositivo y al modo en que éstas inciden en la experiencia vincular.

8.2.1.1 INTERNACIÓN COMO DISPOSITIVO GRUPAL

Comenzar por describir la internación permite situar el contexto que sostiene y condiciona las prácticas clínicas analizadas. La internación no sólo opera como un dispositivo terapéutico con características propias, sino que además organiza las coordenadas espacio-temporales, normativas y vinculares que hacen posible la emergencia de otros dispositivos específicos, entre ellos el grupo terapéutico.

La clínica Saint Michel dispone de múltiples dispositivos; sin embargo, a lo largo de este trabajo se hará énfasis exclusivamente en aquellos en los que se participó durante la práctica profesional supervisada.

En este sentido, el análisis del grupo terapéutico no puede escindirse del entramado institucional que lo contiene y condiciona. Por ello, se abordará en primer lugar la internación, para luego focalizar en el dispositivo grupal que se desarrolla en su interior.

En esta línea, resulta pertinente retomar la pregunta ¿Qué entendemos por dispositivo?, ya que el mismo opera como fundamento conceptual del desarrollo del presente Trabajo Integrador Final. Este interrogante ha sido desarrollado en el marco teórico y adquiere aquí relevancia en tanto orienta y sostiene las articulaciones posteriores.

Desde una perspectiva teórica, un dispositivo constituye un artificio organizado para la producción de un efecto determinado, dispuesto y preparado con ese fin. Como toda estructura orientada a la acción, el efecto esperado consiste en cierto movimiento (Schtivelband, 2004). De esta manera, situándonos en el contexto en el que fue realizado dicho trabajo, podríamos pensar que la internación, en sí misma, constituye un dispositivo.

En este marco de conceptualizaciones, la internación se configura como una modalidad destinada a abordar el padecimiento mental y a producir determinados efectos, es decir, ciertos desplazamientos. Asimismo, resulta fundamental señalar que los procesos y procedimientos llevados a cabo en la misma, se encuentran regidos por los principios establecidos en la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010), garantizando así el respeto por los derechos de los usuarios que se encuentran en la Institución.

Ahora bien, en relación con el ingreso de los usuarios, la recepción que se realiza al llegar la persona al servicio, inicia el momento denominado admisión, el cual se continúa mediante una entrevista realizada por un equipo interdisciplinario, integrado por profesionales de distintas disciplinas presentes en el servicio (Paladino, 2019). Durante esta instancia, se procura indagar y delimitar aspectos de carácter clínico relevantes para el abordaje, además se delimita la indicación de internación.

No obstante, en caso de ser una internación involuntaria, se considera principalmente lo estipulado en la Ley N.º 26.657 (2010):

La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. (Art. 20)

Por lo tanto, la admisión implica una evaluación clínica rigurosa, sostenida en criterios legales y éticos que orientan las decisiones. Paralelamente, la entrevista inicial no solo delimita condiciones de ingreso, sino que se dirige a organizar el proceso de internación, adaptándose a las particularidades que presente cada usuario. De este modo, el equipo tratante puede abordar de manera adecuada las necesidades individuales.

A su vez, Paladino (2019) plantea que la entrevista de admisión se articula con la lógica organizativa propia del dispositivo de internación, que comprende:

Aquellos procesos y procedimientos que forman parte de la modalidad de internación y que se encuentran a cargo del equipo interdisciplinario de la sala. Estos procesos y procedimientos se inician con la recepción del usuario a la sala y finalizan con su egreso. (p.1)

Visto de esta forma, la interdisciplina enriquece los modos de aproximación al conocimiento, así como las formas en que se comprenden y abordan los conflictos, dado que toda disciplina constituye únicamente un recorte de la realidad que delimita un objeto de estudio y una modalidad de aproximación.

En este sentido, el sujeto contemporáneo se configura como el resultado de una trama múltiple y heterogénea, producto de un devenir histórico, social y político, que da lugar a singulares modos de constitución subjetiva (Parisi, 2006). Debido a esto, esta perspectiva no solo se limita al plano conceptual, tal como se evidencia en la práctica en palabras de una profesional que forma parte del equipo “*dejar de ver al sujeto bajo su diagnóstico y empezar a verlo por lo que realmente es*” (Registro, 26.06.2025).

A su vez, el equipo interdisciplinario permite generar debates acerca de los usuarios, es decir, propicia que los profesionales expongan sus perspectivas en relación a casos clínicos, un ejemplo de ello:

“damos comienzo, lo llevamos a cabo psicóloga, trabajadora social y acompañante terapéutica, cada una de nosotras expondremos nuestra postura como profesionales ante el caso Z, una adolescente que es parte de la clínica y el tema que nos convoca es el -estrago materno hacia ella-”. (Registro 08.08.2025)

De este modo, se observa que la fase de admisión, la cual forma parte del dispositivo de internación, no se agota en una instancia puntual, sino que inaugura un trabajo interdisciplinario sostenido en el tiempo.

Concluida la instancia de admisión, el equipo interdisciplinario analiza diversos aspectos vinculados a la situación particular de cada usuario, lo cual permite definir decisiones específicas en torno al tratamiento, como la pertenencia a determinados sectores dentro de la Institución. En dicho proceso, se tienen en cuenta diversos criterios, los cuales son detallados por profesionales en los registros de práctica *“Se dividen por ciertas características, como la vejez, discapacidad, obras sociales, gravedad del cuadro y su posible carácter crónico”* (Registro, 14.05.2025).

En lo que respecta a los procesos que se llevan a cabo y al objetivo que orienta la internación, una de las profesionales que forman parte del equipo profundiza:

“los usuarios comienzan a vivenciar cuestiones dentro de la internación. Su vida comienza en el momento en que se internan. El usuario logra realizar hábitos que antes no tenía, aparece el deseo de vivir, y demás cosas que afuera le eran difíciles”. (Registro, 03.10.2025)

Además, el psicólogo del equipo realiza un gran aporte, señalando *“el objetivo de la internación es que el usuario pueda conectarse con el deseo a la vida”.* (Registro, 03.10.2025)

Es aquí donde puede visualizarse la idea de la internación como promotora de movimientos, en tanto genera transformaciones, habilita nuevas posiciones frente al deseo y propicia movimientos subjetivos. Es decir, implica algo más que un espacio físico de alojamiento, ya que configura una trama de intervenciones y condiciones que producen efectos en la subjetividad.

Sin embargo, el dispositivo de internación trasciende la planificación institucional, en tanto también se configura a partir de lo que el usuario manifiesta sobre dicho proceso. Es decir, implica tener en cuenta el relato del usuario más allá del que construyen los profesionales que forman parte del equipo interdisciplinario.

En este sentido, el dispositivo puede pensarse como un entramado que construye condiciones que operan como posibilitadoras de vincularidad, en tanto habilita experiencias de reconocimiento del otro, así como también de identificación entre pares. Para reflejar dicha perspectiva, se tomarán extractos de registros, donde se visualiza al dispositivo como promotor de estas condiciones *“acá me sentí muy bien y aceptado, mi miedo es salir afuera.*

Acá puedo mostrarme como soy. En mi vida me quise ir matando en cuotas, pero hoy las pilas de la vida las tengo cargadas". (Registro, 17.10.2025).

En este marco, la internación no solo implica el ingreso del usuario a la institución, sino que introduce una reorganización profunda que configura nuevas condiciones de posibilidad para el lazo social. Esto se ve reflejado en los usuarios, *"hábitos y la experiencia de conocer gente. Cosas que no podía hacer antes de ingresar o no tenía ganas directamente"* (Registro, 03.10.2025).

Asimismo, la estructuración de horarios, rutinas, actividades y normas configuran un orden cotidiano que opera como sostén frente a situaciones de desorganización subjetiva. En este punto, se hace visible el efecto de encuadre como organizador psíquico, en tanto potencia la pertenencia, la identificación entre pares y el reconocimiento del otro. Dicho esto, frases de usuarios como: *"Acá me di cuenta que me encanta estar con gente. He cambiado hábitos, acá la estructura misma te ayuda"* (Registro, 03.10.2025), dan cuenta de ello.

Tal como se observa en los siguientes registros, la convivencia constituye otra de las condiciones que el dispositivo dispone para promover la vincularidad. Es decir, el hecho de compartir cotidianamente los espacios institucionales configura una experiencia de presencia continua entre pares, que posibilita el sentido de pertenencia, la circulación de la palabra y el reconocimiento del otro. Esta proximidad sostenida no solo posibilita intercambio frecuente, genera un "entre" que trasciende la mera coexistencia física. Lo mencionado se evidencia en viñetas clínicas tales como:

"Ingresé por depresión y ansiedad. Me llevó muchos amigos, pude formar vínculos. Algo que no formaba hace tiempo afuera". (Registro 03.10.2025)

"Ingresé por depresión, afuera hice tratamiento, pero no veía resultados. Desde que estoy acá adentro me siento acompañado, nos hemos reído, charlado, abrazado entre todos". (Registro, 21.06.2025)

"Una imagen que me hace acordar a nosotros, acá, en grupo. Haciéndonos compañía, intentando transcurrir el tiempo con alguien al lado, apoyándonos". (Registro, 14.10.2025)

En otras palabras, el dispositivo se configura también a partir de la dimensión vincular que allí se despliega, particularmente en lo que refiere a procesos de identificación entre pares, a la construcción de pertenencia y a formas de apuntalamiento; el contacto cotidiano posibilita la construcción de nuevos lazos.

Dicho esto, un usuario señaló:

“Si me tengo que presentar, tengo que hablar de todos. Soy un poquito de todos. La internación es la pausa y la sabiduría en conjunto. Me ayudaron a ver el camino que tenía por delante. Mis últimas palabras son gracias a todos porque a algunos no llegué a conocer, pero igual han estado”. (Registro, 03.10.2025)

Por esta razón, los usuarios no solo cohabitan una institución, sino que ingresan a ella atravesados por problemáticas que, aunque presentan singularidad en su manifestación, comparten un trasfondo común de padecimiento, vulnerabilidad, sufrimiento y crisis. Esta condición compartida se traduce en procesos de identificación y reconocimiento mutuo, que operan como una de las bases de la producción de vínculos. Los usuarios dan cuenta de ello cuando señalan: *“acá los vínculos son sinceros porque todos nos entendemos y pasamos por esto, aunque no sea el mismo diagnóstico sabemos lo que es”* (Registro, 19.05.2025), *“desde que estoy acá me siento comprendido, me siento acompañado. ¿Cómo podría hablar de esto con una mamá, una hermana? No saben lo que pasamos, nosotros si”* (Registro 02.06.2025), *“la internación te hace bien, te podés comunicar con gente que está en la misma situación, y eso te hace dar cuenta de que no sos el único. La internación es una pausa a la vida”.* (Registro, 03.10.2025)

De este modo, la internación se presenta como un dispositivo complejo que articula dimensiones clínicas, organizativas y vinculares, produciendo condiciones que favorecen la emergencia del lazo social y la reconstrucción subjetiva, excediendo la mera contención o alojamiento.

8.2.1.2 GRUPO TERAPÉUTICO

A partir de estas conceptualizaciones, el dispositivo de Grupo Terapéutico se inscribe dentro del marco de la internación, constituyéndose como un espacio compartido que forma parte del abordaje institucional. De esta manera, resulta claro que la internación no es la mera coexistencia de dispositivos aislados, sino que se inscribe en una lógica de tratamiento grupal, la cual, en consecuencia, genera condiciones para la construcción de lazo social.

Dicho esto, tal como define Pachuk y Zadunaisky (2010), al formar parte del dispositivo “se trata de procesar la ajenidad, la incertidumbre, lo desconocido y la presentación en un conjunto tan particular como son los grupos terapéuticos” (p.11). En este

punto, el uso de la palabra puede funcionar como medio para dicho procesamiento. Para ejemplificar, intervenciones de los profesionales tales como: *“uso de la palabra es fundamental, se trata de que el otro sienta mediante la explicación, por medio de la palabra, lo que uno siente”*, dan cuenta de ello (Registro, 19.05.2025).

Cabe resaltar, que es una instancia de participación no obligatoria para los usuarios que integran el sector en el cual es llevado a cabo, dado que el área de internación se encuentra sectorizada. Dichos sectores fueron definidos en el apartado correspondiente al contexto de práctica, a partir de determinadas características clínicas y funcionales.

Con respecto al encuadre, resulta necesario sostenerlo de manera estable, en tanto supone la transformación de determinadas variables en constantes. No obstante, esto no implica únicamente sostener una actitud técnica definida y un rol específico, sino también mantener fijos aspectos como los objetivos, el espacio y el tiempo en donde se desarrolla el encuentro (Bleger, 1964).

En esta línea, los encuentros se desarrollan los días lunes, miércoles y viernes, de acuerdo con el sector de internación correspondiente. En cuanto a la frecuencia, el dispositivo se sostiene semanalmente, con excepción de aquellas jornadas en las que se programan actividades institucionales específicas, como por ejemplo el “Día de la Primavera”.

“Hoy fue el día de la primavera, no hubo grupo terapéutico. Se reunió a todos los usuarios internados en el B1, ya que la actividad se trataba de pasar a cantar en grupos. Comenzaron por el B1 y así fueron pasando cada sector incluido el dispositivo de Hospital de día. Cada grupo elegía la canción que quería cantar, se ponía en el parlante y lo hacían de manera grupal. Se notaba la alegría en el ambiente, estaban todos muy contentos. Por momentos, no parecía que cada uno contara con un diagnóstico distinto al otro, sino que estaban unidos en busca de un objetivo: pasar a cantar y que salga bien. Se apoyaban mutuamente, a quienes no se animaban buscaban la forma de vencerlo”. (Registro, 19.09.2025)

En relación con la duración de cada encuentro, oscila entre 30 (treinta) y 40 (cuarenta) minutos. Sin embargo, dicho tiempo puede flexibilizarse en función de la dinámica grupal o de las particularidades que acontezcan en el espacio físico donde se lleva a cabo, dado que, en ocasiones, el hecho de realizarse en el propio sector de internación propicia la presencia de estímulos distractores que inciden en el desarrollo del encuentro.

Además, el desarrollo puede verse condicionado por el tipo de temáticas que emergen en cada ocasión, ya que en ciertos momentos los usuarios no se encuentran elaborando contenido vinculado a los objetivos terapéuticos del dispositivo.

La estabilidad en los días y horarios de encuentros, así como la utilización de un mismo lugar para su realización, favorecen la construcción de referencias estables que permiten anticipar lo que va a suceder y sostener cierta continuidad en el tiempo. Cuando el encuadre se sostiene de manera clara y consistente, genera condiciones de confianza que facilitan la emergencia de intercambios significativos.

Dentro de las coordenadas espaciales que configuran el encuadre, la forma en que se organiza el espacio adquiere relevancia, ya que no se trata únicamente de una disposición física, sino de una modalidad que estructura el intercambio entre usuarios.

En este marco, la organización en ronda, dada en el grupo terapéutico, constituye una decisión significativa al interior del dispositivo. Al disponer a los sujetos en un círculo común, se favorece una configuración sin jerarquías rígidas y se promueve mayor visibilidad recíproca.

En relación a ello, se toma un registro que da cuenta de lo planteado. Usuario menciona *“me quise matar” y todos lo observan*. La disposición en ronda posibilita que esa enunciación no quede aislada, sino que se inscriba en una escena compartida donde la mirada del otro introduce reconocimiento y presencia. El dispositivo, en este punto, no solo organiza el espacio, sino que crea condiciones para que algo del orden del lazo se produzca. Tal como lo mencionó el profesional a cargo del dispositivo *“el espacio grupal es libre para conversar con un otro lo que resuena en el proceso de internación”* (Registro, 24.10.2025).

De este modo, se habilita la mirada recíproca, la escucha y la posibilidad de reconocerse en el semejante. En consonancia con el desarrollo en el marco teórico, el vínculo se inscribe bajo la lógica del dos, es decir, supone la presencia de un otro que devuelve algo de la propia experiencia (Puget, 2015).

Tal como señalan Vinogradov y Yalom (1996), un número significativo de usuarios recibe su único tratamiento o su tratamiento principal en modalidad grupal. Esta perspectiva permite concebir a la psicoterapia de grupo no como un recurso meramente complementario, sino como una estrategia clínica central en el abordaje de diversas problemáticas. Siguiendo la línea de los autores, el grupo mismo funciona como instrumento de cambio y sostén. La expresión de la profesional *“el grupo sostiene, definitivamente”*, da cuenta de ello (Registro, 27.05.2025). Esta característica otorga al análisis una relevancia particular, en tanto no se trata de un dispositivo meramente formal, sino de un espacio que potencia múltiples procesos subjetivos y vinculares.

Bajo esta lógica, no sólo aloja problemáticas, sino que, a partir de su propio encuadre y dinámica, generan condiciones que habilitan la construcción de relaciones entre pares,

favoreciendo lazos y emergencia de nuevas significaciones. Es decir, el grupo posibilita un doble aspecto: por un lado, configura un espacio que habilita procesos de crecimiento y transformación para los sujetos que lo integran, y, por otro lado, propicia emergencia de manifestaciones regresivas, en las que se reactivan modalidades psíquicas más arcaicas (Edelman y Kordon, 2011).

Visto de esta forma, dentro de lo que los autores denominan factores terapéuticos, Vinogradov y Yalom (1996) proponen la cohesión grupal, refiriéndose al “atractivo que los participantes ejercen sobre el grupo y sobre el resto de los miembros” (p.31). De este modo, la cohesión no se configura de manera espontánea, sino como resultado de condiciones encuadrantes mencionadas anteriormente, que sostienen el dispositivo, tales como la frecuencia semanal, la no obligatoriedad, la repetición de encuentros y los tipos de intervenciones que realiza el profesional, las cuales serán desarrolladas más adelante.

Dicho concepto puede ser visualizado en los registros tales como *“en este espacio la gente me escucha, ni hablar del grupo. Todos ponen su granito de arena y el hombro”* (Registro, 03.10.2025), *“A veces uno llega roto y se va un poco más entero. A mí me ayudó mucho estar con ustedes”* (Registro, 07.11.2025).

A partir de lo desarrollado, puede advertirse que tanto la internación como el grupo terapéutico no constituyen meros espacios de alojamiento, sino dispositivos que, a través de condiciones encuadrantes, producen efectos específicos en la dimensión vincular. En este marco, la vincularidad se comprende como una producción que emerge de las condiciones mismas que sostienen cada dispositivo.

8.2.2 IDENTIFICAR DE QUÉ MODO LOS DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS CONTRIBUYEN U OBSTACULIZAN LA VINCULARIDAD.

A continuación, se propone analizar de qué modo los dispositivos terapéuticos descritos a lo largo del presente trabajo inciden en los procesos de vincularidad de los usuarios de salud mental, ya sea favoreciendo su emergencia o, en determinados casos, obstaculizando su despliegue.

A partir de ello, se buscará identificar cómo diversas modalidades y dinámicas llevadas a cabo en los mismos, operan como facilitadores o limitantes, atendiendo a la complejidad propia del contexto.

En este orden, identificar de qué modo los dispositivos terapéuticos contribuyen u obstaculizan la vincularidad implica analizar cómo sus condiciones de funcionamiento, tales como las reglas, la frecuencia de encuentros, las modalidades de intervención y las dinámicas que se configuran entre los sujetos, inciden en la posibilidad de que los usuarios establezcan, sostengan o transformen sus vínculos.

Ahora bien, tal como plantea Puget (2002) “pertenecer a un conjunto, a un vínculo genera efectos imprevisibles que no dependen de la historia de cada uno sino de lo que se va dando en ese momento” (p.479). En esta línea, en este intercambio la subjetividad se ve modificada, adoptando diversas maneras de ser-estar.

Esto implica pensar, que más allá de su carácter facilitador u obstaculizador, la pertenencia a un dispositivo siempre genera efectos, en tanto introduce una alteración en la posición subjetiva de quienes lo integran.

En los siguientes apartados se describirán las modalidades de intervención, así como la cotidianeidad y la convivencia institucional. Estas categorías resultan relevantes para dar cuenta de cómo se generan las condiciones anteriormente descritas, las cuales pueden contribuir u obstaculizar la vincularidad.

8.2.2.1 MODALIDADES DE INTERVENCIÓN

En lo que respecta a las intervenciones, es importante tener en cuenta que existe un sin número de posibilidades, sin embargo, no hay manuales (Jasiner, 2007). Siguiendo la línea de la autora, algunas entusiasman, conmueven, y, de alguna manera, permiten correrse de lo ya sabido.

En este sentido, una de las primeras instancias que se ponen en juego en los dispositivos, es la presentación. Todo dispositivo terapéutico supone un punto inaugural a partir del cual se comienza a tejer la trama vincular. Bajo esta lógica, el acto de presentarse no es un mero requisito formal, sino una operación subjetiva, es decir, implica decir algo de sí, ocupar un lugar y reconocerse como parte de un conjunto.

En ese gesto inaugural, el sujeto no solo se da a conocer, sino que reconoce la presencia de otros y habilita la posibilidad de ser reconocido. Dicha intervención, puede funcionar como promotor, o eventualmente obstaculizadora de vínculos. En el marco del dispositivo grupal, la profesional coordinadora inaugura el espacio señalando *“buenos días, comenzamos con el espacio. Les voy a pedir que se presenten, uno por uno en ronda”* (Registro, 25.07.2025). Al solicitar que la presentación se realice uno por uno, se instituye un orden de la palabra que distribuye lugares y tiempos, además, esto implica no solo regular el funcionamiento del dispositivo, sino también producir condiciones para la emergencia vincular.

En este sentido, la indicación de presentarse “uno por uno” no constituye únicamente una consigna, sino una intervención de encuadre fundamental. Tal como plantea Jasiner (2007), el encuadre y el diseño mismo del dispositivo forman parte de las intervenciones del coordinador, de este modo, al inaugurar el espacio y establecer orden en la presentación, la profesional no solo organiza el funcionamiento del grupo, sino que instituye las condiciones necesarias para que el dispositivo pueda desplegarse y la trama vincular comience a configurarse.

Dicho esto, en el grupo se pone en juego la tensión entre lo múltiple y lo singular, y la consigna “uno por uno” posibilita que cada sujeto tome la palabra desde su propia posición, siendo reconocido en su singularidad al interior de la trama grupal.

En relación con ello, resulta significativo retomar una vivencia personal en relación con uno de los encuentros:

“La profesional coordinadora pidió que se presenten, comienzan a salir temas acerca de la internación, los cuales van profundizando entre ellos, se genera una situación donde la circulación de la palabra cobra sentido, y no es necesario intervenir por parte de quien coordina, sino simplemente escucharlos”. (Registro, 15.08.2025)

En este caso, la intervención inicial no solo organiza el espacio, sino que habilita un intercambio sostenido entre usuarios. De este modo, puede observarse como una intervención estructurante deviene promotora de producción colectiva de sentido.

A su vez, habilita el despliegue de resonancias fantasmáticas, las cuales pueden entenderse como el proceso mediante el cual varios integrantes del grupo se nuclean en torno a uno de ellos, quien, a través de sus actos, su modo de ser o sus palabras, pone en escena su fantasma individual inconsciente (Fernández, 1989). Para ilustrar lo desarrollado, se presenta una situación surgida en el dispositivo grupal: el usuario V comenta *“me sentía muy sola*

afuera”, a lo que usuario A, tras asentir con la cabeza, responde “*acá encontrás red de apoyo, afuera no lo sentía así*”. (Registro, 19.05.2025).

Aquí puede advertirse cómo el grupo comienza a producir un intercambio propio, donde el lazo se construye en el decir y la escucha mutua. Dicha intervención promueve la resonancia grupal, lo cual implica indicador de vínculo. En este punto, el dispositivo opera como soporte estructurante que posibilita que lo vincular acontezca. Tal como lo mencionó la profesional a cargo en su momento, “*mientras se pueda, todo se debe devolver al grupo. El saber está ahí, lo tienen ellos*” (Registro, 15.08.2025). Además, esta intervención da cuenta del coordinador descentrado del rol exclusivo del saber, favoreciendo la apropiación colectiva de los sentidos que allí se producen. Es decir, la intervención no se reduce exclusivamente al uso de la palabra. La presencia del coordinador trasciende cualquier estrategia, interpretación o técnica que este pueda implementar y, aun así, resulta llamativamente efectiva (Jasiner, 2007).

A la luz de lo expuesto, quien coordina puede recuperar un “tiempo para pensar” cuando la dinámica grupal le permite desplazarse momentáneamente a una posición de observador (Díaz, 2000). Este corrimiento no implica desentenderse del proceso, sino sostener una presencia atenta que acompaña, sin obturar la producción propia del grupo.

En otras palabras, coordinar un grupo no constituye una tarea obvia ni meramente técnica, sino una práctica atravesada por tensiones y complejidades (Jasiner, 2007). El acto de coordinar implica sostener una posición que habilite la palabra y producción de lazo, al mismo tiempo que colabora en la simbolización y tramitación de aquello que se va produciendo en la escena grupal, sin reducirlo a un esquema rígido o preestablecido. Se trata de una conducción que organiza y delimita, pero que al mismo tiempo deja lugar a lo imprevisto y a la producción singular que emerge del encuentro entre participantes.

Por otra parte, los silencios también pueden ser leídos como intervenciones. En relación con ello, Edelman y Kordon (2011) proponen que “el manejo del silencio es complejo. Es importante tolerarlo y no llenar el aparente vacío con nuestras palabras”. (p.260)

Tal como plantea Le Breton (2024), quien define al silencio como “una interioridad, una meditación, una distancia con respecto a la turbulencia de las cosas, una ontología que no tiene oportunidad de aparecer si no se está atento” (p.21). A su vez, el autor sostiene que, si consideramos que el lenguaje y el silencio se entrelazan en la expresión verbal, puede afirmarse que todo enunciado surge de un silencio interior del individuo, un silencio que permanece en constante diálogo consigo mismo.

Esto pudo observarse en un encuentro en el que, tras una acotación del coordinador “*¿Siempre se puede hablar, o hay cosas que duelen tanto que uno las evita?*” (Registro 21.05.2025), se produjo un silencio en el grupo. Lejos de intervenir de inmediato, el coordinador sostuvo ese tiempo sin obturar. Luego de unos instantes, comenzaron a emerger comentarios de los usuarios, quienes retomaron lo dicho por el: “*uno habla cuando puede, hay cosas que duelen demasiado*” (Registro, 21.05.2025), “*a veces uno se prepara un discurso y llegado el momento no le sale. Sin embargo, acá encontré la manera de que me escuchen, de ahora en adelante sé que la terapia será parte de mi vida*” (Registro 21.05.2025).

En relación con lo planteado, los apoyos, con frecuencia discretos o no verbalizados, resultan fundamentales para mantener la identidad personal y adquieren especial relevancia en situaciones de crisis o transformación. Además, en numerosas ocasiones funcionan como instancia de apoyo, como es en este caso. Son indispensables, pero a la vez deben conservar una distancia respecto del sujeto, de modo que este pueda llevar adelante su propio proceso psíquico de elaboración y asimilación de los estímulos (Edelman y Kordon, 2011).

En este sentido, el silencio no funcionó como obstaculizador del lazo, sino como una pausa que permitió que la palabra circulara posteriormente con mayor implicación. A su vez, el corrimiento del coordinador favoreció que el grupo produjera una respuesta propia, habilitando un movimiento de reconocimiento entre pares.

En relación con lo desarrollado, tal como plantea Carrizo y Llobet (2021)

Las intervenciones pueden ser múltiples y de distintos tipos, pero es fundamental operar alojando a ese sujeto, suponiendo que tiene algo para decir; aun cuando requiera de un tiempo de espera ya que, por un lado, se deben propiciar algunas condiciones en el vínculo terapéutico y, por otro lado, algunos se encuentran arrasados por fenómenos psicóticos por lo cual debemos aguardar los efectos de los psicofármacos. (p. 55)

A modo de cierre provisorio, puede sostenerse que determinadas intervenciones analizadas no constituyen meros recursos técnicos, sino operaciones que inciden de manera directa en la producción de vincularidad. La consigna de presentación, la organización de los turnos de palabra, el corrimiento del lugar de saber y la posibilidad de sostener silencios sin obturarlos configuran modos de intervención que crean condiciones para que el lazo entre pares se construya en la circulación de la palabra y el reconocimiento mutuo.

8.2.2.2 COTIDIANEIDAD Y CONVIVENCIA INSTITUCIONAL

La cotidianidad y la convivencia institucional pueden pensarse como dimensiones centrales de los dispositivos terapéuticos en el contexto de internación, en tanto configuran el escenario concreto donde se despliegan los encuentros, intercambios y experiencias vinculares entre los usuarios y los profesionales. Los dispositivos no se limitan a intervenciones formales, sino que también se expresan en la organización del tiempo, del espacio, de los roles y de las normas que estructuran la vida diaria en la institución.

En esta línea, la convivencia sostenida en espacios comunes habilita la reiteración de encuentros, la posibilidad de reconocimiento mutuo y la construcción progresiva de lazos. A través de estos intercambios cotidianos, los dispositivos terapéuticos pueden propiciar experiencias de pertenencia, sostén y elaboración subjetiva.

No obstante, según cómo se configuren, estos mismos dispositivos pueden obstaculizar la vincularidad. Es decir, normas poco flexibles pueden restringir las posibilidades de encuentro significativos. En función de ello, abordar dichas dimensiones permite identificar de qué modo los dispositivos terapéuticos contribuyen u obstaculizan la construcción de vínculos, atendiendo a condiciones concretas en las que se despliega la experiencia institucional.

En relación con lo cotidiano, la situación de vulnerabilidad compartida adquiere un valor central. En el contexto de internación, dicha vulnerabilidad posibilita que los usuarios se encuentren con una empatía que, quizás en otros ámbitos, desconocían que eran capaces de desplegar (Larese, 2024). Tal como lo planteaba un usuario *“en el compartir con los pares, todos tenemos cosas buenas y aprendemos del otro mutuamente, fuera de la consulta con el psicólogo/a”* (Registro, 08.08.2025). Los espacios compartidos, la cotidianidad del convivir con otros, el tiempo sostenido en presencia de pares, así como las similitudes en relación con historias vitales, promueven procesos de identificación que favorecen el intercambio tanto social como subjetivo. Dicha dimensión puede observarse en los siguientes registros de práctica *“yo me di cuenta que mis amigas de afuera jamás me llegaron a entender. Acá estamos en la misma, a veces no tan en la misma, pero nos respetamos”* (Registro, 24.10.2025), *“el sector rojo es muy lindo, hay un gran grupo de apoyo”* (Registro 19.05.2025).

Sin embargo, la cotidianidad institucional no produce efectos unívocos. Tal como advierte Castro (2020), quien conceptualiza sobre la vida cotidiana en contexto de

internación, definiéndola como “la vida cotidiana al interior de una hospitalización psiquiátrica funciona como una constante y persistente despersonalización de los sujetos locos. Nadie explica nada, y los internos se convierten en objetos manipulados y manejados de modos insospechados” (p.69). Tal como lo planteó un usuario “*hay muchas personas y eso me asusta un poco, también acostumbrarme y entender cuando las cosas se dan de esta manera*” (Registro, 08.08.2025).

Esta perspectiva también encuentra resonancia en otros registros de práctica, donde se observa cómo, en determinadas situaciones, los usuarios refieren sentirse poco informados o escasamente considerados en las decisiones que los involucran. Frases como, “*mi mamá no se preocupa por mí (...) Me sentía mejor afuera. Mi mamá me miente, dice que no puede traerme las cosas. Yo percibo que acá no es el mismo trato para mí que para los demás*” (Registro, 30.05.2025), y “*tengo la esperanza de que, aunque estar acá no me gusta, voy a salir*” (Registro, 02.07.2025), dan cuenta de ello.

Estos dichos permiten visibilizar una modalidad subjetiva de posicionarse frente a la experiencia de internación, que puede dificultar la implicación y construcción vincular.

En contrapartida, dentro de lo cotidiano, pueden considerarse facilitadores del lazo aspectos tales como la permanencia en espacios comunes, la conformación de hábitos compartidos, el reconocimiento entre pares y el apoyo mutuo ante situaciones de malestar. Estos elementos permiten identificar cómo la convivencia puede constituirse en un sostén subjetivante, dicho esto, un usuario señaló “*a veces tenemos mucha contención entre compañeros. Ver la perspectiva de otros me dio mucha contención*” (Registro 12.09.2025), y añadió “*en el día a día se dan charlas con compañeros que suman un montón*” (Registro 12.09.2025).

Por el contrario, también pueden observarse indicadores que tensionan la construcción vincular, tales como el aislamiento persistente en habitaciones, la autoexclusión de actividades grupales y el posicionamiento pasivo frente a las dinámicas institucionales. En relación a esta perspectiva, un usuario expresó “*me está costando mentalizarme quedarme acá. Me cuesta socializar, me aburre, no se me pasa el tiempo. Además, no puedo hablar con mis compañeras porque siento que no son genuinas*” (Registro 16.05.2025).

Estos registros permiten observar cómo los dispositivos terapéuticos facilitan la identificación, el reconocimiento mutuo y la construcción de experiencias compartidas, al mismo tiempo que evidencian tensiones y dificultades que pueden obstaculizar la pertenencia y el establecimiento de lazos.

A modo ilustrativo, una vivencia personal registrada durante la práctica profesional llamó particularmente la atención

“Hay algo que me sigue resonando sobre la vincularidad. Para algunos pacientes es un factor protector; y para otros un factor iatrogénico. Pero además de ser uno u otro, para ambos grupos algo es, y para ambos grupos se hace notar. Porque no es posible la idea de pensar una internación sin otro. Eso es lo que resultó especialmente significativo en la experiencia de práctica”. (Registro 12.09.2025)

Dicho esto, la observación permite advertir que la vincularidad en internación no es secundaria, sino estructural. No es posible pensarla sin el otro, y es precisamente en ese “con otros” donde se juegan tanto los efectos terapéuticos como las posibles tensiones.

De este modo, la cotidianeidad institucional se presenta como un escenario dinámico donde la vincularidad se construye, se tensiona y se resignifica de manera permanente.

Sin duda alguna, el dispositivo de internación también incide en la configuración de hábitos cotidianos. Si bien estos remiten a una dimensión individual, se constituyen en el compartir espacios comunes con otros. La organización de rutinas, tiempos de comida, actividades y momentos de encuentro puede favorecer procesos de socialización y reconstrucción de lazos; no obstante, cuando tales dinámicas se tornan excesivamente rígidas pueden obstaculizar la singularidad y empobrecer la experiencia vincular. Dicho esto, retomo el registro de práctica *“hay muchas cosas de la internación que me gustan y las voy a llevar a mi casa para hacer, el gimnasio, escuchar música. Uno se lo lleva a la vida”* (Registro 24.10.2025).

A modo de cierre, el recorrido realizado a lo largo del presente objetivo permite advertir que los dispositivos terapéuticos no inciden en los vínculos de manera lineal. Por el contrario, las dimensiones analizadas se articulan de manera compleja, produciendo efectos que pueden tanto favorecer como obstaculizar la construcción de lazos entre usuarios.

En todo caso, cuando estas dimensiones se articulan de manera coherente, el dispositivo opera como andamiaje que sostiene y potencia la vincularidad. Cuando, en cambio, alguna de ellas se resquebraja, ya sea por normas excesivamente rígidas, intervenciones que obturan la palabra o dinámicas que promueven el aislamiento, el mismo dispositivo puede convertirse en un obstáculo para la construcción del lazo.

De este modo, la vincularidad implica una dimensión estructural que se configura en el “entre” institucional. Reconocer esta complejidad implica sostener una lectura permanente de los efectos que el dispositivo produce, asumiendo que su potencia terapéutica depende, en

gran medida, de cómo se articulen sus condiciones de funcionamiento y de la posición clínica desde la cual se lo habita.

8.2.3 EXPLORAR EL ROL DE LOS DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS EN EL APUNTALAMIENTO DE LA FUNCIÓN VINCULAR DURANTE EL PROCESO DE INTERNACIÓN.

En el contexto de internación, las transformaciones que atraviesa el sujeto implican un reordenamiento profundo de sus referencias identificatorias, sus apoyos habituales y sus modos de sostén psíquico.

Tal como se ha desarrollado en el marco teórico, Kaës (1992) aporta una perspectiva clave al postular que el psiquismo no se constituye de manera aislada, sino en relación con una trama de apuntalamientos múltiples que articulan los distintos órdenes de realidad y los inscriben en la experiencia psíquica.

En este sentido, el objetivo apunta a comprender el rol de dichos dispositivos, asumiendo que inciden en la dinámica de sostén y reorganización de la función vincular en contextos de crisis. De esta manera, dentro del dispositivo de internación y del grupo terapéutico, el apuntalamiento adquiere forma a través de ciertos movimientos y configuraciones que dan cuenta de cómo el lazo se reorganiza frente al sufrimiento. En palabras de un usuario *“acá me sentí escuchado, me sirvió mucho el grupo. Me da alegría poder decir que me siento mejor”* (Registro, 07.11.2025).

En consecuencia, resulta pertinente mencionar, siguiendo a Kaës, que el grupo funciona como espacio de albergue psíquico capaz de hospedar aquello que aún no ha podido constituirse.

Por lo tanto, en lo que respecta al grupo terapéutico, en tanto espacio donde confluyen múltiples sistemas humanos con historias, valores y formas singulares de significar el mundo (Serebrinsky, 2012), no opera como un mero continente pasivo, sino que asume un rol activo en el apuntalamiento de la función vincular. Tal como lo mencionó un usuario: *“acá pude sentirme muy cómodo, por todos”* (Registro, 24.10.2025). El dispositivo produce condiciones concretas que posibilitan, entre otros movimientos, la emergencia de procesos identificatorios, los cuales constituyen una expresión clara de su función apuntalante.

No es posible, no obstante, analizar los procesos identificatorios sin considerar el concepto de crisis. En este sentido, según (Kaës, 1979) “las situaciones de crisis generan la necesidad de buscar apoyo, de encontrar refuerzo y confortación” (p.14). Tal como plantea el autor, estas experiencias sitúan al psiquismo frente a la vivencia de desapuntamiento, donde los lazos habituales se debilitan.

En este marco, la identificación constituye un proceso central a considerar, en tanto es a través de ella que el sujeto reconoce similitudes con otros y encuentra sostén en experiencias compartidas. Frases como “*nos escuchamos mucho*”, “*al final, nos conocemos más de lo que pensábamos*”, dan cuenta de ello. (Registro, 06.08.2025).

Por su parte, Berenstein (2001) propone que el sujeto se constituye a partir de la investidura del Yo mediada por los otros. Los mecanismos fundamentales son la identificación y lo que él denomina imposición, procesos que se despliegan con y desde el otro, siendo los padres los primeros referentes significativos. Tanto el “deseo ser” como el “debe ser” dejan una marca en el sujeto, configurando su dimensión social.

Asimismo, Jaroslavsky (2022) sostiene que:

El proyecto identificatorio de cada sujeto está atravesado, en cierta medida, por la historia de las generaciones precedentes, que le fueron transmitidas a través de sus padres desde su nacimiento, y también determinado por las historias de los sucesos familiares que han incidido en él a lo largo de su vida. (p.3)

Ahora bien, es precisamente esta trama identificatoria previa la que el sujeto trae consigo al ingresar al dispositivo grupal, y desde la cual comienza a reconocerse en los otros que comparten un espacio y experiencia similar. Tal como mencionó un usuario: “*es un sentido de pertenencia que todos al mismo tiempo nos damos cuenta cómo se siente el otro. Con el solo hecho de preguntarte ¿cómo dormiste? ¿Cuándo en mi casa me preguntaron eso? Jamás. Esto es una familia para mí, y así lo tomo*”. (Registro, 27.06.2025).

En este marco, el grupo terapéutico cumple una función central como apuntalamiento de la función vincular, al ofrecer espacios que permiten sostener y reorganizar los lazos debilitados dada la situación de sufrimiento y vulnerabilidad. Además, no solo brindan contención, sino que habilitan experiencias de reconocimiento mutuo y pertenencia.

En palabras de un usuario: “*te hace bien, te podés comunicar con gente que está en la misma situación. Eso te hace dar cuenta que “no sos el único”* (Registro, 03.10.2025), a su

vez, otro usuario aportó *“muchas veces creemos estar solos. Sin embargo, aprendí mucho y conocí mucha gente interesante en esta internación”* (Registro, 03.10.2025).

Se plantea, entonces, que el psiquismo encuentra sostén en distintos niveles de apoyo, comenzando por aquellos inmediatos y cargados de significación, como los familiares, y extendiéndose hacia instancias más amplias, como el grupo y las instituciones (Jaroslavsky, 2022). En la siguiente expresión de un usuario *“antes mi familia no quería que me internen, yo me hice de valentía y me vine, hoy están alegres porque me ven bien”*, puede advertirse cómo, en un primer momento, el sostén principal no acompañó la decisión de internación. Frente a esto, el usuario se apoyó en el dispositivo, lo que posteriormente posibilitó una reconfiguración tanto de sus sostenes primarios como de aquellos que fue construyendo a lo largo del proceso terapéutico.

En otras palabras, la función vincular se sostiene y fortalece, no únicamente a partir de los lazos familiares, sino gracias a la posibilidad de habitar espacios que faciliten la identificación y el apoyo recíproco, mostrando claramente el rol activo del dispositivo grupal en el apuntalamiento frente al desapuntalamiento previo.

En el caso de los usuarios de Salud mental, se observa que el grupo se constituye en un referente de apoyo central, facilitado por la estructura del dispositivo. En palabras de un usuario *“le agradezco mucho al grupo, me llevo siempre algo nuevo, le tenía mucho miedo a la gente y todos me ayudaron mucho”*. (Registro 03.10.2025)

Por su parte, todo lo hasta aquí desarrollado supone, como condición de posibilidad, que exista un reconocimiento del otro en tanto sujeto. El reconocimiento mutuo no es un mero efecto del encuentro, sino que para que la identificación opere, para que el lazo sostenga y para que el dispositivo cumpla su función activa frente al apuntalamiento, es necesario que cada sujeto sea percibido y tratado como tal por los otros que comparten el espacio.

A los fines de ilustrar lo planteado, se tomará como referencia el análisis de un encuentro llevado a cabo en grupo terapéutico, en tanto constituye un escenario privilegiado para observar como el reconocimiento del otro se despliega de manera concreta en la dinámica grupal.

A continuación, se esboza la situación vivenciada: nos dirigimos junto a la profesional coordinadora al sector B2, al ingresar, le pedimos a los usuarios que querían participar del dispositivo que se pongan en ronda, así dábamos comienzo al encuentro.

La profesional comienza señalando *“les pido que se presenten uno por uno, con sus nombres”*. Luego de la presentación, recalca que para muchos era su primera internación, y comenta *“algo muy importante es que se trata de salir distintos de cada internación”*.

Inmediatamente el paciente C responde *“yo no sabía pedir ayuda. Y eso aprendí acá, a relacionarme con mi grupo. De igual manera, esto para mí no termina acá. Aprendí a valorar y ser consciente de los demás”*. Mientras tanto, los demás usuarios asentaban con la cabeza, como si algo de lo que estaba sucediendo los envolviera. Por último, quien coordina comenta *“la internación es un proceso, y hay algo muy importante a tener en cuenta, la internación es tan solo parte de, y mientras tanto, el grupo, definitivamente, sostiene”*.

Lo acontecido en el dispositivo grupal permite observar cómo algo de la experiencia singular de uno encuentra eco en los otros, configurando un campo común donde cada quien puede advertir que no es el único en atravesar dificultades, de este modo, se consolida la función apuntaladora del dispositivo grupal. En palabras de un profesional *“implica que el proceso no se transita solo, sino, que el cambio también le pertenece al entorno”* (Registro, 27.06.2025).

Sin embargo, el rol activo del dispositivo como promotor de apuntalamiento no se agota en el espacio del grupo terapéutico formal. El dispositivo de internación, en tanto estructura que organiza la vida cotidiana de los usuarios, genera también condiciones para que los lazos se construyan y fortalezcan.

Es decir, los vínculos que emergen en los pasillos, en momentos de descanso o en actividades compartidas, constituyen, en sí mismos, una expresión de apuntalamiento que el dispositivo mismo habilita. Esto se refleja en las palabras de un usuario, quien señaló *“Con paciente C tuvimos una siesta que nos abrazamos y sólo llorábamos, y no saben cuánto nos sirve”*. (Registro 24.10.2025)

Dicha escena ilustra con claridad cómo el dispositivo de internación, al organizar una cotidianidad compartida, la cual fue descrita en objetivos anteriores, habilita encuentros que trascienden lo formal y construyen sostenes genuinos.

En este marco, la organización a través de regularidad de horarios, delimitación de espacios y diferenciación de roles, opera como soporte estable que organiza la experiencia del sujeto. En términos de Kaes, puede pensarse como una forma de apuntalamiento, en tanto ofrece un sostén externo que contribuye a la regulación y estructuración psíquica durante la internación. Expresiones como: *“tengo depresión. Aprendí muchas cosas que creí no tener incorporadas en mi vida, como los hábitos. Aprendo constantemente del otro, viendo que le pasa”* dan cuenta de ello. (Registro, 12.09.2025).

Por último, el apuntalamiento institucional no se reduce al aquí y ahora de la internación, sino que habilita mediante intervenciones de los profesionales un movimiento de rearticulación con los sostenes primarios, como mencionó un usuario: *“realmente no estoy*

solo, la gente me acompaña de distintas maneras. Acá adentro pude decir lo que me pasaba. Es muy importante para mí porque también pude comenzar a escuchar a mi familia. Es importante el apoyo de mi familia” (Registro, 01.08.2025).

De este modo, el dispositivo no solo sostiene, sino que también permite reactivar y fortalecer apoyos que exceden la internación, articulando sostenes construidos en el proceso con aquellos que pertenecen a la historia singular del sujeto.

A modo de conclusión, el análisis permite advertir que tanto el dispositivo de internación como el grupo terapéutico no operan como escenarios donde acontecen intercambios, sino como dispositivos activos de apuntalamiento de la función vincular. En contextos de crisis, donde los sostenes previos se ven debilitados, la organización institucional y el entramado grupal introducen nuevas referencias de apoyo.

Por un lado, la internación, a través de su estructura, configura un marco que posibilita el surgimiento de encuentros significativos. Por otro lado, el grupo terapéutico, mediante intervenciones que habilitan la palabra, opera como espacio privilegiado de elaboración y resignificación.

De este modo, ambos dispositivos se articulan en la producción de sostén. El apuntalamiento, tal como se mencionó anteriormente, no se reduce a la contención, sino que implica la construcción de modalidades que permitan al sujeto reconocerse en otros, advertir que no está solo y reinscribir su experiencia en una trama compartida. Así, la internación y el grupo terapéutico se constituyen como operadores activos, evidenciando el rol central que desempeñan en el apuntalamiento de la función vincular.

9. CONSIDERACIONES FINALES

El presente Trabajo Integrador Final constituyó una instancia significativa de aprendizaje y reflexión, la cual se fue construyendo y reconstruyendo a lo largo del desarrollo de la Práctica Profesional Supervisada. A su vez, permitió articular la experiencia transitada en el ámbito clínico con los aportes teóricos del psicoanálisis que orientaron el análisis, favoreciendo una comprensión más profunda de lo observado.

A partir del recorrido, fue posible comprender a la salud mental como un campo atravesado por transformaciones históricas que modifican profundamente los modos de concebir la internación, el tratamiento, los dispositivos y la postura de los profesionales que forman parte de los equipos interdisciplinarios.

Dicho esto, se puede afirmar que la salud mental ha ido transformándose a lo largo del tiempo, lo cual implica que los profesionales tomen implicancia y se posicionen frente a este nuevo paradigma, para estar a la altura de los contextos en los cuales están insertos (Martin, 2015).

En esta línea, la práctica evidenció que no resulta posible concebir la salud mental desde una lógica fragmentada. Por el contrario, se impuso la necesidad de abordar los procesos de atención desde una perspectiva interdisciplinaria, entendiendo que la complejidad de las problemáticas demanda la articulación de saberes diversos y la construcción de intervenciones conjuntas.

De esta manera, el eje de sistematización elegido permitió focalizar la atención en conceptos centrales, entre ellos: dispositivos terapéuticos, vínculos e internación. A su vez, al realizar un análisis teórico-práctico, se delimitaron tres categorías de análisis que permitieron abordar la complejidad de la experiencia y organizaron el recorrido del presente escrito.

En este sentido, una de ellas implicó describir los dispositivos terapéuticos que se llevaron a cabo en el transcurso de la práctica, así como las condiciones con las que estos cuentan para la producción de vincularidad.

Por un lado, la internación como dispositivo grupal, que más allá de constituirse como un espacio de convivencia para múltiples usuarios, se reveló como escenario para el surgimiento y sostenimiento de vínculos entre pares, tal como lo plantean Kordon y Edelman (1995), emerge la importancia del tercero. De este modo, el desarrollo teórico-práctico permitió advertir que no se trata únicamente de un dispositivo de alojamiento, sino que, puede ser comprendido desde una lógica grupal.

Por otro lado, el grupo terapéutico se describió como un dispositivo grupal que delimita tiempo, espacio y modalidades de intercambio, habilitando la circulación de la palabra y la posibilidad de generar reconocimiento en experiencias compartidas. Estos

elementos permiten sostener su carácter terapéutico, en tanto no se trata simplemente de un espacio que produce movimientos grupales, sino de un dispositivo estructurado que opera bajo determinadas condiciones, generando procesos subjetivos en quienes forman parte de él. Asimismo, son estas condiciones las que lo diferencian del grupo espontáneo, como así también, de cualquier otro grupo no terapéutico.

En otras palabras, lo anteriormente mencionado se configura a partir de las condiciones con las que ambos dispositivos cuentan para la producción de vincularidad entre los usuarios de salud mental.

Sumado a ello, otra de las categorías propuestas implicó indagar acerca del carácter contribuyente u obstaculizador de los dispositivos terapéuticos anteriormente descriptos. En este punto, se evaluaron ciertos aspectos que permitieron dar cuenta de ello. En primer lugar, las modalidades de intervención, que tal como plantea Jasiner (2007) son múltiples, aunque algunas resultan más potenciadoras de vínculos que otras. Asimismo, se analizó que una misma intervención puede causar efectos diversos en los miembros de un mismo grupo, y que no siempre son puestas en palabras, por ejemplo, se evalúa el silencio como forma de intervención. En segundo lugar, se tomó la convivencia como fenómeno que implica tanto potenciación como obstaculización de la vincularidad. En este punto se llegó a la conclusión de que, si bien en gran parte potencia la vincularidad y el lazo social, no siempre se traduce en productora de vínculo. En determinados casos, también puede implicar procesos de despersonalización del sujeto, cuestión que se ve reflejada en diversos registros de la práctica.

Por último, se exploró el rol de los dispositivos terapéuticos en el apuntalamiento de la función vincular. En relación con ello, se pudo advertir con claridad el carácter activo y la función de sostén que estos desempeñan en la producción de vínculos entre usuarios. Esto se evidencia tanto en las identificaciones que los usuarios logran establecer a lo largo de su proceso de internación como en los hábitos que consiguen incorporar, los cuales anteriormente no sólo no tenían, sino que les resultaban imposible de sostener.

Además, los dispositivos no solo posibilitan el sostén durante el proceso de internación, sino que también promueven movimientos subjetivantes que favorecen la reconstrucción de los sostenes primarios de los usuarios, los cuales, en el marco de situaciones de crisis -característica central de la población asistida-, pueden verse debilitados o incluso momentáneamente perdidos.

Resulta interesante recuperar una frase de mis registros, *“el objetivo de la internación es que el usuario pueda conectarse con el deseo a la vida”* (Registro, 03.10.2025), para dar cuenta del fundamento que orienta dichos dispositivos.

En relación a lo planteado, al finalizar el presente Trabajo Integrador Final, los hallazgos surgidos del análisis no solo permiten una comprensión profunda de los dispositivos analizados, sino también demostraron la importancia que tienen para la institución. Esto permite reafirmar el valor de sostener determinadas condiciones clínicas e institucionales que favorecen intervenciones coherentes con el paradigma actual en salud mental. Del mismo modo, estos descubrimientos ofrecen elementos para reflexionar y fortalecer modalidades de intervención que potencian la construcción de lazo.

A modo de cierre, la experiencia transitada, junto con las conclusiones alcanzadas, permite visibilizar la internación como un dispositivo grupal central en el campo de la salud mental. En tanto que, más allá de su función de contención, se configura como un espacio clínico que potencia la dimensión vincular del sujeto. Tal como se evidenció en el análisis de los registros, el sujeto comienza a vivenciar dentro de la internación experiencias que previamente no le resultaban posibles, tales como el establecimiento de vínculos entre pares, los procesos identificatorios y construcción de hábitos.

De esta manera, esta concepción contrasta fuertemente con los modos en que la internación era pensada en épocas anteriores, cuando primaba una lógica de aislamiento que implicaba, en muchos casos, la restricción de derechos. En la actualidad, a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, la internación puede ser comprendida desde una lógica diferente. En este marco, se favorece que el usuario, aún en situación de crisis, pueda permanecer inserto en un dispositivo que habilite la producción de lazo y la recuperación de aquellos elementos que, en determinados momentos, se vieron debilitados.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Revista Sociológica*, (73), 249-264.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v26n73/v26n73a10.pdf>
- Argentina. Ley Nacional No. 26657. *Ley Nacional de Salud Mental*. 2 de diciembre de 2010.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Barnechea García, M. M., y Morgan Tirado, M. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tendencia y Retos*, (15), 97-107.
- Berenstein, I. (2001). El vínculo y el otro. *Revista de Psicoanálisis*, 57 (3), 677-688.
<https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2019/03/012001berenstein.pdf>
- Bergagna, M. (2022). Lo vincular. Algunas ideas de Janine Puget. *Psicoanálisis*, 44 (1), 163-170.
<https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2022/11/12.-BERGAGNA-EDIT.pdf>
- Bleger, J. (1964). *Temas de psicología (entrevista y grupos)*. Nueva Visión.
- Buendía, J. (1999). *Psicología Clínica*. Pirámide Ediciones.
- Cao, M. L. (2018). Transmisión generacional y entre contemporáneos. *Cuestiones de Infancia*. 51-58.
https://dspace.uces.edu.ar/jspui/bitstream/123456789/4596/1/En%20banda%20ancha_Cao.pdf
- Carrizo, J., y Llobet, M. (2021). Internación por salud mental. *Revista ludovica pediátrica*, 24 (1), 54-55.
<https://digital.cic.gba.gob.ar/server/api/core/bitstreams/d5b9e95b-afea-4dbd-b334-ad09d2567e6d/content#:~:text=La%20duraci%C3%B3n%20de%20la%20internaci%C3%B3n.la%20sin%2D%20gularidad%20del%20sujeto.&text=168-.2.,2007.>

- Castro, M. A. (2020). El sufrimiento psíquico de las personas con un diagnóstico psiquiátrico. El dolor de la locura. *Perspectivas: revista de trabajo social*, 35, 51 - 74. <https://ediciones.ucsh.cl/index.php/Perspectivas/article/view/2391/2014>
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2017). *Reglamento de Especialidades*. <https://cppc.org.ar/reglamento-de-especialidades/>
- Colman, A. (2023). *Un acercamiento a la Psicología Clínica: consolidación, historia y desafíos actuales*. Ficha de cátedra Psicología Clínica, Universidad Católica de Córdoba.
- Córdoba. Ley No. 7106. *Ejercicio profesional de la psicología*. 27 de septiembre de 1984. <https://cppc.org.ar/wp-content/uploads/2024/10/Disposiciones-para-el-ejercicio-de-la-Psicologia.pdf>
- Cueto, A. M., y Fernández, A.M. (1985). El dispositivo grupal. En E. Pavlovsky, y J. De Brasi (Coords.), *Lo grupal*. Ediciones Búsqueda. https://www.arte.unicen.edu.ar/web_2010-2012/secretarias/académica/catedra/dinámica/unidad5/grupal.pdf
- De cara, P., y García, H. (s.f). *La locura, intento de suicidio e intimidación*. [Manuscrito no publicado]. Congreso IPA / IPSO.
- Deleuze, G. (1999). *¿Qué es un dispositivo? En: Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Díaz Portillo, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. Editorial Pax.
- Edelman, L y Kordon, D. (2011). *Algunas consideraciones sobre grupos terapéuticos con pacientes neuróticos*. En *Trabajando en y con grupos. Vínculo y Herramientas*. Psicolibro.
- Edelman, L., y Kordon, D. (1983). El apuntalamiento del psiquismo. En Bernard, M. et al, (Ed.), *Desarrollos sobre grupalidad, una perspectiva psicoanalítica* (pp. 101-110). Lugar Editorial.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (FEPA) (2003). *Psicología clínica y psiquiatría*. *Papeles del Psicólogo*, 24 (85), 1-1.

- Federación de Psicólogas y Psicólogos de la República Argentina (2013). Código de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A). <https://www.fepra.org.ar/codigo-de-etica>
- Fernández, A. (1989). El vocablo grupo y su campo semántico. El campo grupal. Notas para una genealogía. Nueva visión.
- Frank, M. L., & Bustos, G. (2025). Grupos y acompañamiento terapéutico. *Info AATRA: Revista Digital Académico Científica*, (2), 21–27.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós; 1990.
- García Barthe, M. (1997). La ética en la formación del profesional de Salud Mental. *Revista Psicoanálisis y Hospital*, 12 (1), 86-90.
- Gigena, M., y González, S. (2024). *Experiencias con grupos. Dispositivos y herramientas para un trabajo colectivo*. Educc.
- Goffman, E. (2006) *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu editores: Buenos Aires.
- Gomel, S. y Matus, S. (2006). *Del sufrimiento vincular a la construcción de ilusión*. Lugar editorial.
- Guber, R. (2011) *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Siglo Veintiuno: Buenos Aires.
- Holliday, O. J. (s.f.). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. Biblioteca Electrónica sobre Sistematización de Experiencias. https://www.kaidara.org/wp-content/uploads/2019/05/Orientaciones_teorico-practicas_para_sistematizar_experiencias.pdf
- Jara, Ó. (2011). *La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos*. Matinal.
- Jaroslavsky, E. A. (2022). Sufrir, historiar y elaborar con una pareja. *Revista psicoanálisis e intersubjetividad*, (10), 1-11. <https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/2022-psicoanaliseintersubjetividad-n10-8.pdf>

- Jasiner, G. (2007). *Las intervenciones del coordinador: Una lógica para los pequeños grupos*. Lugar editorial.
- Kaës, R. (1992). Apuntalamiento múltiple y estructuración del psiquismo. En R. Kaës (Ed.), *El grupo y el sujeto del grupo*. Amorrortu.
- Kaës, R. (2007). Los vínculos y las alianzas inconscientes. En *página 12*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-83178-2007-04-12.html>
- Kaës, R. (1979). *Crisis, ruptura y superación. Introducción al análisis institucional*. Buenos Aires: Ediciones cinco
- Kordon, D. y Edelman, L. (1995). Fantasía y grupo. En M. Bernard (Ed.), *Desarrollos sobre grupalidad: Una perspectiva psicoanalítica* (págs. 45-61). Lugar Editorial.
- Lagache, D. (1982). *Obras II (1939-1946)*. Paidós: Buenos Aires.
- Le Breton, D. (2024). *Acerca del silencio: Una antropología*. Prometeo Editorial.
- Larese, V. (2024). *Vincularidad y grupalidad en la internación: su función en el proceso terapéutico de usuarios dentro de una clínica de Salud Mental de la ciudad de Córdoba* [Tesis de grado, Universidad Católica de Córdoba]. https://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/4698/1/TF_Varela%20Larese.pdf
- López, A. M., & Iriondo, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Revista clínica contemporánea*, 10, (1), 1-19. <https://doi.org/10.5093/cc2019a2>
- Manrique Tisnés, H. (2011). Sobre la clínica en la psicología. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis FUNLAM*. <https://doi.org/10.21501/16920945.81>
- Mauer, S., Moscona, S. & Resnizky, S. (2014). *Dispositivos clínicos en psicoanálisis*. Letra Viva.
- Martin, J. (2015). Complejidades de la decisión de internación en Salud Mental: del riesgo cierto e inminente a la lectura de la urgencia subjetiva. *Revista Colegio de Psicólogos*, 8,(29),40-43.

https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/119431/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1

- Mellier, D. (2006). El trabajo de vínculo entre “asistentes y asistidos” en instituciones o la hipótesis de un equipamiento psíquico grupal de equipo. *Psicoanálisis APdeBA*, 28, (1), 171 - 185. <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/10/Mellier.pdf>
- Michalewicz, A., Obiols, J., Ceriani, L., y Stolkiner, A. (2011). *Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio*. Presentado en *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Montobbio, A. (2013). *Cuando la clínica desborda el consultorio. Salud mental y Atención primaria con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Noveduc Editorial.
- OpenAI. (2023). ChatGPT. (Mar 14 versión). [Large language model].
- Pachuk, C., y Zadunaisky, A. (2010). *Psicoanálisis vincular. Curarse con otros*. Lugar editorial.
- Paladino, M. E. (2019). *Internación en salud mental: procesos y procedimientos*. Séptimo congreso internacional de Investigación en psicología, Universidad Nacional de la Plata. <https://backend.congresos.unlp.edu.ar/index.php/7ciip/article/view/610/296>
- Parisi, E. R. (2006). Psicología, interdisciplina y comunidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11 (2), 373-384. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211212>
- Puget, J. (2002). Qué difícil es pensar incertidumbre y perplejidad. *Psicoanálisis APdeBA*, 24, 129-145. <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2019/02/puget.pdf>
- Puget, J. (2015). Ir construyendo relaciones. Fragilidad de los mundos superpuestos. En *Subjetivación discontinua y psicoanálisis* (pp. 19-43). Lugar Editorial.
- Riviere, E. P. (1985). *Teoría del vínculo (2a ed.)*. Ediciones nueva visión.
- Saint Michel SRL. (2025). *Inicio*. <https://www.saintmichelsrl.com.ar>

- Schtivelband, G. (2004). *El dispositivo de taller en el tratamiento de pacientes psicóticos: algunos trazos.* el Sigma. <https://www.elsigma.com/hospitales/el-dispositivo-de-taller-en-el-tratamiento-de-pacientes-psicoticos-algunos-trazos/6230>
- Serebrinsky, H. (2012). Psicoterapia de grupo. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 10(2), 132-155.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1984). *La Observación Participante en el Campo. Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (pp. 50-99). Paidós.
- Ungar, V. (2015). El oficio del analista y su caja de herramientas. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (121), 41-63. <https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201512106.pdf>
- Ulloa, F. (1970). *“El Método Clínico en psicología.* Ficha de cátedra, Universidad de Buenos Aires.
- Valero, A, S. (2001). El Grupo de Pertenencia ante la Internación Psiquiátrica: Significados y Prácticas. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile.
- Vinogradov, S., y Yalom, I. D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo.* Ediciones Paidós.
- Yalom, Irvin (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo.* Ediciones Paidós.