

Restitución del lazo. Experiencia en un dispositivo de internación de un hospital especializado en salud mental y discapacidad

CEBALLOS, Johanna Mariel.

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Egresada y Jefa de Residentes de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Nacional y Comunidad Dr. Ramón Carrillo. Maestranda en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa).

Contacto: ceballosjohannamariel@gmail.com
ORCID: 0009-0002-3658-3773

TOMAS, Luciano Marcelo.

Licenciado en Trabajo Social, Universidad Nacional de Moreno (UNM). Egresado de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Nacional y Comunidad Dr. Ramón Carrillo. Trabajador del sistema de Salud y Niñez.

Contacto: tomaslucianomarcelo@gmail.com
ORCID: 0009-0006-5412-7332

Recibido: 21/11/2024 - **Aceptado:** 10/07/2025

Cómo citar: Ceballos, J.M. y Tomas, L.M. (2026). Restitución del lazo. Experiencia en un dispositivo de internación de un hospital especializado en salud mental y discapacidad. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 191-200

Resumen

Este artículo analiza las prácticas profesionales en contextos de internaciones prolongadas en hospitales especializados en salud mental, centrándose específicamente en un servicio destinado a mujeres. A partir de la experiencia de una dupla de residentes en Psicología y Trabajo Social, se adopta un enfoque crítico que aborda los procesos de cronificación de estas permanencias y la reparación de los vínculos significativos.

La experiencia resalta cómo la cronificación no solo responde a factores clínicos, sino predominantemente a problemáticas sociales complejas, como la violencia, el desarraigo, la fragmentación del tejido social y la marginalización, que marcan las trayectorias de vida de quienes allí se alojan.

A partir del concepto de problemáticas sociales complejas (Carballeda, 2008), se discute la necesidad

de un enfoque interdisciplinario y singularizado que trascienda la medicalización (Foucault, 1977) y el tratamiento centrado en lo sintomático, reconociendo la multicausalidad que subyace a las demandas en salud mental.

En este contexto, se aborda la noción de *encerrona trágica* (Ulloa, 1995) como una forma de padecimiento subjetivo recurrente en sujetos que han atravesado condiciones de extrema vulnerabilidad, particularmente mujeres víctimas de violencia de género.

Asimismo, se propone la ternura como una intervención psíquica reparadora, capaz de transformar los vínculos dañados y propiciar una salida a la repetición del sufrimiento que sostiene la cronificación, muchas veces ligada a la dependencia de un otro, ahora encarnado en la institución.

La conclusión subraya la necesidad de una política de sinceramiento y readecuación en los dispositivos de salud mental, como deuda histórica de las instituciones asilares hacia la comunidad.

Palabras clave: internación prolongada, violencias, vínculos significativos, reparación histórica, salud mental comunitaria

Restoration of the Bond: Experience in a Psychiatric Hospital and Disability Care Facility

Abstract

This article analyzes professional practices in contexts of prolonged hospitalization in specialized mental health hospitals, focusing specifically on a women's service. Drawing on the experience of a pair of residents in Psychology and Social Work, a critical approach is adopted to address the processes of chronification of these stays and the restoration of significant relationships.

The experience highlights how chronification is not only the result of clinical factors but is predominantly linked to complex social issues, such as violence, uprooting, the fragmentation of the social fabric, and marginalization, which shape the life trajectories of those who reside there.

Based on the concept of complex social problems (Carballeda, 2008), the article discusses the need for an interdisciplinary and individualized approach that goes beyond medicalization (Foucault, 1977) and symptom-centered treatment, recognizing the multicausality underlying mental health demands.

In this context, the notion of the “tragic entrapment” (Ulloa, 1995) is addressed as a form of subjective suffering recurrent among individuals who have experienced conditions of extreme vulnerability, particularly women who are victims of gender-based violence.

Furthermore, tenderness is proposed as a reparative psychic intervention, capable of transforming damaged relationships and fostering a way out of the repetitive suffering that sustains chronification, often linked to dependence on an Other, now embodied in the institution.

The conclusion underscores the need for policies of acknowledgment and restructuring within mental health services, as a historical debt owed by asylum-based institutions to the community.

Keywords: prolonged hospitalization, violence, significant relationships, historical reparation, community mental health

Introducción

Este trabajo aborda las intervenciones en internaciones prolongadas en hospitales de Salud Mental, con un enfoque crítico sobre dos ejes principales: la cronificación de las internaciones y los vínculos significa-

tivos. Se analiza la cronificación de las internaciones enfatizando en los avatares sociales de trayectorias de vida marcadas por múltiples violencias, ponderando a las problemáticas sociales complejas (Carballeda, 2008) como factor de predominancia dentro de las multicausalidades que confluyen en su perpetuación. A su vez, se busca problematizar las intervenciones comúnmente denominadas revinculaciones familiares, valorándose como procesos de reparación desde la ternura. Se propone que estas revinculaciones puedan actuar como una posible vía hacia la terceridad, ofreciendo una salida a la encerrona trágica (Ulloa, 1995) que impregna la complejidad de las situaciones sociales. Una restitución que hace revancha del amor, allí donde la afectación del lazo por diferentes instancias de violencias, antes y durante la institucionalización, ha ido trazando una no-posibilidad.

De este modo, el objetivo del trabajo es analizar las intervenciones en contextos de internación prolongada en hospitales especializados en salud mental, con foco en un servicio para mujeres, y reflexionar sobre cómo los factores sociales y subjetivos inciden en la cronificación de las mismas y en la reparación de los vínculos significativos.

Revancha amorosa: desafiando la revinculación familiar en el contexto de la internación prolongada

La revinculación familiar en el contexto de mujeres internadas en hospitales de salud mental presenta un desafío complejo y frecuentemente reduccionista. A menudo, los lazos familiares se ven interrumpidos o desestructurados por la internación prolongada, y las instituciones asilares, al no atender adecuadamente estos vínculos, contribuyen a nuestro parecer lo que daremos en llamar una "no posibilidad" de constitución afectiva. En sentido opuesto, la revinculación se ha conceptualizado tradicionalmente como un proceso de restauración de los lazos familiares dentro de un sistema que interactúa de manera holística. Sin embargo, esta perspectiva sistémica puede resultar limitante al centrarse exclusivamente en la reconstrucción de la interacción familiar, sin considerar el impacto profundo que la institucionalización tiene sobre la subjetividad y la identidad de las mujeres.

La intervención profesional en estos casos, en lugar de promover una reconfiguración profunda de los vínculos, a menudo se reduce a esfuerzos superficiales de reintegración, sin abordar las dinámicas estructurales que han llevado a la desconexión. La falta de contacto

sostenido con la familia y la omisión de intervenciones terapéuticas adecuadas no solo refuerzan la separación física, sino que perpetúan un vacío afectivo que, con el tiempo, puede volverse estructural. Las mujeres internadas pueden empezar a sentirse ajenas a sus propios círculos familiares, incapaces de retomar esos lazos, como si el tiempo y las circunstancias las hubieran despojado de su derecho a ser reconocidas emocionalmente.

Aquí es donde ponemos a jugar el concepto que proponemos de *revancha amorosa*, que desafía la visión tradicional de la revinculación. Esta no se limitaría a la restauración de lo perdido, sino que implicaría un proceso activo de recuperación emocional. La revancha amorosa no es simplemente un deseo de recuperar afectos, sino un acto de resistencia que reivindica el derecho a restablecer vínculos familiares que han sido despojados por la institucionalización y los arrasamientos previos en las trayectorias de vida. Es una lucha por reconectar con el amor y el reconocimiento que fueron desplazados o congelados durante años de padecimiento fuera y dentro de la internación.

Este enfoque no solo revisa la revinculación desde un punto de vista más dinámico y activo, sino que también pone en cuestión la visión atomista y reduccionis-

ta de la intervención familiar. Mientras que el modelo sistémico tradicional pone el énfasis en restaurar los vínculos dentro de un sistema familiar, la *revancha amorosa* reclama una revolución afectiva dentro del individuo, desafiando la "no posibilidad", aquello que no ha podido constituirse como lazo o lo ha hecho desde hilos vinculares sumamente delgados. ¿Qué es entonces lo que se pretendería re-vincular? ¿no sería más adecuado hablar de constituir, de configurar, de dar revancha a las no posibilidades históricas? En este sentido, el proceso comúnmente llamado de revinculación dejaría de ser un mero acto mecánico y pasivo para convertirse en una afirmación activa del derecho a ser amada y reconocida, tanto por la familia como por el sistema social en general.

Problemáticas sociales complejas: la intersección de la salud mental y las dimensiones estructurales

Carballeda (2008) desarrolla el concepto de problemáticas sociales complejas como una relectura crítica de los escenarios contemporáneos que emergen con el advenimiento del neoliberalismo. Dicho contexto propicia la disolución de los modelos societales tradicionales y la ruptura de los lazos sociales que antiguamente brindaban pertenencia, tales como el trabajo, la escuela, el barrio, los clubes y la familia. Esta fragmentación del

tejido social genera nuevas expresiones de subjetividad y fomenta la atomización social, exponiendo a los individuos a un entorno dominado por la competencia y el rendimiento, lo cual incrementa su vulnerabilidad y complejiza la cuestión social.

Dentro de este panorama, emerge lo que el autor denomina como sujeto inesperado: individuos a quienes los dispositivos tradicionales, diseñados para atender problemáticas de una población homogénea y previsible, no logran abordar en su complejidad debido a las nuevas condiciones que los configuran. Las problemáticas sociales complejas, transversales por naturaleza, abarcan una serie de conflictos que se manifiestan de manera singular en cada sujeto y requieren intervenciones interdisciplinarias que respeten su especificidad, promoviendo abordajes cada vez más singularizados (Carballeda, 2008).

En su expresión, dichas problemáticas sociales se configuran como producto de un entramado de múltiples otras complejidades. Los equipos profesionales no enfrentan un único problema, sino una serie de interacciones que exigen respuestas multipolares. En el ámbito de la salud mental, esto incluye, con frecuencia, vulneraciones vinculadas a condiciones habitacionales y a derechos sociales y civiles, lo cual evidencia la natu-

raleza interrelacionada de estas problemáticas y el lugar del padecimiento en salud mental dentro de esta red.

Sin embargo, las propias instituciones de salud mental han sabido mantener durante gran parte de su historia de manera explícita y fundada en el enfoque *psi* una lógica de intervención centrada en el cuadro patológico y el abordaje sintomático, dejando de lado la complejidad social que subyace a las problemáticas individuales. En palabras de Carballada (2012), las demandas actuales en salud mental requieren una reconceptualización tanto en la comprensión de las situaciones como en su intervención.

Será así entonces que deberemos enfrentarnos a la tarea de desarmar dichas demandas iniciales, desentrañando sus múltiples dimensiones para abordar la complejidad de sus causas y superar las tendencias históricas reduccionistas en nuestras intervenciones.

La experiencia en dispositivos de internación, al interior de los servicios de los que se desprende este relato, muestra que muchas de las permanencias prolongadas son de larga data y se extienden en el tiempo, dando lugar a procesos de cronificación tanto en términos espacio-temporales como de padecimiento. Lo que suele implicar una ruptura de los lazos sociales, familia-

res y comunitarios, en tanto las demandas iniciales han sido abordadas, en gran medida, desde una perspectiva medicalizante (Foucault, 1977) y una lógica asilar, sin considerar otras dimensiones ni ofrecer respuestas acordes a la heterogeneidad que las origina.

Como señala Pérez Arias (2023), la institucionalización en salud mental puede producir efectos adversos cuando excede sus límites terapéuticos, ocupando el lugar de otras estrategias de abordaje y favoreciendo la exclusión social del sujeto.

Si bien la inclusión de quienes aún residen en contextos asilares en la vida social constituye un objetivo clave de las reformas en salud mental de las últimas décadas, la cronificación y cristalización de estas estadías continúan presentes en numerosos casos. Esto se debe, en parte, a situaciones subyacentes no atendidas, como conflictos familiares o habitacionales, vivencias traumáticas silenciadas y la sobrecarga del plantel profesional en el día a día, entre otras. De una u otra forma, casi siempre se termina generando un "embudo" en la actuación profesional, que acaba decantando en la lógica dominante de intervención, centrada en la institucionalización y la sobremedicación como única intervención posible.

La encerrona trágica y la ternura: desafíos en la reparación de los vínculos en la institucionalización

En una abrumadora mayoría de las usuarias que componen el servicio se observa un predominio de la violencia de género y de situaciones de extrema vulnerabilidad y fragilidad, presentes desde su infancia.

Estas mujeres han experimentado desde muy pequeñas el desarraigo afectivo y la desidia, asumiendo el cuidado de otros más vulnerables y enfrentando, en muchos casos, el abuso sistemático como un medio de supervivencia o simplemente para preservar sus vidas. Estas experiencias límite han conducido en algún momento a su institucionalización.

En *Novela Clínica Psicoanalítica*, Ulloa (1995) retoma el término “tragedia” para describir la “encerrona trágica” como un factor epidemiológico común en entornos sociales vulnerables, donde la pobreza intensifica su dimensión trágica.

Estas “encerronas trágicas” ocurren cuando un individuo depende para sobrevivir de un otro que lo rechaza, maltrata o deshumaniza, en una relación de dependencia absoluta en la que no hay un tercero al cual recurrir.

Ulloa también subraya la relevancia de la ternura como una instancia psíquica fundadora de la condición humana. La ternura, entendida como una función empática y respetuosa de los límites del otro, es fundamental en el desarrollo inicial del sujeto humano. Según Ulloa (1988), la ternura parental durante la infancia funciona como un primer amparo que no solo provee el cuidado necesario, sino que valida al otro como sujeto independiente y ajeno a quien se mira con interés amoroso. Sin este primer amparo, el sujeto se encuentra expuesto a situaciones de injusticia, sufrimiento y violencia que pueden llevar a una vida de desesperanza. La falta de esta “ternura fundadora” deviene en lo que el autor define como desamparo, un fracaso del primer sostén afectivo que hace del sujeto un ser social. Este desamparo temprano, al no ser contenido por la función de la ternura, se convierte en el primer antecedente de las encerronas trágicas, donde los vínculos carecen de una terceridad a la cual apelar.

Para estas mujeres, cuyas historias de vida están marcadas por múltiples formas de violencia, como abusos, encierros forzosos y prácticas deshumanizantes, la institucionalización en dispositivos asilares, si bien no carga el mismo tenor de crueldad que sus experiencias previas, parece reproducir el efecto de encerrona. La institución se convierte en un “otro” del cual dependen

para sobrevivir, de alguna forma repitiendo su posición nuevamente en una relación de dependencia total y generando una esquema donde, como describe Ulloa (1995), la única vía de supervivencia parece ser el hospital que “reenferma” en lugar de curar.

Este contexto dificulta el surgimiento de una “terceridad” a la cual apelar ante la brutalidad de las encerronas a las que han sido sometidas. Dentro del abordaje institucional, se produce un efecto de negación que impide una re-simbolización de sus experiencias. El dolor, en lugar de ser trabajado, permanece embotado y enquistado en su psiquismo durante el curso de las internaciones, y los factores que contribuyeron a su sufrimiento terminan invisibilizándose. Ulloa (1995) señala que el paso de la “mortificación idiotizante” hacia la toma de conciencia de la tragedia requiere la recuperación de un sufrimiento anestesiado por el dolor acumulado. Este obstáculo, según el autor, dificulta superar la alienante “anestesia mortificadora” (p. 170).

En este sentido, la reparación y simbolización de estos traumas adquieren una relevancia histórica y social que excede lo individual (Ulloa, 1995). La experiencia de estas mujeres, inscrita en un entramado de significaciones, produce efectos resonantes en la comunidad. Sin la mediación de procesos de ternura y amparo, el

sufrimiento tiende a perpetuarse y a colectivizarse. La violencia que padecen no se reduce a un suceso individual, sino que se inscribe en una trama colectiva e histórica que exige respuestas de reparación comunitaria, en las que la ternura, como función psíquica y social, puede constituir una vía de resignificación.

Una posible salida de la mortificación podría ser, a partir de una posición de observador, reconocer y validar el sufrimiento a través de una narrativa que permita un proceso de simbolización. Esto implicaría, parafraseando a Ulloa, apelar a la ficción sin ocultar los hechos, dejándose afectar por el dolor inefable de estas mujeres para encontrar las palabras que permitan simbolizar lo traumático, combatiendo el silencio y el secretismo que agravan la invalidación crónica de sus experiencias (Ulloa, 1995, p. 121). Así, retomar y resignificar aquellos vínculos que fueron marcados por la tragedia, acompañarse y reconstruir esos lazos podría abrir una salida a la encerrona, en la que sea posible denunciar el dolor vivido y, al mismo tiempo, generar nuevas relaciones significativas. Este enfoque permitiría una vía terapéutica orientada no solo hacia la externación, dado que las condiciones sociales que perpetúan la cronificación continúan existiendo, sino hacia la reparación de los vínculos dañados, posibilitando un espacio de transformación en la relación con el otro y con su historia.

Las experiencias de revinculación en el proceso de transición de una institución no solo impactan en la subjetividad de la persona, sino que también transforman el devenir de la misma. El cambio en su posición subjetiva incide profundamente en el espacio hospitalario, donde asume diversos roles: fue cuidada y cuidadora, consejera y aconsejada, hermana, tía, tía abuela y vecina, ocupando funciones filiales que la conectan nuevamente con su entorno social. Después de años de permanecer en una posición estancada y verticalizada, se produce una transformación subjetiva que también repercute significativamente en sus compañeras. Así, el hogar convivencial se ve afectado por esta reconfiguración de roles, mostrando cómo un cambio a nivel individual puede generar un impacto colectivo, al alterar las dinámicas de poder y las relaciones allí existentes.

Este proceso puede entenderse como una línea de fuga, en el sentido propuesto por Deleuze y Guattari (1980), en tanto implica una ruptura con estructuras rígidas y repetitivas que habilita la emergencia de nuevas configuraciones vinculares. El rizoma, como concepto, funciona como un mapa dinámico que no responde a una lógica binaria ni jerárquica, sino que propone una organización fluida donde la circulación del poder se vuelve posible. En este marco, los roles y las relaciones no están predefinidos ni son estáticos, sino que pueden

reconfigurarse por los distintos actores del entramado. De este modo, la transformación en una de las personas alojadas no solo opera a nivel subjetivo, sino que también despliega nuevas posibilidades para la reconfiguración de los vínculos y el ejercicio del poder en el espacio compartido, generando un efecto colectivo que favorece su circulación y redistribución. En este sentido, el cambio individual se constituye como condición de posibilidad para transformaciones más amplias.

Conclusiones

A raíz de lo expuesto, se puede llegar a la conclusión de que los factores multicausales de la expresión de salud mental han sido históricamente reducidos al diagnóstico y abordaje por el ejercicio de la hegemonía médica. Esta enunciación puede sonar reiterativa o poco novedosa a estas alturas. Sin embargo, resulta necesario recuperar, a partir de las experiencias concretas y cada vez que sea posible, la memoria de toda aquella crudeza desatendida en las vidas de quienes aún hoy permanecen en dispositivos de atención en salud mental.

Esto ocurre incluso en un contexto donde el discurso contra la hegemonía médica se repite y se amplifica. Dichos espacios mantienen con estas personas una deuda histórica: haber silenciado lo indecible y haberse

resignado a considerar, por su complejidad, como inabordable aquello que sí podría ser abordado.

Tal reparación no se verá resuelta con reformas de tipo edilicias, ni aún con la concreción de externaciones exitosas, sino que requiere de una profunda y concreta política del sinceramiento, del riesgo y de una reeducación cabal de la forma en que ocupamos las instituciones; diagnosticando, abordando y acompañando.

En relación a los vínculos familiares, se concluye que en los casos descritos se logró concretar una forma de abordar lo que conocemos habitualmente como “revinculaciones”, desde una posición de revancha amorosa en la vida de las hermanas, ofreciendo la posibilidad de construir un nuevo sentido a esos lazos atravesados por el desarraigo y por las intervenciones profesionales que, por “cuidadosas”, sostuvieron a lo largo del tiempo un desencuentro, una “no posibilidad”.

En estas intervenciones desde la revancha de lo amoroso, estará siempre presente el riesgo de que no funcione como lo esperábamos. Sin embargo, en trabajar sobre las bases de la posibilidad, se encuentra aquello de un orden reparador, un registro que convocamos con la propuesta.

Referencias bibliográficas

- Carballeda, A. (2008). La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. *Revista Margen*, 48, 1-5.
- Carballeda, A. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *V Xerte*, 38.
- Deleuze, G., y Guattari, F. (1980). *Mille plateaux: Capitalisme et schizophrénie* (Vol. 2). Les Éditions de Minuit.
- Perez Arias, E. (2023). *Mujeres de Vidas Grises. Avatares y obstáculos en los procesos de externación de personas internadas en hospitales especializados, monovalentes o de salud mental*. Revista Topia
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Paidós.