

**LA INTEGRACIÓN PSICOSOCIAL - EPISTÉMICA DEL EQUIPO  
INTERDISCIPLINARIO Y SU PAPEL EN EL ABORDAJE COMPLEJO  
A SUJETOS FRAGILIZADOS EN EL ÁMBITO SALUD MENTAL  
Diseño de un dispositivo clínico grupal para generar impacto de mejora en  
los procesos de atención integral<sup>1</sup>**

**PSYCHOSOCIAL-EPISTEMIC INTEGRATION OF THE INTERDISCIPLINARY  
TEAM AND ITS ROLE IN THE COMPLEX APPROACH TO FRAGILE SUBJECTS  
IN THE MENTAL HEALTH FIELD**

**Design of a clinical group device to generate an impact of improvement in the processes  
of integral care**

Loreli Stettler,  
loli.stettler@gmail.com

Unidad Académica Río Gallegos – Universidad Nacional de la Patagonia Austral-  
Departamento de Ciencias Sociales  
Piloto Lero Riera y Santiago del Estero

*Recibido: 29/11/2022. Aceptado: 28/03/2023*

**RESUMEN**

Trabajo de Tesis Doctoral dirigido por Dra. Reinoso. Se busca comprender desde el enfoque institucional, los rasgos que asume el denominado “abordaje integral” que se lleva adelante en un hospital de día que atiende sujetos con problemática de consumo. Se analiza la organización técnica de la tarea, el estilo de liderazgo, la conformación grupal interdisciplinaria, vínculo con el saber y con lo complejo de los especialistas involucrados y como ese conjunto de condiciones impacta en la posibilidad de generar intervenciones de sentido para los pacientes implicados en procesos de cambio y aprendizaje.

Se evidencia una dinámica radial en tanto obstáculo para “lo integral”, definido como la capacidad de comprender la “acción recíproca” de los saberes parciales sobre el problema, como así también baja capacidad institucional de cuestionar la división del trabajo instituida.

Estos hallazgos plantean la discusión sobre concepciones implícitas de abordaje al sujeto: sujeto que se puede separar en entidades (dualismo) o unidad biopsicosocial con predominancia de áreas, ej: abordaje sobre el sistema sistema subjetivo-cognitivo-social.

Se evidencia como área de vacancia la ausencia de dispositivos grupales clínicos de procesamiento de las diferencias tensiones, que se constituyan como espacios de aprendizaje; relacionados al grado de dinámica de aceptación o no del conflicto vincular y epistémico en la tarea de integrar en “un caso” los varios niveles de realidad involucrados.

**Palabras claves:** Abordaje integral - Unidad biopsicosocial - Equipo interdisciplinario – Aprendizaje -Dispositivos clínicos.

---

<sup>1</sup> Lic. en Psicopedagogía – Asistente de Docencia – Licenciatura en Psicopedagogía. CIT SANTA CRUZ – UNPA UARG Becaria Doctoral CONICET Email: [loli.stettler@gmail.com](mailto:loli.stettler@gmail.com)



## ABSTRACT

Doctoral thesis work directed by Dr. Reinoso. The aim is to understand, from an institutional approach, the features assumed by the so-called "integral approach" carried out in a day hospital that attends subjects with consumption problems. The technical organization of the task, the leadership style, the interdisciplinary group conformation, the link with knowledge and with the complexity of the specialists involved and how this set of conditions impacts on the possibility of generating meaningful interventions for patients involved in processes of change and learning are analyzed.

A radial dynamic is evidenced as an obstacle to "the integral" defined as the capacity to understand the "reciprocal action" of partial knowledge on the problem, as well as a low institutional capacity to question the instituted division of labor.

These findings raise the discussion on implicit conceptions of approaching the subject: subject that can be separated into entities (dualism) or biopsychosocial unit with predominance of areas, e.g., approach on the subjective-cognitive-social system.

The absence of clinical group devices for the processing of differences and tensions, which are constituted as learning spaces, related to the degree of dynamics of acceptance or not of the linking and epistemic conflict in the task of integrating in "a case" the various levels of reality involved, is evidenced as an area of vacancy.

Key words: Integral approach - Biopsychosocial unit - Interdisciplinary team - Learning - Clinical devices.

**Key words:** integrated approach – biopsychosocial unit – interdisciplinary group conformation – learning –processing stress differences.

## INTRODUCCIÓN

Considero importante a los fines de situar al lector, realizar una breve descripción del contexto personal y formativo que fue dando origen a la formulación del problema/objeto de análisis que nos convoca.

Durante la carrera de grado, iniciada 2002 en la Universidad Nacional de la Patagonia Austral, mi interés profesional giraba en torno al aprendizaje por supuesto, pero en el adulto y en las mediaciones por las que podía transitar para poder desarrollar su potencial. Este interés, cuestionaba de alguna manera la oferta curricular predominante en la Lic. en Psp de la UARG puesto que, *en ese entonces*, el foco de la formación parecía estar puesto principalmente en los niños, la escuela y el problema de aprendizaje.

Una vez graduada en el año 2006, realicé cursos sobre estimulación cognitiva y, desde el ámbito de la investigación, me fui involucrando en proyectos interdisciplinarios –formando equipos con enfermeros, trabajadores sociales- en relación con la temática del adulto mayor. Paralelamente, desde la práctica que, desempeñada en un secundario como psicopedagoga, miraba con preocupación las divisiones disciplinares que los sujetos realizábamos, me preocupaban las disputas por la “propiedad” de los campos de intervención. En el año 2015<sup>2</sup>, - desde la Cátedra de Residencia profesional en la cual soy ayudante- tomé contacto en mayor profundidad con el enfoque del Análisis Institucional, impactándome especialmente nociones

---

<sup>2</sup> Periodo 2015 – 2019 siendo Adjunta a cargo Lic. Ana María Silva.

tales como “dispositivo” y “complejidad”. También, pude ir advirtiendo, cómo las herramientas de dicho enfoque contribuyen al manejo de las resistencias -entre otras cuestiones- y propician condiciones óptimas para el desarrollo de las personas, los equipos y los proyectos.

En el año 2018, desde el CIT SANTA CRUZ, se presenta la oportunidad para postulación a beca doctoral CONICET, logrando formalizar la elaboración del plan de trabajo<sup>3</sup> para la presentación a la misma, siendo el interrogante principal del estudio: **¿Cómo nos Organizamos interdisciplinariamente para ofrecer mediaciones a otros adultos implicados en procesos de aprendizaje/cambio?**

Si bien la preocupación inicial, lo que motoriza a investigar esto es el abordaje del sistema subjetivo – cognitivo - social del paciente adulto institucionalizado, desde el enfoque, y a la manera de caja translúcida<sup>4</sup> - debemos mirar las condiciones en que ese abordaje se realiza, tratando de comprender el proceso de asignación de significados que regulan el comportamiento de los actores institucionales influyendo en determinado modelo de abordaje, estando atentos a los fenómenos de “descomposición” que puede sufrir la problemática del sujeto a los fines de encajar en las soluciones sectoriales que porta cada disciplina.

También quiero decir, que este trabajo es producto de mi formación en la UNPA, es decir que responde a **este** contexto y tiempo de producción y quizás el contenido del misma no sea de relevancia para las características y o historicidad de otras universidades.

**De manera introductoria, podemos decir que a partir de** la década del 60 en adelante, se empieza a desarrollar el paradigma de la complejidad, lo cual implica conceptualizar los problemas a estudiar como “intrínsecamente complejos y de carácter multidimensional” (Morin, 1990). Este enfoque se ha extendido a proyectos de investigación, formación, políticas públicas, instituciones y organizaciones privadas, de manera tal que no quedan ya casi problemas o programas que no estén atravesados por preguntas multidisciplinares.

En Argentina, una de las tantas expresiones de ello, es la creación de la ley de SM 26.657 en el año 2010, donde queda instituido el enfoque interdisciplinario de abordaje, sin duda como modo de ruptura con el precedente MMH. Entonces, por un lado, asistimos a un mayor avance del conocimiento, y mayor especialización de saberes, y por otro, esta situación plantea un problema de relevancia cuando se intenta pasar al plano de la intervención. **¿Cómo organizarse para intentar la mayor restitución posible de las relaciones de sentido que las disciplinas fragmentan? ¿Cómo mantener la perspectiva humanista, respetando la unidad del sujeto a la hora de intervenir interdisciplinariamente?**

Entonces, nos proponemos comprender los componentes centrales y rasgos que asume el modelo de abordaje integral en un Hospital de día (HD), que trata pacientes –en su fase no aguda, estabilizados- en proceso de recuperación de adicciones, tratando de pensar el grado de posibilidad que la organización interdisciplinaria estudiada brinda a sus integrantes (a los especialistas) en relación al establecimiento de relaciones conceptuales complejas, en qué modo estos profesionales se relacionan con el saber; el grado de cohesión de las intervenciones o por el contrario, su yuxtaposición; y como todo ello interviene en el

<sup>3</sup> La postulación es exitosa, se da inicio al trabajo de tesis doctoral dirigido por la Dra. Reinoso, estudios que se inscriben dentro de la línea de formación de recursos humanos del Programa SIAI. (Servicio de Intervención y Asesoramiento Institucional) 2018 - 2023

<sup>4</sup> De esta manera, el objeto –pongamos por caso el sujeto que requiere la atención en SM- se constituye como una caja translúcida susceptible de ser desmantelado, al menos conceptualmente a través de conceptos y nociones provenientes de la biología, la psicología, la psicopedagogía, la sociología. Siendo la explicación correcta ni niveladora ni reduccionista, sino estratificada, es decir, involucrando varios niveles de la realidad.

aprendizaje *real y posible* de los profesionales sobre lo complejo como base que actúa en la generación de intervenciones de sentido para los pacientes.

La construcción epistemológica del objeto se ha ido nutriendo de aportes disciplinares tales como los provenientes del Psicoanálisis, la psicopedagogía clínica e institucional, la psicodinámica del trabajo, Teoría de los grupos y el enfoque cognitivo.

La tesis central que hemos construido: lo integral es una propiedad emergente del espacio real de aprendizaje entre profesionales, de lo cual se derivan intervenciones de mayor impacto para el paciente.

La realización de este trabajo se hace desde un compromiso con lo que considero una de los desafíos de la ciencia actual, esto es aportar a la organización eficiente de las disciplinas para el abordaje humanístico e integral del sujeto.

Este trabajo se organiza de la siguiente manera:

Una descripción de hitos, que través del uso del enfoque histórico hemos podido precisar en relación al contexto institucional en análisis

- I) Algunos resultados del enfoque situacional. Supuestos del abordaje, caracterización de dinámica y dramática del equipo interdisciplinario en la realización del abordaje
- II) Dadas las características señaladas en los puntos anteriores, presentaremos un esquema de indagación clínico de elaboración propia destinado a profesionales, respondiendo al carácter propositivo que también tiene la investigación, cuyo propósito es contribuir al problema de pasar de agregados disciplinares a la construcción de un sistema de hipótesis que expliquen aprox un sector de la realidad. Dicho esquema pretende producir novedad sobre el propio funcionamiento del equipo y las posibilidades de aprendizaje en ese grupo de profesionales. Reconociendo en la tarea de lo integral, caminos no siempre armónicos, articulaciones cambiantes, exigencias defensivas, por ello; la importancia de responder al área de vacancia encontrada en relación a la generación e instalación de este tipo de dispositivos que acompañen el procesamiento de las diferencias como campo de aplicación y contribución de la tesis.

## I) **Enfoque Histórico**

Mencionaremos en este apartado, a algunos hitos que se pudieron procesar a partir de la entrevista a un psicólogo quien formó parte del grupo gestor del proyecto, desempeñando el rol de jefe. El proyecto nace en 2009; se crea como servicio, como un dispositivo de rehabilitación para pacientes adictos al estilo “comunidad”. Contaba con un equipo de 23 profesionales y la discusión, la preocupación, en ese momento giraba en torno a “como funcionar”. Se buscaba dejar atrás lo que ellos llamaban un enfoque piramidal de atención (una estructura encabezada por médico, psicólogo, trabajador social) y se optó por un enfoque horizontal, de debate profesional.

Al momento de las entrevistas para el trabajo de campo (año 2019, es decir diez años después), este informante clave menciona como punto de preocupación, lo siguiente: *“creo que hoy por hoy, se está rigidizando por ahí la figura del psicólogo. Siempre me molesta la idea del trabajador social como administrativo, “conseguime la casa”, “Fijate la familia”... hoy por hoy, creo que ha vuelto esta figura del psicólogo que dirige, lo ponemos al médico para que medique y al trabajador social por lo social”*. Agrega *“Todavía seguimos*

*discutiendo si la persona que se quedó sin trabajo es un síntoma o no*". Estas expresiones, dan cuenta de una reducción de la explicación a la variable psicológica además de implicar la exclusión de otros profesionales, cuestión que se puede advertir igualmente en la elección de instrumentos técnicos utilizados: "*¿Porque en un informe de internación no hay aspectos psicopedagógicos informados?*", se pregunta el informante.

Para finalizar, expresa "*La división de poderes no da respuestas de impacto*" lo que se constituye como un elemento de la dramática que seguiremos analizando.

## II) Enfoque situacional

Se ha usado el enfoque situacional para obtener resultados sobre la caracterización general de la estructura y dinámica actual (2020) del mencionado servicio.

El equipo de profesionales está integrado por: psicólogos, psicopedagogo, musicoterapeuta, psiquiatra, trabajador social. Otros actores: Talleristas (folclore, arte terapia, carpintería y reciclado, movimiento y salud, lectura).

En relación a los espacios de atención, encontramos espacios destinados al paciente, al grupo de pacientes, y a los referentes de los pacientes. Y dentro de ellos, una división: espacios de atención centrada en la problemática y espacios de recreación, ocupación.

- Los centrados en la problemática: son admisión, consultorio ps individual, actividades terapéuticas individuales, atención psp individual
- Espacios grupales de atención a pacientes: GIA, actividades terapéuticas grupales, musicoterapia, estimulación cognitiva.

Se debe considerar que las disciplinas las portan los sujetos nos dice Stolkiner, de manera que es imprescindible mirar la dinámica de equipo para comprender las relaciones con los otros, con el saber, con lo complejo.

*Dinámica*<sup>5</sup>, en términos de Bleger (1964) en tanto "la capacidad del establecimiento – de sus integrantes y sus sistemas- de plantear las dificultades como problema y encarar acciones para prueba y ajuste de soluciones"

Dentro de las condiciones institucionales de base, encontramos aspectos positivos en relación al "respeto por el otro profesional". Ellos dicen de manera recurrente "*es importante lo que todos decimos*"

- **En relación al proyecto actual del servicio, la organización técnica del trabajo, vínculos y desarrollo de la tarea primaria, encontramos:**

*Los espacios de trabajo profesional* que son las reuniones de equipo, donde se "pasan en limpio", y esto es un instituido, toda aquella información nueva relativa a los pacientes; luego están los espacios de capacitación: donde *cada* profesional realiza una exposición teórica desde su disciplina hacia el resto del equipo, y un espacio para reunión individual a cargo del

<sup>5</sup> Grado de dinámica de una institución no está dado por la ausencia de conflictos, sino por la posibilidad de explicitarlos, manejarlos y resolverlos dentro del marco institucional, es decir por el grado en que son realmente asumidos por sus actores e interesados en el curso de sus tareas o funciones. "El conflicto es un elemento normal e imprescindible el desarrollo y en cualquier manifestación humana: la patología del conflicto se relaciona, más que con la existencia del conflicto mismo, con la ausencia de los resortes necesarios para resolverlos o dinamizarlos" Bleger (1964)

jefe, en el caso que hiciera falta tratar dificultades que se puedan presentar en algún miembro del equipo.

Una característica de la organización técnica del trabajo, es que hay en el servicio un psicólogo para cada paciente – el resto de los profesionales “se comparten”; por lo que la misma se puede caracterizar a la manera de un péndulo oscilando entre la horizontalidad, - “todos los profesionales son iguales de importantes” nivel de lo percibido y dicho; y la hegemonía psicológica.

También se pudo conocer que el proyecto institucional actual implicaba que cada profesional piense en un proyecto **desde su área** para el abordaje de estos sujetos.

Las admisiones se hacen interdisciplinariamente. Sin embargo, a medida que se avanza en el dispositivo, es decir, cuando “el caso” pasa a las reuniones de equipo y se lo intenta conceptualizar, encontramos expresiones tales como “*Me parece q tiene una descomposición psicótica*”, o *¿Es psicosis paranoide o esquizofrénico?* Siendo uno de los propósitos de las reuniones de equipo arribar a un diagnóstico “interdisciplinario” dicen ellos; sin embargo se basan fundamentalmente en el uso de instrumentos técnicos y conceptuales tales como los expresados en manuales tipo DSMIV y CIE10. ¿Todos los miembros del equipo interdisciplinario pueden hacer esto? El apoyo en la multicausalidad requiere de la revisión de las categorías diagnósticas más estrictas.

La interdisciplina genuina, requiere –siguiendo a Bleger- la reforma del modelo conceptual, **desde donde sea posible ubicar al sujeto en su medio ambiente, teniendo en cuenta todos los niveles de organización pertinentes, desde el físico hasta el social.**

Entonces, a nivel manifiesto existe consenso discursivo en reconocer los beneficios de trabajar interdisciplinariamente pero si miramos la organización técnica de la tarea “*un proyecto desde cada área*”, aparece lo que en términos de Fernández (1996) podemos caracterizar como un sustrato dilemático en su funcionamiento, caracterizado por la tensión entre la necesidad de saber sobre el saber del otro y la tendencia a ignorar.

Nos preguntamos entonces por el rol del conflicto cognitivo a nivel epistemológico que debe ocurrir para la restitución de la complejidad que implica “un caso”.

Hasta donde se pudo procesar, hay escasa o nula referencia empírica al conflicto porque la propuesta que denominaremos *radial*: “Cada uno un proyecto” no implica atravesar el conflicto. Esto configura una situación de bajo grado de integración epistémica entre profesionales. Se da entonces, un repliegue en el propio saber cómo zona segura y es un punto de dificultad para lo integral.

Esta dinámica ¿funciona a la manera de sostén grupal frente a las frustraciones que puede generar el trabajo con pacientes críticos, pacientes de dudosa recuperación?

Cabe destacar que, en términos generales, la población adulta que concurre al servicio son sujetos que se encuentran empobrecidos en varios sentidos, sin recursos, presentando vulnerabilidad de necesidades básicas -vivienda, trabajo, vínculos, obra social-, deterioro cognitivo y cierto grado de desorganización interna.

Los testimonios de los especialistas dan cuenta del estrés generado por la tarea de tener que enfrentarse continuamente con temas de pérdida, irreversibilidad, marginación, incapacidad, muerte, etc.

Sentimientos difíciles de tolerar que pueden llevar a evitar el contacto, a la rutinización del pensamiento.

Los análisis precedentes nos llevan a conjeturar que el funcionamiento *radial* a nivel epistémico, se complementa con lo que se observa a nivel relacional del equipo como una *sumatoria de individualidades mirada por otros*, cuya función es “hacer cuerpo” para controlar –a nivel de la fantasía de resolución- el potencial crítico de los sujetos con los que tratan y la ansiedad que supone el núcleo dramático activado: ser responsables de sujetos a los que consideran vulnerables.

#### - **En relación a como se representa el abordaje integral en los actores institucionales**

A través del análisis prospectivo, los testimonios en relación al futuro del servicio, muestran la preocupación acerca de la interpretación que algunos pueden hacer de la Ley SM en relación a la interdisciplina, cito: “*entonces no debe haber espacios específicos, que lo integral sea que todos trabajemos juntos*”; “*cerremos el servicio y que todos hagan todo, ahí es donde se nota que hay que hacer especificidades que son necesarias. Una cosa es ser interdisciplinarios y hacer abordaje integral y otra cosa es ser todista*”, nos dice un informante.

Con estos datos, inferimos que un sentido posible de la propuesta radial, tiene que ver con constituir un intento de mejora sobre la preocupación de no estar especificados, cuyo núcleo dramático activado es el temor a confundirse o ser indiferenciados en lo integral. El supuesto subyacente se podría expresar en la siguiente tesis: “si no nos diferenciamos, no se ve la importancia y significatividad de cada especialista y podemos ser fácilmente eliminados en el todo”. Este control de la diferencia tracciona en sentido contrario a la posibilidad de reconocer aspectos internivel e intranivel de causalidad de los fenómenos.

Entonces, este esfuerzo por delimitar fronteras no les permite armar la integración; de este modo hay dificultades para conceptualizar que la integración disciplinar no es incompatible con la especificidad disciplinar para la reconstrucción del sistema. Cuando hablamos de sistema, hablamos de la integración de las clásicas dimensiones del sujeto: biológica, simbólica, social.

Como el análisis histórico nos ha permitido ver, este núcleo constituye una situación reiterada y de difícil resolución.

Volviendo al interrogante principal: ¿Cómo es la organización interdisciplinaria cuyo propósito es ofrecer mediaciones integrales a otros adultos implicados en procesos de aprendizaje/cambio? En el cuadro 1 intentamos responder según lo hallado en el campo en relación al modelo de intervención, liderazgo y resultados en los equipos interdisciplinarios (M1) y planteamos un esquema de evolución de dicha organización (M2) dependiente de condiciones de elaboración de obstáculos según existan dispositivos grupales clínicos que ayuden al procesamiento de las diferencias.

“Dispositivo” (Souto, 1999) como aquello que se pone a disposición para provocar en otros, disposición a, aptitud para... idea de artefacto, proceso creativo, que garanticen condiciones de producción colectiva, buscando detectar los sesgos de hegemonía conceptual y/o los fenómenos psicosociales que se producen alrededor de la autoridad (Mendel, 1996) que cercenan el uso de las funciones críticas.

**Modelo 1****Modelo 2**

<b>Estilo de liderazgo</b>	
<p>El jefe desempeña un triple rol: superviza, coordina equipo, trata pacientes)</p> <p>Superposición de encuadres, el jefe en un rol ambiguo y cambiante, por momentos jefe, por momentos colega.</p>	<p>El trabajo del jefe es sobre la formación del equipo y sobre la promoción de relaciones creativas <i>entre</i> ellos. El jefe esta afuera de la tarea.</p> <p>Es un encuadre solidario con procesos de formación, supervisión, vinculación macro política</p>
<b>Marcos teóricos de referencia</b>	
<p>Se da una imposición (involuntaria?) por parte del jefe del mismo.</p>	<p>El jefe promueve la emergencia de marcos teóricos referenciales, y hace un acompañamiento de procesos de diferenciación y ensamble conceptual (intra nivel – internivel)</p>
<b>Modelo de capacitación</b>	
<p>Se hace desde <i>cada</i> área (aludiendo a cierta visión simplista, o bien focalizando en el aspecto intra nivel – diferenciación)</p>	<p>Se promueve el análisis de las relaciones <i>entre</i> saberes.</p> <p>Aspecto inter nivel</p>
<b>En cuanto al diagnóstico</b>	
<p>Etiqueta (formas rudimentarias, fijismo)</p>	<p>El diagnóstico se hace a la manera de un análisis de un sistema abierto, dinámico e histórico (paciente)</p>
<b>En cuanto a la dinámica grupal</b>	
<p>El equipo de especialistas funciona como sostén (se eluden las tensiones a cambio de obtener “respaldo”)</p>	<p>Se explicitan las tensiones porque ello ayuda a avanzar en el conocimiento.</p>
<b>Plano de la intervención</b>	

<p>Se da una especie de sumatoria (conglomerado) de respuestas disciplinarias a problemas distintos.</p> <p>Lo físico, lo mental, lo emocional, lo social se abordan por separado.</p> <p>Expresiones tales como “el arte terapia es para trabajar el autoconocimiento” o taller de folclore “es para trabajar la concentración y la coordinación” dan cuenta de que el problema se fragmenta para encajar en la disciplina.</p>	<p>El aprendizaje entre especialistas permite la emergencia de intervenciones complejas con potencial de sentido (<b>incluye uno o más nudos conceptuales interdisciplinarios: por ejemplo el sistema subjetivo – cognitivo – social</b>)</p>
<p><b>Efecto en el paciente</b></p>	
<p>Finalmente, si pudiéramos decir que siente el paciente: dependencia hacia los referentes, mayor esfuerzo para funcionar integrado.</p>	<p>Regulación acompañante<sup>6</sup> (Enriquez, 2002: 33-34)) acción no directiva / autogestión</p>

En los dos apartados siguientes, se analizan los espacios de talleres y estimulación cognitiva permitiendo ver como los significados institucionales operan en los especialistas y se afecta la perspectiva “integral” del abordaje.

### **Talleres ocupacionales. Su posición dentro del modelo y el papel que juegan en la dramática institucional**

*“La identidad constituye el armazón de la salud mental” Dejours*

La tarea primaria del servicio es ofrecer mediaciones terapéuticas al sujeto afectado por consumo de sustancias en su fase no aguda, cuyo propósito manifiesto es que el sujeto ingrese en la “dinámica del cambio personal”, parafraseando a Ferry (1997) cuando habla de la formación. Entonces, se observa una organización técnica de la tarea caracterizada por la presencia de -no sólo de diferentes disciplinas (psicología, medicina, psicopedagogía, trabajador social)-, sino también diferentes propuestas de recreación u ocupación que trabajan para tal fin. El desafío que nos proponemos es conocer los modos en que éstos variados espacios se articulan o no dentro de un todo, mostrando la dificultad para su integración, funcionado de manera estanco y no como “dispositivo”

<sup>6</sup> En la formación, la regulación acompañante, consiste en lograr que el grupo se apropie y trabaje las cosas interrogándose, que avance en su modo de ver y plantear alternativas de modo que concluya más fuerte de lo que comenzó (...) el propósito de la regulación es permitir que el grupo conserve sus fuerzas vivas y, en lo posible, las llegue a aumentar (Reinoso, 2013)

Las entrevistas abiertas y en profundidad realizadas a integrantes del equipo aportaron el material empírico para la elaboración de este capítulo referido al modo concreto en que este equipo hace interdisciplina y como se da el proceso de construcción epistémica del objeto de la tarea primaria.

El desempeño de cada integrante del equipo gira en torno a una base de representaciones que se han construido en una historia subjetiva, pero también formativa y social respecto de su saber disciplinar. Éstos y otros aspectos pasan desapercibidos para los sujetos, inmersos en la dinámica de lo cotidiano. En ese sentido, nos interesa dar visibilidad a estos fenómenos y contribuir desde un punto de vista sistémico a una mayor comprensión de ellos.

#### - **El riesgo de funcionar como dualistas en una institución de Salud Mental**

Los espacios de recreación – ocupación se enmarcan dentro de la propuesta de Taller: movimiento y salud, caminatas, huerta, reciclado y cuidado del medio ambiente, arte terapia y folclore.

Los talleres funcionan a la tarde en el mismo edificio. Su dictado está a cargo de diferentes profesores especialistas en la temática. Su encuadre de trabajo responde a lo que podría denominarse como una “clase”, hay un profesor y un grupo de pacientes que se ubican en posición de alumnos. Su función tiene que ver con brindar espacios de ocupación a los pacientes, el objetivo es que éstos adquieran destrezas manuales y que puedan desarrollar habilidades prácticas. Además de proveer sostén social y ocupacional. La existencia de los talleres responde al supuesto de base: “a menor tiempo libre menor es la posibilidad de consumo para los pacientes”; ligado a otro supuesto: “los pacientes no tienen nada para hacer”.

Mencionaremos algunas condiciones en que se desarrollan los talleres.

*Asistencia:* la asistencia por parte de los pacientes es indicada por algún miembro del equipo de profesionales.

*Permanencia:* la permanencia en los talleres, -como así también la posibilidad de cambiarse a otro taller- es una decisión del equipo tratante y podría enunciarse como sigue: “A mayor compromiso del paciente con el taller, mayor oportunidad de elegir se le dará”. Responde a la dramática activada en los profesionales de ser responsables de los pacientes, y proveerles organización. Esto hace que la escucha del deseo y subjetividad esté condicionada a la observación de una conducta comprometida y responsable por parte del paciente, lo cual es premiado –posteriormente- con mayores posibilidades de elección.

Ya vimos como la no elaboración de los supuestos produce consecuencias en la concepción de las prácticas. “Los pacientes son dependientes, tienen bajas habilidades cognitivas, se ven conductas de obediencia, alienación, “hacer como si”, asistencia por obligación”, enuncian algunos entrevistados como problema; por lo que no se pone en tensión un aspecto crucial de la problemática que es la toma de decisiones del paciente (a nivel subjetivo y cognitivo). Y se ofrece como contrapartida encuadres solidarios con la “pseudoadaptación en lugar de autonomía y desarrollo” (Kernberg, 1998).

*Comunicación intra servicio:* equipo de profesionales – talleristas: se puede advertir un bajo grado de dinámica entendiendo la queja de los talleristas en cuanto no ser informados de, por ejemplo, el diagnóstico de los pacientes.

Este estilo de comunicación responde a la división observada en la organización técnica del trabajo y en la concepción de abordaje implícita que puede enunciarse como sigue: “a la

mañana se reflexiona, a la tarde se hace”. Operando de alguna manera bajo la disociación reflexionar / hacer siendo una variante del viejo dualismo cartesiano; es decir, lo opuesto a la unidad biopsicosocial.

En concordancia con lo anterior, los objetivos de los talleres no se desprenden de la condición subjetiva de los pacientes. Si no más bien, se expresan como objetivos generales a la manera de enunciados tipo “que aprendan el manejo de herramientas, que sean conscientes del cuidado ambiental”. Objetivos formulados en un vacío subjetivo, cognitivo y social, dando la idea de ausencia -en los pacientes- de conocimientos previos, proyectos presentes y futuros.

La división técnica del trabajo anteriormente aludida, donde profesionales no se ensamblan con talleristas, puede poner en riesgo la función psíquica de la institución. Esto es importante, como ya hemos mencionado, porque se trata de instituciones de “existencia” (Enriquez, 1987), no de producción; centradas en las relaciones humanas, en la trama simbólica e imaginaria donde éstas se inscriben (Buttelman, 1996). Esta división también alcanza a los talleres entre sí, replicando la lógica radial observada en el equipo de profesionales. Creando más superestructuras (Bleger, 1964) a riesgo de compartimentalizar al sujeto y su problemática.

*Insumos de trabajo para la elaboración del encuadre de trabajo en los talleres:* se pudo observar que todo aquello relativo al malestar, angustia o a la problemática en relación al consumo, queda por fuera del abordaje. Los pacientes dicen: estoy ansioso, “...tengo la cabeza en otro lado”; “bueno esforzate y hace igual, pensá en otra cosa...” La angustia queda afuera del trabajo manual.

*Jerarquía de los talleres dentro del dispositivo:* Es un no dicho institucional, pero el análisis de los testimonios muestra como los talleres ocupan un lugar secundario dentro del dispositivo global, naturalmente, derivado de la disociación pensar / hacer. Prueba de ello, constituye el hecho de que los pacientes pueden ser retirados de los talleres en el momento en que los profesionales “de la mañana” así lo consideren. Como mínimo, se evidencian intervenciones yuxtapuestas.

A estas alturas del análisis, es inevitable la pregunta **¿cuánto más espacios ofrezca el dispositivo, mayor integración en el abordaje en la problemática?**

Cada profesional o actor se posiciona como representante independiente del mundo intelectual parafraseando a Schon (1992), ello se constituye como un obstáculo para lo integral y plantea el problema de investir las relaciones entre los elementos conceptuales del conjunto, como destinatarios de la acción de integración en los especialistas.

Como venimos sosteniendo, es preciso la instalación de dispositivos para el procesamiento grupal del par tensión – integración, que contemple espacios para conectar con la ignorancia; para concatenar conocimientos. “Si esos apoyos fallan, por ausencia o inadecuación, la articulación puede entrar en disfunción provocando el incremento de tensiones preexistentes” (Reinoso, 2013: 196) o como vimos en el caso de los talleres, mantenimiento del carácter estanco dentro de una misma organización.

### **Acerca de la no elaboración de supuestos de abordaje y su potencial para afectar el espacio de estimulación cognitiva**

- ¿Puede el enfoque cognitivo aportar algo a la dinámica del cambio personal?

¿Porque el referente de arte terapia no cuenta con información sobre la situación emocional de los pacientes? ¿Porque las producciones artísticas no están al servicio de simbolizar los

problemas subjetivos que conlleva el consumo? ¿Porque las técnicas cognitivas no están desarrolladas en función de ayudar al paciente a recordar los pasos de folclore o a desarrollar la metacognición?

De los testimonios surge que el trabajo con las funciones cognitivas no está ligado explícitamente al objeto del tratamiento que es lograr que el paciente registre que necesita un cambio. Entonces, hasta el momento la construcción de respuestas provenientes de diferentes teorías no encuentra punto de encuentro:

De lo analizado en este espacio, se evidencia un **trabajo intranivel**: (que es el estudio en profundidad de un nivel). En este modelo, los ejercicios propuestos son de tipo estándar, por ejemplo, estimular la memoria de trabajo con juego de naipes, tachado de letras, retención de dígitos y no están relacionados con el interés del paciente. El riesgo aquí es la no transferencia y perdurabilidad de estos aprendizajes.

Volvamos a nuestra tesis central: *lo integral es una propiedad emergente del espacio real de aprendizaje entre profesionales, de cuyo tratamiento surgen intervenciones que detentan mayor potencial de impacto para provocar la dinámica del cambio personal*, como por ejemplo, articulaciones posibles en el caso estudiado entre ps- talleristas o estimulación cognitiva al servicio del cambio personal.

Así, como estrategia para mejorar lo integral, proponemos la evolución -mediatizada por dispositivos grupales clínicos de procesamiento de las diferencias-, hacia el modelo de trabajo **interniveles** donde hay interacción de al menos dos conceptos, por ejemplo, función cognitiva e interés subjetivo, siendo esta interacción conceptual emergente de las relaciones sociales entre especialistas. Esta combinación puede trabajar en pos de colaborar con el propósito de hacer pensables aspectos del núcleo neurótico, resistente al análisis existente en todo paciente con problemática de adicción. A tal efecto, pueden citarse los beneficios de estimular la flexibilidad cognitiva o la resolución de problemas en clave subjetiva.

Formulado en términos del lenguaje institucional, diríamos: ¿Qué pueden aportar las técnicas cognitivas al objetivo terapéutico de promover un cambio en la posición subjetiva que implicara la posibilidad de la caída del tóxico del lugar que ocupa en la economía libidinal?

Ejemplo de trabajo con flexibilidad mental:

- Plantear al paciente el caso donde un amigo de repente nos deja de hablar. La flexibilidad mental nos ayudaría a comprender las causas. Nos permite darnos cuenta de que él tiene un punto de vista diferente al nuestro, ejercitar la alternancia y descentramiento, esto hace que podamos ponernos en su lugar y pensar qué motivos ha tenido para dejar de hablarnos.
- Se puede solicitar: Numero de motivos / Del amigo / Propios / Numero de soluciones posibles
- Test de Evaluación de Habilidades Cognitivas de Solución de Problemas Interpersonales ([EVHACOSPI], García Pérez & Magaz Lago, 1998). A partir de la ilustración y la descripción de situaciones problemas interpersonales hipotéticas, se evalúan las destrezas cognitivas para: identificar y describir problema, discriminar emociones, generar alternativas de solución, anticipar consecuencias a dichas alternativas y tomar una decisión.
- Otro ejemplo: enumerar cantidad de significados posibles, el mayor número de ellos, en relación al “consumo”: qué significado tiene para mí, para mi familia, para mi grupo de pertenencia, para mis compañeros de trabajo. Y así se puede seguir profundizando con diferentes contenidos subjetivos.

- Ejemplo de trabajo con efecto Stroop. Se denomina Stroop a una prueba que mide la interferencia en el tiempo de reacción de una tarea.

Cuando el nombre de un color (ej. “Azul”, “verde”, o “rojo”) es escrito en un color que no es correspondiente al nombre (ej. La palabra “rojo” escrita en tinta azul, en lugar de tinta roja), nombrar el color de la palabra toma más tiempo y es más propenso a errores que cuando el color de la tinta corresponde al nombre del color.

Sostenido en el tiempo, si el sujeto mejora en estas pruebas, se puede inferir que ha incrementado el control sobre sus respuestas automáticas, por lo que el sujeto presenta mayor plasticidad, condiciones de base óptimas para vincular a estas técnicas contenido subjetivo en relación a su problemática.

- Ejemplo de trabajo con resolución de problemas: ayudar al paciente a reconocer estereotipos de la niñez en la incidencia del patrón de “resolución” frente a la angustia: “Como lo hubiese resuelto mi abuelo/a, como lo hubiese resuelto mi padre, como lo resuelvo yo”. Es otro ejemplo del aprovechamiento del caudal cognitivo de las funciones de flexibilidad y descentramiento.
- Ejemplo de trabajo con fluidez verbal: enumerar la mayor cantidad posible de palabras y familia de palabras asociadas a la problemática. Las técnicas de fluidez verbal permiten el rastreo y recuperación de palabras para hacer pensable los significados subjetivos asociados. De esta manera se puede ir apreciando como lo cognitivo y afectivo están puestos en una relación de sentido a fin de evitar la desocialización progresiva en términos de Dejours.

Entonces, el trabajo con las técnicas cognitivas se enriquece a la luz del enfoque clínico y permiten trabajar sobre la dinámica del desarrollo personal dando lugar a la función psíquica de la institución, entendiendo de esta manera al aprendizaje en sentido amplio y como indicador de salud. Los desarrollos precedentes constituyen, además, un aporte técnico que ayuda a pasar de las intervenciones caracterizadas por la regulación externa a la regulación acompañante. Lo que buscamos resaltar es que desde el nivel de la teoría es posible –y deseable- el aumento de las relaciones lógicas de integración conceptual, siendo además un modo de aumentar el grado de accesibilidad a los resultados de la ciencia.

Ahora bien, parece evidente que es preciso la previsión de espacios de aprendizaje entre profesionales, donde esas relaciones conceptuales se puedan reconstruir sobre la base de la grupalidad. Como nos dice Dejours, el trabajo es el producto de las relaciones sociales y es el trabajo sobre ese plano el que va a posibilitar la integración epistémica.

### **Diseño de dispositivos grupales clínicos con enfoque institucional como aporte a la mejora de los modelos de atención**

Como hemos visto... el abordaje integral es más un anhelo que una realidad concreta. Entonces... ¿Cómo abordar la dificultad?

Presentamos a **continuación algunos puntos críticos de indagación clínica** que se han construido a la manera de aporte a la mejora en los dispositivos de atención, cuyo propósito es el de funcionar como analizador para pensar el grado de dinámica de aceptación o no del conflicto vincular y epistémico en la tarea de integrar en “un caso” los varios niveles de realidad involucrados. Consiste –a la manera de movimiento instituyente- en propiciar condiciones para el reconocimiento y procesamiento de las diferencias mejorando el proceso de interdisciplina.

## - **La índole de la tarea del abordaje integral es paradójal**

Como grupo estarán atravesados de manera inconsciente por miedos básicos (ataque, fuga, pérdida de seguridad, quizás el más relevante de ellos es la pérdida de poder que implica la relativización de las certezas frente al otro profesional) por lo que intentarán la diferenciación<sup>7</sup>, estando tensionados a su vez por cara opuesta de la tarea que es la integración.

“Que los procesos grupales plantean una amenaza básica para la identidad personal, una amenaza vinculada con la proclividad de la situación grupal para la activación de las relaciones objetales, las operaciones defensivas y la agresión primitiva” (Kernberg, 1998)

En procesos espiralados crecientes, el grupo interdisciplinario necesita conformarse desde lo humano y afectivo, como base del desarrollo psicotécnico posterior.

Reconociendo, desde el enfoque clínico, el atravesamiento constante por las cuestiones de la grupalidad, los fenómenos transferenciales, la relación con la autoridad, el impacto del saber del otro en la propia identidad profesional, el retorno sobre sí, la capacidad de tolerar la confusión, de aceptar la incompletud y entender que “lo teórico” no es un marco, es una red, que se provee para trabajar las distintas prácticas reales. (Stolkiner)

Allí es donde aparece el dispositivo grupal de procesamiento como terceridad, como espacio transicional. Una condición para su correcta instalación es que el jefe se ubique fuera de la tarea, ejerciendo la función de saneamiento de las tensiones (Cuadro 1, punto 1)

### **El esquema se muestra como sigue:**

1. Cada especialista, ¿Qué ve sobre lo que hace el otro?
2. ¿Qué diría cada especialista sobre cuál es el objeto de intervención del otro en *ese* contexto en particular?
3. ¿Lo que hace el otro, interroga mi marco conceptual?
4. ¿Esa novedad de lo real provoca tensión, conflicto o integración con mi saber?
5. ¿Qué hipótesis conceptuales relacionadas se derivan de lo anterior? collage de conceptos (adición) o síntesis de interacciones entre conceptos (inter)?

### **Notas finales**

El potencial para provocar integración grupal y conceptual en los profesionales parece apoyarse en:

- El espacio de identificaciones personales. ¿Porqué? Porque las disciplinas no existen más que en los sujetos que forman grupo
- El tratamiento de las tensiones conceptuales – afectivas
- Del Modelo al Dispositivo: espacio de aprendizaje entre profesionales - rol del jefe x fuera de la tarea
- Integración conceptual emergente de relaciones intersubjetivas

<sup>7</sup> Supuesto básico de Bion (1961) Contribución psicoanalítica a la psicología de los grupos pequeños, exploración de las defensas primitivas, las relaciones objetales y la ansiedad en los grupos pequeños.

Procesos grupales regresivos, idea de parálisis

1. Dependencia hacia el líder (siempre hay potenciales en el grupo para que se active este supuesto)

2. Lucha escape, el grupo percibe enemigos externos, la sospecha hacia el afuera

3. Emparejamiento

Rescatamos el pensamiento de Dejours, quien en su libro *El factor humano*, ya en 1998, planteaba la insuficiencia del análisis de conductas individuales en el trabajo y la necesidad de profundizar el estudio de la dinámica subyacente de los vínculos de cooperación. Cooperación como grado suplementario en la complejidad e integración de la organización del trabajo.

El valor de pensar y teorizar de una manera sistémica es que el grado de influencia sobre la realidad y la transformación puede ser mayor. Para ello se requiere de la creación de dispositivos complejos (tecnología blanda) que muestren eficacia para contener esos procesos, -en este caso, configuraciones defensivas en interdisciplina-; tarea nada sencilla dado que se requieren algunas condiciones en la vinculación que en este artículo hemos analizado. Trabajar en pos de ello, permite la diferenciación de prácticas tipo “collage”, de prácticas innovadoras, aspirando a la restitución de la comunicación y a la promoción de las relaciones creativas entre profesionales, aportando a su vez a poder distinguir el holismo o fijismo de la idea de integral para nunca perder de vista el sentido humanista de la praxis.

## BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, L. (Coordinador) “Lo social”: inquieto (e inquietante) objeto. Aportes para pensar e intervenir. Publicado en las I Jornadas de Discusión: “Las Ciencias Sociales en la UNPA: dificultades y desafíos” Puerto San Julián, Santa Cruz 12 y 13 de mayo de 2005. Miño y Dávila.
- ARDOINO, J. (1991) El análisis multirreferencial Este texto ha sido tomado de Ardoino J. et al. *Sciences de l’education, sciences majeures. actes de journées d’étude tenues a l’occasion des 21 ans des sciences de l’education.* Issy-les-Moulineaux, EAP, Colección Recherches et Sciences de l’education, 1991, pp. 173-181.
- ARDOINO, J. (1997) La Implicación. Conferencia impartida en el Centro de Estudios sobre la Universidad en UNAM, México.
- BALL, S. (1990) *La micropolítica de la escuela.* Barcelona, Paidós.
- BION, W.R. (1961) *Experiencias en grupos.* Barcelona, Paidós.
- BLEGER, J. (1966) *Psicohigiene y Psicología Institucional.* Buenos Aires, Paidós.
- BUNGE y ARDILA, (1988) *Filosofía de la psicología.* Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- BUNGE, M. (1999) *Las ciencias sociales en discusión. Una perspectiva filosófica.* Buenos Aires, Sudamericana.
- BUTELMAN, I., Fernández, L., Garay, L. y otros (1995) *Pensando las instituciones.* Buenos Aires, Paidós.
- CASTORINA, A. (1989) “Los obstáculos epistemológicos en la constitución de la psicopedagogía”; en Castorina, A. et al, *Problemas en Psicología Genética.* Buenos Aires, Miño y Dávila Editores.
- CEA D' Ancona, Ma. A. (1996). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*, cap. 3. Madrid, Síntesis.
- CORNAGLIA, C. y otros (2014) *Exposición y consumo de drogas legales en estudiantes universitarios y en sus familias nucleares en Acta psiquiátrica y psicológica* vol. 60

N° 2 ISSN 0001-6896 (impresa) ISSN 2362-3829 (en línea) Buenos Aires,  
Mediatatio mortis.

DEJOURS, C. (1998) El factor humano. Buenos Aires, Lumen.

ENRIQUEZ, E. (2002) La institución y las organizaciones en la educación y la formación.  
Buenos Aires, Novedades educativas.

ESPACIOS N° 21 – Análisis Institucional y Educación - Año VII. 2001. pp 70 – 99, 100 –  
115, 116 – 123 ISSN 1515-3983

FERNÁNDEZ, L. (s,f) El análisis de lo institucional. Algunas apreciaciones sobre  
condiciones de posibilidad, dimensiones y herramientas conceptuales. Publicado en  
Revista de la Universidad Nacional de Comahue.

FERNÁNDEZ, L. (1996) El análisis de lo institucional en los espacios educativos. Una  
propuesta de abordaje. Publicado en Praxis Educativa Año II, N° 2 ISSN 0328-9702

FERNÁNDEZ, L. (2015) “Acerca de las crisis, las configuraciones defensivas y su trámite.  
El caso de las instituciones educativas y la violentación” Revista de APA Tomo  
LXXII N° 4 Edit. de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Pags. 703 a 744 ISSN  
00348740

FERRY, G. (1997) Pedagogía de la formación. Buenos Aires, Novedades Educativas.

FERRY, G. (2000) Pedagogía de la formación – Volumen 5 de la Serie “Los Documentos”  
Ediciones Facultad de Filosofía y Letras de la UBA y Novedades educativas.

GARAY, L. (2000) Algunos conceptos para analizar instituciones educativas Córdoba.  
Publicación en la Universidad Nacional de Córdoba.

GARCÍA, R. (2006). Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación  
epistemológica de la investigación interdisciplinaria. Barcelona, Gedisa.

ROLANDO GARCÍA (2006) ponencia Dialéctica de la integración en la Investigación  
Interdisciplinaria.

GIMENO SACRISTÁN, J. (1981) Teoría de la enseñanza y desarrollo del currículo. Madrid,  
Anaya.

HOBBSAWN, E. (1998) Historia del siglo XX. Buenos Aires, Crítica.

INFOLEG. Recuperado de: [www.infoleg.gov.ar](http://www.infoleg.gov.ar)

KAES, R. (2004) Complejidad de los espacios institucionales y trayectos de los objetos  
psíquicos. Psicoanálisis APdeBA - Vol XXVI - N°3

KERNBERG, O. (1998) Ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones.  
Barcelona, Paidós

LAPASSADE, G. (1979) La transformación de la burocracia. Barcelona, Gedisa.

LÓPEZ YAÑEZ y SÁNCHEZ MORENO (1996) en Revista Espacios. Análisis institucional  
y Educación. Acerca del cambio en sistemas complejos N21 año VII.2001 pp 70-99  
Unpa ISSN 1515-3983.

LOURAU R (2001) Libertad de movimientos. Una introducción al análisis institucional. 1 ed.  
Buenos Aires: Eudeba

- MADDIO, S. y GRECO, C. (2010). Flexibilidad Cognitiva para Resolver Problemas entre Pares ¿Difiere esta Capacidad en Escolares de Contextos Urbanos y Urbanomarginales? *Interamerican Journal of Psychology*, vol. 44, núm. 1, pp. 98-109 Sociedad Interamericana de Psicología Austin, Organismo Internacional
- MENDEL, G. (1996) Sociopsicoanálisis y educación. Buenos Aires, Novedades Educativas.
- MORIN, E. (1998) Introducción al pensamiento complejo. Barcelona, Gedisa.
- PEDRERO-PÉREZ EJ, Rojo-Mota G, Ruiz-Sánchez de León JM, Llanero-Luque M, Puerta-García C. Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. (2011; 52: 163-72) *Revista de Neurología*. <https://doi.org/10.33588/rn.5203.2010513>
- REINOSO, M. (2001) Documento técnico de Apoyo a la Formación metodológica. Recomendaciones para el proceso de Segmentación en el análisis de testimonios. Unpa
- REINOSO, M. (s,f) *Diferentes y solidarios. Convivir y producir en un equipo interdisciplinario*.
- REINOSO, M. (2013) Supervisores. La institución. Organización las funciones supervisoras en el campo de la educación. El caso argentino y la provincia de santa cruz. Unpa edita
- REINOSO, M. (2020) Documento de orientación metodológica Trabajo de campo “Exploraciones y Prácticas de Diagnóstico Institucional en el campo educativo”. Unpa
- SAUTU, R. (2005) Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación. Buenos Aires, Lumiere
- SCHAJTER, Virginia y otros; 2003 Ponencia *Imaginar el trabajo interdisciplinario en salud*
- SCHON, D. (1992) La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones, Ministerio de Educación y Ciencia. Barcelona -Buenos Aires –México, Paidós.
- SILVA, A., Castillo, C. y Stettler, L (2018) Psicopedagogía y formación. El uso de dispositivos complejos. El caso de la cátedra de residencia profesional. Escuela de Psicopedagogía. Universidad Nacional de la Patagonia Austral. UARG.
- SILVA, A (Directora) (2021) Análisis institucional y diseños alternativos de formación. Documento de la exposición, Autor: Fernández, L. en [www.analisisinstitucional.com](http://www.analisisinstitucional.com)
- SOLCOFF, K. (2016) Hacer memoria. Aportes de la neuropsicología al aprendizaje. Buenos Aires, Paidós.
- SOUTO, M. y otros (1999) Grupos y dispositivos de formación. Buenos Aires, Novedades Educativas - Fac. de Filosofía y Letras. Colección Formación de Formadores. N° 10. UBA.
- STETTLER, L y otros. Cuestiones epistemológicas en torno a la interdisciplina. El uso de dispositivos complejos para el abordaje integral del AM. Publicado en 6to encuentro de investigadores, becarios y tesistas de la Patagonia Austral: libro de artículos cortos /compilado x Valeria Llaneza. 1a ed- Río Gallegos, UNPA, 2021. ISBN 978 - 987 - 3714 - 88 -7

- STOLKINER, A. (1999a) La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Buenos Aires, publicado en Campo PSI UBA.
- STOLKINER, A. (1999b) La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Buenos Aires, publicado en campo PSI UBA
- STOLKINER, A. (2005) IX Jornadas Nacionales de Salud Mental: I Jornadas provinciales de Psicología. Salud Mental y mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. Interdisciplina y salud mental.
- TELLO, C. (2011) El objeto de estudio en ciencias sociales: entre la pregunta y la hipótesis Cinta moebio 42: 225-242 <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2011000300001>
- TORRALBA, T., Raimondi y Roca, M. (2019) Rehabilitación cognitiva. De la teoría a la práctica profesional. Buenos Aires, El Ateneo.
- UTRILLA, M. (1998) Son posibles las terapias en las instituciones? Madrid, Biblioteca Nueva.