

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“INDICADORES DE ASPECTOS SALUTOGÉNICOS EN PACIENTES  
CON PSICOSIS EN INTERNACIÓN CRÓNICA CON  
ESTIMULACIÓN COGNITIVA”**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

AREA: PSICOLOGIA CLINICA

FALCÓN, Paula

SAN JUAN

**MARZO 2026**

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“INDICADORES DE ASPECTOS SALUTOGÉNICOS EN PACIENTES  
CON PSICOSIS EN INTERNACIÓN CRÓNICA CON  
ESTIMULACIÓN COGNITIVA”**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

ÁREA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

DIRECTORA: Mg. Sonia Giménez Bawden

TUTORA ACADÉMICA: Lic. Luciana Bordas

FALCÓN, Paula

**SAN JUAN**

**MARZO 2026**

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| Agradecimientos .....   | 6  |
| CAPÍTULO I .....  | 7  |
| Introducción .....  | 7  |
| MARCO TEÓRICO .....   | 10 |
| Enfoque Salutogénico.....   | 10 |
| Recursos generales de resistencia (RGR) .....                                     | 11 |
| El sentido de coherencia: componentes y función .....                             | 13 |
| Salutogénesis y sentido de coherencia en la adultez media.....                    | 15 |
| El abordaje de la salud en contextos institucionales .....                        | 19 |
| Conceptualización de la esquizofrenia .....                                       | 19 |
| Definición y características clínicas .....                                       | 24 |
| Manifestaciones cognitivas, funcionales y psicosociales en la esquizofrenia ..... | 27 |
| Curso, evolución y factores de riesgo.....  | 28 |
| Conceptualización de internación en salud mental .....                            | 30 |
| Internación prolongada .....  | 36 |
| Efectos de la institucionalización en el psiquismo .....                          | 37 |
| Estimulación cognitiva .....  | 40 |
| Definición y objetivos generales .....  | 40 |
| Diferencias con la rehabilitación y la remediación cognitiva .....                | 43 |
| Principales técnicas y estrategias utilizadas.....                                | 45 |

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Aplicaciones clínicas en pacientes con psicosis .....  | 48                                   |
| CAPÍTULO II.....   | 52                                   |
| MATERIALES Y METODOS .....   | 52                                   |
| Fase de acercamiento a la Institución.....   | 53                                   |
| Fase de exploración .....  | 54                                   |
| Fase descriptiva .....   | 56                                   |
| Fase de planificación .....  | 58                                   |
| Fase de intervención.....  | 60                                   |
| Fase de análisis y elaboración.....  | 61                                   |
| CAPÍTULO III.....  | 63                                   |
| RESULTADOS .....   | 63                                   |
| Caso clínico.....  | 63                                   |
| Información aportada por el equipo tratante.....   | 66                                   |
| Observaciones de Estela .....  | 69                                   |
| CAPÍTULO IV.....   | 72                                   |
| DISCUSIÓN .....  | 72                                   |
| Discusión .....  | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| Estela: caso clínico .....   | 72                                   |
| Entre la estabilidad y la dependencia: una configuración clínica posible .....               | 76                                   |
| Habitar la cronicidad: la internación prolongada como sostén y límite .....                  | 79                                   |
| Pequeñas formas de estar viva: la persistencia de la salud en la experiencia de Estela ..... | 81                                   |
| Fortalezas y debilidades de la practica pre profesional supervisada .....                    | 84                                   |

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| PROPUESTAS .....  | 87                                   |
| Al Hospital Doctora Julieta Lanteri y al servicio de Internación Prolongada ..... | 87                                   |
| A la Universidad Católica de Cuyo .....   | 88                                   |
| BIBLIOGRAFÍA .....  | 90                                   |
| ANEXO 1 .....   | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| ANEXO 2 .....   | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |

## **Agradecimientos**

Quisiera agradecer al equipo interdisciplinario en el Hospital Doctora Julieta Lanteri por el acompañamiento, compromiso y calidez en cada una de las etapas. Esta experiencia no solo complementa mi formación profesional, también fue una reafirmación de la convicción sobre la importancia del ejercicio de la clínica con una mirada humana e integral.

Agradezco en particular a mi tutora, Lic. Luciana Bordas por la dirección y confianza en este proceso, así como a cada uno de los docentes que, de manera comprometida y apasionada, contribuyeron a mi formación y el amor por la profesión.

A mi familia y amigos, por el apoyo incondicional, la paciencia, el constante aliento, y por estar en los momentos de mayor exigencia y gracias a ellos, por estar en las celebraciones de cada logro que alcanzamos. A todos ellos, gracias por permitirme el espacio en este recorrido que me hizo crecer, aprender y reafirmar el deseo de acompañar desde la psicología.

# CAPÍTULO I

## Introducción

El presente Trabajo Integrador Final corresponde a la Licenciatura en Psicología y se enmarca en la Práctica Pre Profesional Supervisada (PPS), realizada en el Hospital General Dra. Julieta Lanteri, ubicado en la provincia de San Juan, Argentina. La investigación se desarrolló en un dispositivo de internación crónica/prolongada destinado a personas con trastornos psicóticos, donde se acompañó clínicamente a pacientes adultos, tanto hombres como mujeres, cuyas edades oscilaban entre los 20 y los 90 años. Este contexto hospitalario permitió observar de manera directa las dinámicas que configuran la vida cotidiana de sujetos que presentan psicosis, así como las posibilidades de intervención desde un enfoque que contemple no sólo el sufrimiento, sino también los recursos subjetivos preservados.

Este trabajo surge a partir de la necesidad de profundizar en el rol del psicólogo desde una perspectiva centrada en la salud, específicamente desde el paradigma salutogénico propuesto por Aaron Antonovsky.

A lo largo de la carrera, fue surgiendo un interés particular por los cuadros psicóticos y por las formas en que éstos afectan el desarrollo psíquico, las relaciones interpersonales y el desempeño funcional de quienes la padecen. Al mismo tiempo, se hizo evidente la necesidad de cuestionar ciertos abordajes tradicionales que tienden a centrarse exclusivamente en los déficits, descuidando la potencialidad de los sujetos para sostener funciones, resignificar experiencias y construir recursos, incluso en contextos de desorganización psíquica. Por lo tanto, esta investigación propone un cambio de enfoque: observar a los pacientes psicóticos no sólo desde la sintomatología, sino también desde sus capacidades preservadas y su posibilidad de recuperación subjetiva.

El objetivo general es describir los indicadores de aspectos salutogénicos en pacientes psicóticos en internación crónica, con estimulación cognitiva. Se plantean como objetivos específicos, definir los fundamentos y aplicaciones de la estimulación cognitiva en el contexto clínico, caracterizar los indicadores de aspectos salutogénicos, detallar los principales aspectos clínicos y psicopatológicos de la psicosis, precisar el concepto y las implicancias de la internación psiquiátrica crónica y, por último, integrar los aspectos teóricos con en el análisis de caso.

En este marco, se entiende por factores salutogénicos, según Aaron Antonovsky, aquellos que favorecen el afrontamiento, la adaptación y la construcción de sentido, incluso en situaciones de adversidad y enfermedad crónica. Lejos de concebir la salud como un estado estático o como la mera ausencia de patología, la salutogénesis plantea un continuo entre salud y enfermedad, en el que los recursos personales, sociales y contextuales cumplen un papel central en el fortalecimiento del bienestar subjetivo. La psicosis se define como un trastorno mental grave caracterizado por una pérdida del juicio de realidad, en la cual el individuo presenta alteraciones del pensamiento, la percepción y la conducta, manifestadas a través de delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado y deterioro significativo del funcionamiento social y ocupacional (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015).

Cuando estas manifestaciones se mantienen en el tiempo y requieren un sostén institucional continuo, puede ser necesaria la internación. Entre los distintos tipos de servicios que se puede brindar, se encuentra la internación crónica, modalidad destinada a personas que, por la persistencia de sus síntomas, o por la fragilidad de sus redes, requieren un acompañamiento prolongado dentro de un dispositivo hospitalario (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

También, se considera especialmente relevante el trabajo con la estimulación cognitiva, entendida como un conjunto de técnicas y estrategias orientadas a mantener y/o potenciar

funciones como la memoria, la atención, el lenguaje y el razonamiento, entre otras (Muñoz Marrón, 2009). Su implementación en contextos de internación psiquiátrica puede convertirse en una herramienta clínica que favorezca no solo el funcionamiento cognitivo, sino también la autoestima, la autonomía y la conexión con los otros. Integrar este tipo de intervenciones desde una perspectiva salutogénica implica no solo aplicar ejercicios, sino también reconocer y fortalecer los recursos personales y sociales que cada paciente pone en juego para sostener su lugar en el mundo.

## MARCO TEÓRICO

### Enfoque Salutogénico

Aaron Antonovsky, nacido en Estados Unidos en 1923, sociólogo israelí americano, llevó a cabo a lo largo de su vida estudios sobre el estrés, la salud y el bienestar, para finalmente proponer su teoría sobre la salutogénesis.

El concepto de “salutogénesis” de Antonovsky se centra en los factores que fomentan la salud humana, en lugar de centrarse en los factores causantes de la enfermedad. El autor describe la salud como un proceso en continuo desarrollo en vez de una salud estática. Cada persona es encargada de descubrir sus propias fuentes de salud y de promover el afrontamiento adaptativo para mantener la salud mental y el bienestar.

Esta teoría surge en 1987 cuando Antonovsky se cuestiona la existencia de variables personales en el proceso de afrontamiento. Inicia una investigación dedicada a grupo de mujeres, entre las cuales, algunas habían estado internadas en campos de concentración que contaban con notable bienestar y salud tras haber pasado momentos remarcablemente dramáticos. Las preguntas clave para el autor fueron “¿Por qué las personas se mantenían saludables a pesar de estar expuestas a tantas influencias perjudiciales? ¿Cómo se las arreglan para recuperarse de enfermedades? ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de la tensión más extrema?”.

Una de las particularidades del modelo de Antonovsky es la orientación disposicional generalizada, a la que denomina orientación salutogénica. Se enfoca en determinar cuáles son las características del sujeto, así como el contexto social que intervienen en el ámbito de la salud, (1987).

La orientación salutogénica hace referencia principalmente al énfasis en la investigación y teoría sobre el afrontamiento del estrés que, en lugar de plantearse desde una orientación patogénica en donde prima el análisis de factores de riesgo potenciadores de la enfermedad, se centra en determinar cuáles son las características personales del sujeto y su entorno que promueven la salud. Acorde con este enfoque, Antonovsky introduce la salud como un continuo entre *ease-disease* es decir entre bienestar y enfermedad, en lugar de plantearlo como dualidad extrema entre salud y enfermedad (*health-disease*).

El autor, plantea que todos disponemos de salud en cierta medida y que el individuo se mueve de manera continua y dinámica entre esos dos extremos del continuo *ease-disease* (bienestar y enfermedad), de manera que no existe la posibilidad de situarse en algún polo de forma extrema e imperativa a lo largo del ciclo de la vida.

Se habla de enfoque transaccional ya que el núcleo de la teoría se basa en el estudio de factores que promueven el afrontamiento adaptativo, en lugar de centrarse en factores de riesgo potenciadores de la enfermedad. Por este motivo, el enfoque salutogénico resulta altamente atractivo al enfatizar en el bienestar y la preservación de la salud.

Antonovsky (1987) propone dos conceptos que intervienen en este movimiento: los recursos generales de resistencia (RRGs) y el sentido de coherencia.

### **Recursos generales de resistencia (RGR)**

Los recursos generales de resistencia constituyen los orígenes del sentido de coherencia siendo uno de los principales conceptos de la teoría de Antonovsky (1987). Estos recursos engloban una serie de características personales, que favorecen a la percepción y asimilación de estresores vitales como afrontables, controlables y coherentes. Según Antonovsky (1987), estos recursos pueden incluir factores materiales (dinero), el

conocimiento y la inteligencia, la experiencia, los hábitos saludables, la autoestima, el apoyo social, las tradiciones, la religión y la filosofía de vida, o el estado de la mente. Los recursos generales de resistencia, no son suficientes si la persona no hace buen uso de ello. Tener la capacidad para saber utilizarlos, es lo que el autor describe como tener sentido de coherencia. Es por ello que los recursos generales de resistencia se describen como facilitadores para la persona, resultando aumentar la probabilidad de afrontar exitosamente las adversidades de la vida. Hacer uso de los recursos generales de resistencia de manera óptima, promueve tener un alto sentido de coherencia. De ahí que el sentido de coherencia, se convierte en elemento principal de su teoría.

Para comprender mejor el constructo que propone, se debe agregar que Antonovsky encuentra un conjunto de características comunes en las personas que se consideran dotadas de un alto nivel de sentido de coherencia. De donde resulta que este grupo de personas comparten tres rasgos comunes a la hora de afrontar situaciones complicadas. Para comenzar, sostiene que un individuo caracterizado por un fuerte sentido de coherencia, está predispuesto a percibir los estímulos con gran amplitud de visión ya sean internos o externos, además de hacerlo desde una mirada lógica, estructurada y comprensible. Por otra parte, la persona cuenta con un repertorio de recursos que son manejables y están a disposición de la persona en el momento preciso. Por último, la situación o el estímulo, se ve como un reto para la persona y es importante a su vez, por lo que merece la pena hacer un esfuerzo y establecer un compromiso con ello.

## **El sentido de coherencia: componentes y función**

El sentido de coherencia no se describe como un rasgo específico de personalidad, ni un patrón fijo y preestablecido de conducta, ni tampoco un estilo de afrontamiento concreto. Es, al contrario, el conjunto de una serie de estrategias de afrontamiento que engloban los aspectos fundamentales de lo que el autor describe como característico de sentido de coherencia. (Antonovsky, 1987).

Desde la perspectiva de Antonovsky, se considera que el sentido de coherencia es la habilidad de la persona para escoger la estrategia de afrontamiento que se ajuste de manera más eficaz a la situación concreta. Es por ello, que se considera más bien una orientación generalizada, al no existir un estilo particular y ser flexible ante diferentes situaciones.

El autor propone tres componentes o características con los que se hace una valoración del nivel de sentido de coherencia, dividiéndolo en comprensibilidad (componente cognitivo), manejabilidad (componente instrumental) y significatividad (componente motivacional).

La comprensibilidad hace referencia a la medida en que los factores externos e internos se perciben de manera ordenada, clara, consistente y estructurada. Es la sensación de comprender lo que está ocurriendo, independientemente de si la situación resulta estresante o no. La estabilidad a lo largo de la vida y las experiencias consistentes facilitan la comprensibilidad de situaciones, a partir de donde el sujeto es capaz de identificar sus sentimientos y cómo debe comportarse, al entender el funcionamiento del ámbito en el que se encuentra y encontrar un sentido lógico. (Antonovsky, 1987).

En segunda instancia, la manejabilidad se refiere a la percepción de si se dispone de los recursos necesarios y la capacidad para afrontar las demandas del ambiente. Tiene que ver con la confianza en uno mismo, la autoestima y la disponibilidad de los recursos apropiados.

Los factores influyentes pueden ser tanto factores externos como el apoyo social, los recursos económicos, experiencia previa o bien factores internos como la creencia de que uno es capaz (confianza en uno mismo). (Antonovsky, 1987).

Para terminar, el autor propone como componente principal dentro su modelo, la significatividad. Esta dimensión ocupa un importante lugar al contener el elemento motivacional, el cual impulsa al sujeto a actuar y a procurar tener los recursos necesarios disponibles para enfrentarse a la adversidad. La dimensión de significatividad, hace referencia al significado que el sujeto le da a la situación que, en función del peso e importancia que se le asigna, va a llevar a la persona a estar motivado para actuar o no. (Antonovsky, 1987).

Por tanto, el sujeto a pesar de comprender la demanda que se le presenta (comprensibilidad) y de verse capaz de enfrentarse a ella y poseedor de los recursos necesarios para ello (maneabilidad), si no le da a la situación un significado de relevancia suficiente para afrontarla, no pondrá en marcha sus estrategias, al no estar motivado para ello. La significatividad es, por tanto, lo que determina si la acción va a llevarse a cabo o no. Ante cualquier situación de estrés en la que el individuo ha de intervenir, se pregunta por qué debería hacerlo, ya que afrontar situaciones estresantes supone un gasto de energía y tiempo. La respuesta ha de contener motivos relevantes para el sujeto para iniciar la acción. El sujeto siente entonces que los estímulos tienen sentido y visualiza la situación como un reto por el cual merece la pena un compromiso, una inversión emocional y una orientación de la conducta dirigida a la consecución de la meta.

El sentido de Coherencia fue definido posteriormente como “Una orientación global que expresa hasta qué punto uno tiene la amplia, resistente y dinámica sensación de confianza en que los estímulos provenientes del entorno (interno/externo) en el curso de la vida son

estructurados, predecibles y manejables [comprensibilidad], los recursos están disponibles para afrontar las demandas que exigen esos estímulos [manejabilidad] y estas demandas son desafíos que merecen una inversión y un compromiso [significatividad].”

(Antonovsky, 1987, p 19).

### **Salutogénesis y sentido de coherencia en la adultez media**

El curso de vida puede entenderse como un proceso dinámico de aprendizaje que está socialmente preestructurado en términos de oportunidades electivas, pero que es experimentado y vivido de manera individual (Erikson, 1980). De este modo, pueden describirse distintas fases vitales con tareas de desarrollo esperables y perfiles específicos de riesgos y recursos, los cuales se organizan de manera culturalmente diversa. Asimismo, deben tenerse en cuenta los acontecimientos vitales críticos, generalmente inesperados, que plantean desafíos específicos y requieren estrategias de afrontamiento flexibles. La formación de la identidad personal y social (Goffman, 1975) constituye así un desafío continuo de “llegar a ser quien uno es” (Sartre, 1964, pp. 1977–1979), proceso que también se expresa en la configuración del sentido de coherencia (SOC) (Antonovsky, 1987; Ventegodt et al., 2003).

Durante mucho tiempo, la adultez media tardía fue considerada una etapa vital carente de dramatismo, sin embargo, progresivamente ha comenzado a adquirir un perfil propio (Perrig-Chiello & Perren, 2005; Perrig-Chiello et al., 2008). La sexta década de la vida, puede describirse como el inicio de la transición hacia la desvinculación progresiva del ámbito laboral y un cambio en las responsabilidades familiares.

Se trata, por lo tanto, de un período orientado al equilibrio y a la proyección hacia el futuro, en la búsqueda de una vida coherente. Las crisis, cualquiera sea su origen, así como los problemas sostenidos en el tiempo, pueden generar la necesidad de recurrir a profesionales de

la salud que brinden apoyo en la definición de objetivos de salud individuales y en el desarrollo de estrategias para alcanzarlos de acuerdo con la situación, la persona y el problema específico. En este proceso, deben considerarse los objetivos vitales personales, que con frecuencia permanecen implícitos. Los desafíos propios de la sexta década de la vida, en particular en el cuidado y apoyo a los padres como una continuación de tareas evolutivas previas, desde esta perspectiva, por ejemplo, las tareas de desarrollo vinculadas a la autonomía y la separación del hogar parental, típicamente propias de etapas más tempranas, vuelven a adquirir relevancia, aunque en una forma modificada.

El significado de estas tareas puede comprenderse a partir de una reconstrucción biográfica, que permite visibilizar cómo se entrelazan las distintas configuraciones familiares y sociales que acompañan la trayectoria de vida de una persona (Oevermann, 2000). Este enfoque favorece la comprensión de la experiencia individual dentro de su contexto relacional e histórico, facilitando la integración de las vivencias en una narrativa con sentido.

Dada la condición transicional propia de la sexta década de la vida, resulta fundamental poner en primer plano las tareas vitales y considerarlas en la negociación conjunta de los objetivos de salud. Se ha observado que los objetivos individuales, como aquellos acordados entre el paciente y los profesionales en contextos de atención prolongada, tienen mayores probabilidades de alcanzarse cuando se corresponden con las tareas vitales implícitas y con el significado que la persona atribuye a su experiencia (Bahrs & Henze, 2019).

El período comprendido entre los 50 y 60 años no presenta una estructuración tan definida como otras etapas del ciclo vital (Perrig-Chiello & Perren, 2005). No obstante, durante esta década se vuelve más frecuente el enfrentamiento con la enfermedad, el envejecimiento y la muerte, ya sea a partir de experiencias personales o de situaciones que afectan al entorno cercano. Asimismo, aumenta la probabilidad de asumir responsabilidades de cuidado hacia

los padres u otros familiares, lo que introduce nuevas demandas emocionales y prácticas en la vida cotidiana (Höpflinger & Perrig-Chiello).

Se hacen más evidentes las limitaciones físicas, por ejemplo, en el deporte o en actividades físicas generales. Aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas, como las enfermedades óseas, cardiovasculares y el cáncer (Lademann & Kolip, 2005). Estas limitaciones funcionales pueden generar cambios en la vivencia corporal, lo que exige una reconfiguración constante de la actitud hacia el propio cuerpo.

El cuerpo participa activamente en los procesos de percepción y comunicación, y puede constituirse tanto en objeto de observación y evaluación propia como ajena. En su dimensión performativa, el cuerpo no solo expresa al sujeto, sino que también interviene en la construcción de su identidad: a través de sus acciones, posturas y modos de habitar el espacio, influye recursivamente en la manera en que la persona se percibe y es percibida (Corbin & Strauss, 1988, 2004).

Desde otra perspectiva, Michel Foucault sostiene que el cuerpo no es una realidad puramente biológica, sino que se produce mediante prácticas discursivas y relaciones de poder. En este sentido, el cuerpo constituye una construcción social y cultural, moldeada por normas, saberes e instituciones. Los discursos científicos, por ejemplo, ofrecen marcos interpretativos que se incorporan al conocimiento cotidiano, orientan las prácticas sociales y regulan las formas de comprender la salud, la normalidad y la enfermedad. Tales discursos no son neutrales, sino que se encuentran inseparablemente ligados a relaciones de poder que atraviesan la vida social (Gugutzer, 2002, 2004).

Dado que el cuerpo constituye un factor central en la autoevaluación, se vuelve necesario un trabajo continuo de construcción identitaria. En la sexta década de la vida, los hijos suelen

haberse ido o estar por dejar el hogar, lo que impulsa a los padres a reorientar la atención hacia sí mismos o hacia la relación de pareja. Asimismo, crisis como separaciones, divorcios o pérdidas pueden desencadenar procesos de revisión vital. En este período también es frecuente realizar un balance de los objetivos alcanzados y aquellos que no se han concretado, lo que puede resultar emocionalmente intenso.

Estos procesos pueden comprenderse en el marco del desarrollo humano entendido como una unidad tensionada entre socialización e individuación. Jean-Paul Sartre propone la idea de una “doble génesis” del sujeto: constitución y personalización. El ser humano nace en un mundo socialmente estructurado, pero se convierte en individuo a través de sus elecciones y proyectos vitales. En este sentido, vivir implica producir sentido y posicionarse activamente frente a la propia existencia.

La biografía constituye el espacio donde ese sentido se organiza y reorganiza. Puede entenderse como la construcción subjetiva de coherencia de la vida vivida, que reinterpreta el pasado desde el presente y en función del futuro (Marotzki, 1990). Asimismo, es el ámbito donde se sincronizan procesos de reflexión y aprendizaje (Maier-Gutheil, 2015). Tanto las experiencias cotidianas como las crisis vitales pueden actuar como disparadores de aprendizaje, influyendo en las actitudes, interpretaciones, la autoconciencia y los recursos personales.

Según Antonovsky, la identidad del yo es un recurso central dentro de los recursos generales de resistencia. Permite sentirse él mismo en diferentes contextos y sintetizar las contradicciones de la vida. El sentido de coherencia (SOC) es una orientación vital profunda, compuesta por comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.

El SOC se desarrolla a partir de experiencias de coherencia, participación y equilibrio entre demandas y recursos, y continúa desarrollándose más allá de los 30 años. Höfer (2006) plantea que la identidad es una fuente del SOC: cuanto más coherentes y auténticos son los proyectos vitales, más fuerte es el SOC, generando además un efecto de retroalimentación positiva. La identidad y el SOC se desarrollan en procesos de interacción social a lo largo de toda la vida. La relación con otros, incluidos los profesionales de la salud, puede facilitar el acceso a recursos desconocidos y fortalecer el SOC.

### **El abordaje de la salud en contextos institucionales**

Desde el enfoque salutogénico desarrollado por Aaron Antonovsky, la salud no se concibe como un estado fijo ni como la mera ausencia de enfermedad, sino como un proceso dinámico que se despliega a lo largo del curso de vida en permanente interacción entre la persona y su entorno. En esta perspectiva, el sentido de coherencia (SOC) no constituye un rasgo exclusivamente individual, sino una orientación vital que se configura y transforma a partir de experiencias relacionales, sociales e institucionales. Las posibilidades de comprender lo que sucede, manejar las demandas cotidianas y atribuirles sentido se ven profundamente influidas por los contextos en los que las personas viven, trabajan y reciben cuidados.

El curso de vida puede entenderse como un proceso dinámico de aprendizaje socialmente estructurado en términos de oportunidades y restricciones, pero experimentado de manera singular (Erikson, 1980). En cada fase vital emergen tareas evolutivas esperables y perfiles específicos de riesgos y recursos, culturalmente configurados. Asimismo, los acontecimientos vitales críticos, generalmente inesperados, plantean desafíos que requieren estrategias de afrontamiento flexibles. La formación de la identidad personal y social (Goffman, 1975) constituye así un desafío continuo de “llegar a ser quien uno es” (Sartre, 1964), proceso que

también se expresa en la configuración del sentido de coherencia (Antonovsky, 1987; Ventegodt et al., 2003).

En la sexta década de la vida se intensifican las demandas vinculadas al cuidado de la salud y al afrontamiento de cambios asociados al envejecimiento. En este contexto, el acompañamiento profesional puede resultar clave para definir objetivos de salud individuales y desarrollar estrategias acordes a la situación particular. Estos objetivos tienen mayores probabilidades de alcanzarse cuando se articulan con prioridades vitales significativas para la persona (Bahrs & Henze, 2019). Paralelamente, se incrementa la confrontación con la enfermedad, el deterioro físico y la muerte, ya sea a partir de experiencias propias o del entorno cercano, lo que introduce nuevas exigencias emocionales y adaptativas.

De manera simultánea, se hacen más evidentes las limitaciones físicas y aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, óseas y el cáncer (Lademann & Kolip, 2005). Estas transformaciones demandan una reconfiguración de la vivencia corporal y de la actitud hacia el propio cuerpo. Lejos de constituir únicamente un objeto de evaluación médica, el cuerpo participa activamente en la percepción, la comunicación y la construcción de la identidad (Corbin & Strauss, 1988, 2004). Asimismo, puede comprenderse como una construcción social y cultural atravesada por discursos científicos y relaciones de poder, que influyen en la autoevaluación y en los procesos de atribución de sentido (Foucault; Gugutzer, 2002, 2004).

Vivir implica producir sentido, y la biografía constituye una reconstrucción subjetiva de coherencia que reorganiza el pasado desde el presente y en función del futuro (Marotzki, 1990). En este proceso, las experiencias cotidianas y las crisis actúan como disparadores de aprendizaje, influyendo en actitudes, interpretaciones, autoconciencia y recursos personales (Maier-Gutheil, 2015).

Desde la perspectiva salutogénica, la identidad del yo constituye un recurso central dentro de los recursos generales de resistencia, ya que permite mantener una sensación de continuidad y coherencia en contextos cambiantes.

Desde esta mirada, los contextos de atención en salud adquieren una relevancia particular. Frente a crisis vitales, procesos de enfermedad o acontecimientos críticos, las personas entran en contacto con instituciones sanitarias que no solo intervienen sobre el cuerpo, sino que también inciden en la vivencia subjetiva, la identidad y las estrategias de afrontamiento. Dependiendo de sus prácticas organizacionales, estos contextos pueden intensificar el estrés y la pasividad o constituirse en recursos capaces de fortalecer el sentido de coherencia, facilitando el acceso a apoyos y nuevas formas de comprensión y manejo de la situación.

En este marco, el hospital puede comprenderse no solo como un espacio destinado al diagnóstico y tratamiento, sino como un entorno social y organizacional capaz de producir efectos salutogénicos o patogénicos sobre pacientes, profesionales y comunidades. La incorporación del modelo salutogénico permite repensar las prácticas de cuidado, desplazando el foco exclusivo en la patología hacia una comprensión integral de la experiencia de salud-enfermedad.

El enfoque salutogénico se ha aplicado progresivamente al estudio de la salud en contextos institucionales de cuidado a largo plazo. Aaron Antonovsky cuestiona la concepción dicotómica de la salud y propone el continuum salud-enfermedad, en el cual todas las personas se sitúan en algún punto intermedio. Desde esta perspectiva, el interés se desplaza hacia los factores que favorecen el movimiento hacia el polo de la salud.

Los entornos de cuidado residencial constituyen escenarios particularmente relevantes para este análisis, debido a las condiciones de vulnerabilidad, dependencia funcional y estrés que

suelen caracterizar a las personas que residen en estas instituciones (Quehenberger & Krajic, 2017). Estos contextos concentran una alta prevalencia de enfermedades crónicas, multimorbilidad y deterioro funcional, factores que impactan negativamente en la calidad de vida y en la percepción subjetiva de la salud (Horn et al., 2012; Drageset et al., 2009). En comparación con quienes viven en la comunidad, los residentes institucionalizados presentan peores indicadores de salud general, mayor sintomatología depresiva, menor satisfacción vital y mayores niveles de soledad (Rodríguez-Blázquez et al., 2012; Drageset et al., 2008).

Asimismo, estos entornos pueden constituir escenarios de estrés significativo debido a la pérdida de autonomía, la dependencia de rutinas institucionales y la disminución de redes sociales. En este contexto, el sentido de coherencia adquiere especial relevancia como recurso psicológico, ya que influye en la manera en que las personas interpretan y afrontan su situación vital.

Diversos estudios indican que un sentido de coherencia fuerte se asocia con mejores indicadores de salud mental, menor sintomatología depresiva y mayor calidad de vida en personas institucionalizadas (Drageset et al., 2008; Cole, 2007). En este sentido, prácticas institucionales que favorezcan la previsibilidad, el respeto por la autonomía, el acceso a apoyos sociales y la participación en actividades significativas pueden contribuir al fortalecimiento del SOC, especialmente en sus dimensiones de comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.

Desde esta perspectiva, la salud mental en contextos institucionales no depende únicamente de la ausencia de enfermedad, sino también de la posibilidad de comprender la situación, percibirse con recursos para afrontarla y otorgar sentido a la experiencia vital, aun en condiciones de vulnerabilidad y dependencia.

## Conceptualización de la esquizofrenia

Según Kaplan se sugiere que, aunque suele hablarse de la esquizofrenia como si se tratara de una sola enfermedad, en realidad se considera un conjunto de trastornos con causas diversas. Esta heterogeneidad se refleja en las diferencias que presentan los pacientes en cuanto a sus manifestaciones clínicas, la respuesta al tratamiento y la evolución del cuadro. Los signos y síntomas abarcan alteraciones en la percepción, las emociones, la cognición, el pensamiento y la conducta. Si bien estas manifestaciones varían entre individuos y pueden cambiar con el tiempo, el impacto del trastorno suele ser profundo y duradero.

Por lo general, la esquizofrenia comienza antes de los 25 años y se mantiene de forma crónica, afectando a personas de todos los contextos sociales. La falta de conocimiento sobre esta condición contribuye a que los pacientes y sus familias enfrenten discriminación y reciban una atención insuficiente. A pesar de ser uno de los trastornos mentales graves más frecuentes, su naturaleza esencial continúa sin estar del todo esclarecida. Por este motivo, se la ha descrito como un síndrome, un conjunto de esquizofrenias o, según el *DSM-5*, como un espectro. El diagnóstico se basa únicamente en la historia clínica psiquiátrica y la exploración psicopatológica, ya que no existen pruebas de laboratorio que permitan confirmarlo.

A lo largo de la historia, se han registrado descripciones de síntomas semejantes a los que hoy se asocian con la esquizofrenia. En la antigüedad, los médicos griegos ya mencionaban delirios, paranoia y alteraciones cognitivas, aunque la enfermedad comenzó a estudiarse de manera formal recién en el siglo XIX.

El psiquiatra francés Benedict Morel fue el primero en utilizar el término "*démence précoce*" para describir el deterioro mental con inicio en la adolescencia. Posteriormente, Emil

Kraepelin retomó este concepto bajo la denominación de *demencia precoz*, destacando su inicio temprano y el curso progresivo del deterioro, junto con la presencia de alucinaciones y delirios. Diferenció esta entidad de la psicosis maníaco-depresiva y la paranoia, según el tipo de evolución y los síntomas predominantes.

Más adelante, Eugene Bleuler reemplazó el término *demencia precoz* por esquizofrenia, haciendo referencia a la escisión entre pensamiento, emoción y conducta. Sostuvo que el trastorno no siempre implicaba deterioro, y propuso los llamados “cuatro A” como síntomas fundamentales: alteraciones de las asociaciones, de la afectividad, tendencia al autismo y ambivalencia. Además, consideró a las alucinaciones y delirios como síntomas secundarios.

### **Definición y características clínicas**

La esquizofrenia se define por alteraciones en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento o discurso desorganizado, comportamiento motor desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos (American Psychiatric Association, 2014).

Los delirios son creencias firmes y erróneas que se mantienen a pesar de la evidencia en contra. Pueden adoptar distintas temáticas, como las persecutorias (creer que uno es perseguido o vigilado), referenciales (pensar que ciertos gestos o mensajes del entorno están dirigidos a uno), de grandeza, somáticas, religiosas o erotomaniacas. Se consideran extravagantes cuando son inverosímiles o imposibles, como creer que órganos internos fueron reemplazados sin dejar cicatrices. Dentro de ellos se incluyen también los delirios de control, como la idea de que los pensamientos o acciones son manipulados por fuerzas externas. (American Psychiatric Association, 2014).

Las alucinaciones son percepciones sin estímulo externo, experimentadas con la misma intensidad que las reales y fuera del control voluntario. Pueden presentarse en cualquier modalidad sensorial, aunque las auditivas, voces percibidas como ajenas al propio pensamiento, son las más frecuentes en la esquizofrenia. No se consideran patológicas cuando ocurren al quedarse dormido o al despertar (experiencias hipnagógicas o hipnopómpicas). (American Psychiatric Association, 2014).

El pensamiento o discurso desorganizado se identifica por la forma en que el individuo se expresa: puede cambiar bruscamente de tema (descarrilamiento), responder de manera tangencial o, en casos graves, hablar de forma incoherente (“ensalada de palabras”). Este síntoma debe ser lo suficientemente marcado como para afectar la comunicación.

El comportamiento motor desorganizado o anómalo abarca desde actitudes infantilizadas hasta agitación impredecible, y puede interferir con las actividades cotidianas. La catatonía, una de sus formas, se caracteriza por una disminución extrema de la respuesta al entorno, que puede incluir mutismo, rigidez postural, negativismo o movimientos repetitivos sin propósito. Aunque históricamente se ha asociado a la esquizofrenia, la catatonía también puede presentarse en trastornos del estado de ánimo o afecciones médicas.

Por último, los síntomas negativos implican una reducción o pérdida de funciones normales. Los más característicos son la expresión emocional disminuida, falta de gestos, entonación o expresividad facial, y la abulia, es decir, la disminución de la motivación y de la iniciativa para realizar actividades. También pueden presentarse alogia (pobreza del habla), anhedonia (dificultad para sentir placer) y asocialidad (falta de interés en las interacciones sociales). Estos síntomas contribuyen significativamente a la discapacidad funcional del trastorno. Según el DSM-5, los síntomas de la esquizofrenia abarcan disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, aunque ninguno es específico o exclusivo del trastorno. El

diagnóstico se basa en la presencia de un conjunto de signos y síntomas que generan un deterioro significativo en el funcionamiento social o laboral. Los individuos con esquizofrenia muestran gran variabilidad en sus características, ya que se trata de un síndrome clínico heterogéneo (American Psychiatric Association, 2013).

Para diagnosticarla, deben estar presentes al menos dos de los síntomas característicos durante un período significativo de tiempo, incluyendo delirios, alucinaciones o discurso desorganizado. También pueden presentarse comportamientos muy desorganizados o catatónicos, y síntomas negativos. Incluso si los síntomas mejoran rápidamente con tratamiento, se considera que el criterio se cumple si se estima que habrían persistido sin intervención.

La esquizofrenia implica un déficit en una o más áreas fundamentales del funcionamiento. En los casos que se inician en la infancia o adolescencia, el individuo no alcanza el nivel de funcionamiento esperado, y la comparación con hermanos no afectados puede ser útil. La disfunción persiste a lo largo del curso del trastorno y no depende de un síntoma específico. La falta de motivación (abulia) y los déficits cognitivos se relacionan con la afectación social y funcional de los pacientes. Algunos signos del trastorno deben estar presentes durante al menos seis meses, incluyendo fases prodrómicas y residuales. En estas fases, los síntomas pueden ser leves o atípicos: creencias extrañas, pero no delirantes, percepciones inusuales, discurso algo difuso o comportamientos poco habituales. Los síntomas negativos son frecuentes y pueden ser graves, y el retraimiento social suele ser uno de los primeros indicios del trastorno. (American Psychiatric Association, 2014).

Los síntomas del estado de ánimo pueden aparecer de manera concurrente con los síntomas psicóticos, pero la esquizofrenia se diferencia de los trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos porque requiere la presencia de delirios o alucinaciones en ausencia de

episodios afectivos predominantes. Por último, es importante evaluar también los síntomas cognitivos, depresivos y maníacos para diferenciar la esquizofrenia de otros trastornos psicóticos del espectro.

### **Manifestaciones cognitivas, funcionales y psicosociales en la esquizofrenia**

Las personas con esquizofrenia pueden presentar afecto inapropiado, como reírse sin motivo, y un estado de ánimo disfórico que incluye depresión, ansiedad o irritabilidad. Alteraciones en el sueño y cambios en los hábitos alimentarios, así como despersonalización, desrealización y preocupaciones somáticas, también son frecuentes. La ansiedad y las fobias son comunes (Kaplan & Sadock, 2016).

Los déficits cognitivos son habituales y se relacionan con dificultades laborales y sociales. Pueden afectar la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas, la velocidad de procesamiento, la atención y la capacidad para interpretar correctamente las intenciones de los demás (cognición social). Estos déficits suelen persistir incluso cuando los síntomas principales remiten.

Kaplan y Sadock (2016) plantean que la esquizofrenia genera un impacto importante en la vida social y laboral. Las personas con este trastorno suelen enfrentar dificultades para progresar académicamente o mantener un empleo, incluso cuando sus capacidades cognitivas son suficientes, debido a la falta de motivación u otras manifestaciones de la enfermedad. La mayoría logra trabajos de menor categoría que los de sus padres y, especialmente los hombres, tienden a casarse menos o a mantener relaciones sociales limitadas fuera del círculo familiar. (Kaplan & Sadock, 2016).

Algunas personas con esquizofrenia muestran anosognosia, es decir, falta de conciencia de su trastorno y de sus síntomas. Esta ausencia de introspección predice mayor

incumplimiento del tratamiento, recaídas, deterioro psicosocial y, en algunos casos, comportamientos agresivos. Aunque la agresión puede aparecer, es poco común; la mayoría de las personas con esquizofrenia no son violentas y, con frecuencia, son más víctimas que agresores (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015).

Actualmente no existen pruebas de laboratorio, radiológicas ni psicométricas que diagnostiquen la esquizofrenia de manera definitiva. Sin embargo, estudios de neuroimagen, neuropatología y neurofisiología muestran diferencias en la estructura y conectividad cerebral, como reducciones del volumen de sustancia gris y blanca en cortezas prefrontal y temporal, disminución del volumen cerebral total y alteraciones en el seguimiento ocular y parámetros electrofisiológicos. (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015).

También son frecuentes los signos neurológicos menores, que incluyen dificultades en la coordinación motora, integración sensorial, secuenciación de movimientos complejos, confusión izquierda-derecha y movimientos desinhibidos. Pueden aparecer además anomalías físicas menores en rostro y extremidades. (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015).

### **Curso, evolución y factores de riesgo**

Según Kaplan y Sadock (2016) la esquizofrenia afecta aproximadamente al 0,3-0,7 % de la población a lo largo de la vida, aunque la frecuencia varía según la raza, el país y el origen de los inmigrantes. Los hombres suelen presentar síntomas negativos más marcados y enfermedad de mayor duración, mientras que, en mujeres y casos con predominio de síntomas del estado de ánimo, el riesgo es similar entre sexos.

Los síntomas psicóticos suelen aparecer entre la adolescencia tardía y los 30 años, con un pico más temprano en hombres y más tardío en mujeres. El inicio puede ser brusco o gradual, siendo lo más frecuente un desarrollo progresivo de signos clínicos. La disfunción

cognitiva suele presentarse antes de la psicosis y persistir en la vida adulta, incluso cuando los síntomas activos disminuyen, contribuyendo a la discapacidad.

El curso de la enfermedad varía: alrededor del 20 % de los individuos presenta una evolución favorable, mientras que la mayoría requiere apoyo continuo y experimenta períodos de exacerbación y remisión. Los síntomas psicóticos tienden a disminuir con la edad, pero los síntomas negativos y los déficits cognitivos suelen persistir. Los casos de inicio infantil presentan síntomas menos elaborados y más frecuentes alucinaciones visuales, mientras que los casos de inicio tardío, más comunes en mujeres, muestran predominio de síntomas psicóticos con afecto y funcionamiento social relativamente preservados.

Algunos factores de riesgo que se encontraron según Kaplan y Sadock (2016):

- Ambientales: Crecer en áreas urbanas, pertenecer a grupos étnicos minoritarios y la estación de nacimiento (finales de invierno/primavera) se asocian a un mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia.
- Genéticos y fisiológicos: Existe una importante predisposición genética, aunque la mayoría de los pacientes no tiene antecedentes familiares de psicosis. La combinación de múltiples alelos de riesgo incrementa la vulnerabilidad, así como complicaciones prenatales, perinatales o condiciones médicas maternas.
- Entre el 5 y 6 % de los individuos con esquizofrenia fallece por suicidio, y aproximadamente el 20 % lo intenta al menos una vez. El riesgo es mayor en varones jóvenes, especialmente aquellos con consumo de sustancias y síntomas depresivos o sentimientos de desesperanza. Suele mantenerse a lo largo de la vida y también aumenta tras episodios psicóticos o altas hospitalarias.

La esquizofrenia se asocia frecuentemente con consumo de tabaco, trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos de pánico. La esperanza de vida está reducida debido a enfermedades crónicas como diabetes, síndrome metabólico y problemas cardiovasculares y pulmonares, agravados por medicación, hábitos de vida y tabaquismo. La comorbilidad médica puede reflejar tanto factores asociados al estilo de vida como una vulnerabilidad biológica compartida con la psicosis. Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Ruiz, P. (2021).

### **Conceptualización de internación en salud mental**

Desde tiempos antiguos, las enfermedades mentales han representado un desafío tanto para quienes las padecen como para sus familias y comunidades. A lo largo de la historia, los modos de comprender y atender el sufrimiento psíquico han estado estrechamente ligados a las concepciones culturales, filosóficas y científicas de cada época.

En las civilizaciones más antiguas, como Egipto, India, China o Grecia, se encuentran ya registros de intervenciones dirigidas a tratar los trastornos mentales. En Egipto se describen cuadros de depresión y somatización, cuyo tratamiento combinaba rituales, conjuros y prácticas religiosas. En la India y en China, se los explicaba a partir del desequilibrio de fuerzas corporales o energías, recurriendo a hierbas, oraciones y técnicas como la acupuntura. Con el pensamiento griego, especialmente con Hipócrates, surgió una mirada más racional y naturalista: las enfermedades mentales dejaron de atribuirse a castigos divinos o posesiones demoníacas para entenderse como el resultado de desequilibrios en los humores corporales. Este enfoque marcó el inicio de una comprensión médica de la locura. (Million, 2004)

Durante la Edad Media, la mirada sobre la enfermedad mental volvió a teñirse de explicaciones religiosas. En el mundo islámico, sin embargo, el Corán promovía el trato

humanitario hacia quienes padecían sufrimiento mental, impulsando la creación de asilos protectores y espacios terapéuticos basados en la confianza. En contraste, en la Europa cristiana predominó una interpretación ligada a lo demoníaco: la locura se entendía como señal de pecado o posesión, y las personas eran frecuentemente castigadas, perseguidas o recluidas.

Con el Renacimiento y la posterior Ilustración, resurgió la idea de que los trastornos mentales tienen causas naturales y podían ser abordados mediante tratamientos humanitarios. En este contexto, surgió el llamado “tratamiento moral”, impulsado por Philippe Pinel en Francia y por William Tuke junto a los cuáqueros en Inglaterra. Este movimiento propuso un trato más digno y humano hacia los pacientes, basado en la escucha, la comprensión de los factores sociales y emocionales, y la participación activa en tareas cotidianas y significativas. En lugar del castigo y la contención física, se promovía la recuperación mediante el vínculo, la confianza y la integración a la vida social. (Million, 2004)

Un ejemplo paradigmático de esta concepción fue el modelo desarrollado en Geel, una ciudad de Bélgica que desde el siglo XIII acogía a personas con sufrimiento psíquico en el seno de familias del pueblo. A partir de una tradición religiosa, los habitantes comenzaron a recibir en sus hogares a quienes buscaban curación, ofreciendo apoyo, trabajo y contención afectiva. Este sistema, que perdura hasta la actualidad con adaptaciones modernas, es considerado un antecedente directo de la psiquiatría comunitaria, ya que demuestra cómo la integración social puede favorecer la recuperación y reducir el estigma (Organización Mundial de la Salud, 2001; Organización Panamericana de la Salud, 2018).

No obstante, hacia los siglos XVIII y XIX, el crecimiento de los asilos y la medicalización progresiva de la locura desplazaron los ideales humanistas del tratamiento moral. Las instituciones se llenaron rápidamente y el cuidado se volvió rutinario, descuidando el aspecto

terapéutico y relacional. Frente a estas condiciones, surgieron en el siglo XX distintos movimientos de reforma que buscaron recuperar la dimensión humana del cuidado. Entre ellos destacó el Movimiento de Higiene Mental, encabezado por Clifford Beers, quien denunció las prácticas abusivas dentro de los hospitales psiquiátricos y promovió una atención más digna y preventiva. Este movimiento representó un paso importante hacia la concepción moderna de la salud mental, entendida como un fenómeno integral que involucra el bienestar social y emocional.

En la misma línea, hacia mediados del siglo XX comenzaron a desarrollarse experiencias de rehabilitación psicosocial, como la “Fountain House” en Nueva York, donde las personas con padecimientos mentales se organizaban para acompañarse mutuamente y desarrollar actividades laborales, educativas y sociales. Estas iniciativas demuestran el valor del trabajo comunitario y la capacidad de las personas para recuperar autonomía dentro de entornos de apoyo. (Organización Mundial de la Salud, 2001; Organización Panamericana de la Salud, 2018).

A partir de la década de 1950, el descubrimiento de los psicofármacos y las críticas hacia las instituciones psiquiátricas tradicionales impulsaron un profundo cambio de paradigma: el proceso de desinstitucionalización. Este movimiento, acompañado por reformas legislativas como la Ley de Centros Comunitarios de Salud Mental en Estados Unidos (1963), propuso trasladar el foco de atención del hospital psiquiátrico hacia la comunidad, promoviendo la inclusión y la rehabilitación. La idea central era que las personas con trastornos mentales debían recibir tratamiento en su entorno habitual, manteniendo sus lazos familiares y sociales.

Sin embargo, este proceso no estuvo exento de dificultades. La falta de recursos y la escasa planificación generaron nuevas formas de exclusión, como la llamada

“transinstitucionalización”, donde muchas personas pasaron de los hospitales psiquiátricos a instituciones de menor complejidad, hogares de ancianos o incluso cárceles. A pesar de ello, la desinstitucionalización marcó un cambio irreversible en la concepción de la atención en salud mental, abriendo el camino hacia políticas más inclusivas y comunitarias.

Desde las últimas décadas del siglo XX y durante el siglo XXI, los enfoques en salud mental se han orientado hacia modelos basados en la rehabilitación, la recuperación y la inclusión social. Estos modelos colocan en el centro a la persona y su proyecto vital, reconociendo la importancia de la autonomía, el acompañamiento familiar y comunitario, y el acceso equitativo a los recursos de salud, vivienda y trabajo. Se han desarrollado programas de psicoeducación, empleo asistido, terapias cognitivo-conductuales y espacios de apoyo entre pares, con el fin de fortalecer la capacidad de cada sujeto para construir una vida significativa en la comunidad. (Organización Mundial de la Salud, 2001; Organización Panamericana de la Salud, 2018).

La psiquiatría comunitaria y las políticas de salud mental buscan garantizar el derecho a la vida en comunidad con apoyos adecuados, favoreciendo la continuidad de cuidados y la integración social. Este recorrido histórico muestra cómo las formas de entender la enfermedad mental han transitado desde la segregación y el aislamiento hacia un enfoque más humano, social y participativo. A partir de esta evolución, se vuelve posible abordar los distintos tipos de internación y reflexionar sobre los desafíos que plantea la internación prolongada o crónica, especialmente en el marco de los nuevos paradigmas de atención en salud mental. (Organización Mundial de la Salud, 2001; Organización Panamericana de la Salud, 2018).

En la actualidad, las internaciones en salud mental ya no se conciben únicamente como un aislamiento o como un recurso de control, sino como intervenciones terapéuticas

planificadas, enmarcadas en un conjunto de normas y principios que regulan su indicación, duración, seguimiento y condiciones de egreso. Este cambio de paradigma se vincula con la transformación histórica de la psiquiatría institucional hacia la psiquiatría comunitaria, donde el foco se desplaza del encierro hacia el tratamiento integral y la recuperación. Según la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010), las internaciones deben considerarse una medida de carácter restrictivo y excepcional, destinada exclusivamente a situaciones en las que las estrategias ambulatorias resultan insuficientes para garantizar la atención y seguridad de la persona.

De acuerdo con esta normativa, las internaciones pueden realizarse en diversos dispositivos de atención, que incluyen hospitales generales con servicios de salud mental, hospitales especializados, Centros de Atención Psicosocial (CAPS), unidades de internación breve y dispositivos sustitutos. Todos ellos se encuentran orientados por los mismos principios: el respeto por los derechos humanos, la no discriminación, la continuidad del tratamiento y la participación activa del equipo interdisciplinario. El objetivo no se limita al control de los síntomas, sino que busca acompañar a la persona en un proceso de estabilización, recuperación y reinserción social.

Cada modalidad de internación responde a objetivos clínicos y contextuales específicos. La internación aguda se orienta a la contención y estabilización de crisis, episodios psicóticos o descompensaciones severas, priorizando la atención inmediata y la reducción del riesgo. Su duración es breve y está acompañada de una planificación terapéutica que contemple la externación progresiva y el fortalecimiento del abordaje ambulatorio. Por su parte, la internación prolongada o crónica se destina a personas que requieren un cuidado más intensivo y sostenido, aunque la ley impulsa su reemplazo por modalidades comunitarias de

acompañamiento, evitando la institucionalización permanente y sus efectos iatrogénicos. Organización Mundial de la Salud. (2001).

En todos los casos, el abordaje debe incluir evaluación clínica constante, planificación individualizada y articulación con la red comunitaria, integrando las dimensiones médicas, psicológicas y sociales del tratamiento. El trabajo interdisciplinario resulta esencial para garantizar una mirada integral, donde cada profesional aporte desde su especificidad al bienestar global del paciente. Además, se promueve la participación activa de la familia y del entorno afectivo, entendiendo que la recuperación se potencia a través del sostén de vínculos significativos.

En cuanto a su carácter legal y terapéutico, la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, distingue entre internaciones voluntarias, involuntarias y judiciales. La internación voluntaria ocurre cuando la persona acepta conscientemente su ingreso, comprendiendo las razones, objetivos y procedimientos terapéuticos implicados. Se apoya en el principio de autonomía y en el derecho a la información, requiriendo del equipo tratante un acompañamiento activo y un monitoreo de las condiciones del consentimiento. En contraposición, la internación involuntaria se aplica únicamente en situaciones de urgencia donde la persona representa un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, y no puede consentir adecuadamente el tratamiento. En estos casos, la ley establece controles estrictos: debe notificarse al juez y al Órgano de Revisión en un plazo de diez horas, y la medida debe ser revisada periódicamente, asegurando que no se prolongue más allá de lo estrictamente necesario. Esta modalidad se concibe como una excepción terapéutica, nunca como un mecanismo de castigo o segregación.

Existen además las internaciones judiciales, dispuestas por orden de un tribunal cuando una persona imputada o condenada presenta un padecimiento mental que afecta su comprensión

de los actos o la ejecución de la pena. En estos contextos, se trabaja desde una perspectiva de salud mental forense, priorizando el tratamiento sobre el castigo. Los equipos interdisciplinarios intervienen en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, articulando con el sistema judicial para favorecer procesos de reinserción y evitar la cronificación del encierro. Estas internaciones se desarrollan bajo una doble supervisión: sanitaria y judicial, asegurando la legalidad y el resguardo de derechos.

Por otro lado, las internaciones parciales, representadas por dispositivos como los hospitales de día o de noche, constituyen una alternativa intermedia entre la internación completa y la atención ambulatoria. En ellos, la persona recibe atención terapéutica intensiva durante parte de la jornada y luego regresa a su hogar o entorno cotidiano. Este modelo favorece la autonomía progresiva, la continuidad de los vínculos sociales y familiares, y la prevención de recaídas, al permitir una intervención intensiva sin desarraigar completamente al individuo de su contexto. Además, los hospitales de día promueven espacios de socialización, talleres terapéuticos, psicoterapia grupal e intervenciones interdisciplinarias que buscan consolidar la estabilidad clínica y fortalecer la reintegración social. (Ministerio de Salud de la Nación, 2013)

### **Internación prolongada**

En cuanto a la internación prolongada o crónica, la Ley de Salud Mental promueve su sustitución gradual por residencias asistidas comunitarias, entre las cuales se destacan las casas de medio camino. Estos dispositivos se configuran como espacios intermedios entre la internación y la vida autónoma, donde las personas pueden habitar en un entorno protegido, con acompañamiento terapéutico y supervisión profesional, pero manteniendo un mayor grado de libertad, autonomía y participación en la vida cotidiana. Su propósito es evitar la institucionalización permanente, favoreciendo la convivencia, el desarrollo de habilidades

sociales y el fortalecimiento del proyecto de vida. (Argentina, 2010; Ministerio de Salud de la Nación, 2013)

Para que esta transición sea posible, deben cumplirse condiciones clínicas y sociales favorables, como la estabilización sintomática, la adherencia al tratamiento, la existencia de redes de apoyo y la articulación con dispositivos comunitarios que faciliten la inclusión laboral, educativa o social. Las casas de medio camino, en este sentido, reflejan de manera concreta el espíritu de la ley: sustituir el encierro por la inclusión, el aislamiento por la participación, y la tutela pasiva por la autonomía acompañada. Su enfoque terapéutico se centra en la rehabilitación psicosocial, promoviendo el desarrollo de capacidades y la reconstrucción de la identidad personal en un marco de respeto y contención.

En conjunto, el sistema contemporáneo de internaciones en salud mental en Argentina se orienta hacia la desinstitucionalización progresiva, el fortalecimiento de las redes comunitarias y la corresponsabilidad entre el Estado, los servicios de salud y la sociedad. La práctica interdisciplinaria, la perspectiva de derechos humanos y el enfoque centrado en la persona, conforman los pilares fundamentales de este paradigma. De esta manera, los principios de la psiquiatría comunitaria, el acompañamiento, la inclusión y la integración social, se actualizan hoy en un marco normativo que prioriza la recuperación, la dignidad y el bienestar subjetivo de las personas con padecimientos mentales.

### **Efectos de la institucionalización en el psiquismo**

En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 y de las reformas contemporáneas en salud mental, se reconoce que las internaciones prolongadas y los procesos de institucionalización ejercen efectos significativos sobre las personas, tanto en lo psicológico como en lo social. Aunque la internación puede ser necesaria en momentos de

crisis aguda o cuando existe riesgo para la persona o terceros, su uso sostenido tiende a generar consecuencias que afectan la autonomía, la identidad y los vínculos con el entorno comunitario. La hospitalización, entendida históricamente como contención y aislamiento, fue durante mucho tiempo un dispositivo que separaba al individuo de su mundo y, con ello, de sí mismo.

Los movimientos de reforma y la psiquiatría comunitaria, inspirados por autores como Basaglia y Goffman, mostraron que el encierro prolongado puede transformarse en exclusión social, restringiendo la iniciativa personal y fomentando fenómenos de dependencia. Las llamadas “instituciones totales” imponen rutinas, reglas y jerarquías que reducen el control de la persona sobre su vida cotidiana, sus decisiones y su tiempo, y generan una adaptación a la lógica del encierro que algunos autores han descrito como “cronificación”. Este proceso puede conducir a una pérdida progresiva de habilidades sociales y laborales, retraimiento, apatía, desmotivación y una sensación de inutilidad que afecta la construcción del yo y la posibilidad de proyectar una vida autónoma.

El impacto no se limita a la persona internada: también repercute en las familias y en la red social más amplia. La interrupción de lazos afectivos, la desvinculación del mundo laboral y la limitación de la participación comunitaria consolidan un círculo de exclusión que resulta difícil de revertir. Frente a esta realidad, la Ley de Salud Mental propone un modelo de atención basado en la protección de derechos, la desinstitucionalización progresiva y la integración comunitaria. Se establece que las internaciones deben ser breves y siempre acompañadas de un plan terapéutico interdisciplinario, con la participación activa de la persona y su entorno, priorizando la autonomía y la inclusión. (Goffman, 1961)

Los dispositivos alternativos a la internación completa buscan contrarrestar los efectos adversos del encierro. Las casas de medio camino, por ejemplo, constituyen espacios donde

la persona puede reconstruir rutinas, retomar vínculos y habitar un entorno protegido sin perder la libertad progresiva. Allí, el acompañamiento profesional se combina con estrategias para fortalecer la autonomía, promover la inserción social y laboral, y sostener proyectos de vida significativos. Del mismo modo, los hospitales de día permiten mantener un tratamiento intensivo sin separar a la persona de su hogar o de sus redes, favoreciendo la continuidad terapéutica y la prevención de nuevas crisis. Estas modalidades evidencian cómo la internación puede transformarse en un puente hacia la recuperación, en lugar de ser un destino final.

La perspectiva histórica y los hallazgos de la psiquiatría comunitaria muestran que los efectos de la institucionalización no sólo impactan en la salud mental individual, sino que reflejan tensiones más amplias entre encierro, autonomía y pertenencia social. La pérdida de identidad, la despersonalización del tratamiento y la desvinculación de la vida cotidiana, son fenómenos que se profundizan cuando la internación se prolonga y no se articulan estrategias de reinserción comunitaria. Por eso, la atención contemporánea busca construir puentes que conecten los dispositivos hospitalarios con la comunidad, asegurando que cada intervención tenga un sentido terapéutico, que respete los derechos de la persona y que promueva su participación activa en la sociedad.

En esta visión, la recuperación se concibe como un proceso integral, que va más allá de la mera reducción de síntomas y se centra en la reconstrucción de la autonomía, los vínculos y la capacidad de elegir. La Ley de Salud Mental y los modelos de atención comunitaria orientan las internaciones hacia la temporalidad, la planificación interdisciplinaria, la participación de la persona y la articulación con recursos sociales, educativos y laborales. De este modo, la hospitalización prolongada y la institucionalización dejan de ser fines en sí mismos y se transforman en etapas transitorias dentro de un proyecto de vida que busca la

inclusión, la pertenencia y la posibilidad de desarrollarse plenamente en la comunidad. La historia de la psiquiatría comunitaria, combinada con los lineamientos actuales de la ley, invita a repensar la internación no como aislamiento, sino como una estrategia para la recuperación, la autonomía y la construcción de un futuro donde la persona pueda habitar con sentido su propia vida.

## **Estimulación cognitiva**

### **Definición y objetivos generales**

Se señalan que la estimulación cognitiva se configura como una intervención que busca activamente involucrar a la persona en un conjunto de actividades o experiencias diseñadas para implicar, desafiar y potenciar los procesos mentales, con el fin de mantener o mejorar su funcionamiento cognitivo en contextos de envejecimiento, deterioro leve o enfermedades neurodegenerativas. Clare y Woods (2004).

Esta concepción se apoya en diversos marcos teóricos y fuentes científicas que destacan la plasticidad cerebral, el procesamiento de la información y el entorno social como ejes fundamentales. Por ejemplo, estudios recientes sistemáticos han demostrado que programas de estimulación cognitiva, generalmente en grupos o sesiones temáticas, producen mejoras modestas pero significativas en la cognición global, la memoria y otras funciones específicas en adultos mayores o personas con demencia.

Desde una mirada neuropsicológica, la estimulación cognitiva parte de la idea de que el cerebro adulto conserva capacidad de adaptación, la llamada neuroplasticidad, y que, mediante la activación intencional de procesos como atención, memoria de trabajo, lenguaje, razonamiento y funciones ejecutivas, se puede favorecer su mantenimiento o ralentizar su declive. Tal como lo define una fundación especializada de Alzheimer, la estimulación

cognitiva consiste en *“un programa utilizado para ayudar a personas con Alzheimer u otros trastornos relacionados a mejorar sus capacidades mentales y su calidad de vida a través de un amplio rango de actividades que activan funciones cognitivas”*. (Alzheimer Foundation, s.f.). Es decir, se trata de actividades que no se limitan al “ejercicio cerebral” aislado, sino que se integran en entornos sociales, lúdicos, motivantes y adaptados al perfil de la persona.

La distinción entre estimulación cognitiva y otros enfoques, como el entrenamiento cognitivo o la rehabilitación cognitiva, es relevante. En este sentido, algunos autores, Clare y Woods (2004), definen la estimulación cognitiva como aquella que aborda de manera general y sociocultural las funciones cognitivas, mediante discusiones, dinámicas grupales, estimulación social y actividades variadas; mientras que el entrenamiento cognitivo se orienta más a ejercicios estructurados y repetitivos, y la rehabilitación cognitiva está dirigida a la recuperación de funciones específicas tras una lesión o alteración neurológica. Así, la estimulación cognitiva se posiciona como una estrategia de amplio espectro, menos técnica que la rehabilitación, pero con un fuerte componente social, de integración y de bienestar global.

Se cuenta con fundamentos teóricos que incluyen la plasticidad sináptica, los modelos de procesamiento cognitivo, la teoría del envejecimiento cognitivo activo y la reserva cognitiva. La noción de reserva cognitiva sugiere que las personas que han mantenido actividades cognitivas, sociales y físicas a lo largo de la vida tienen una mayor capacidad para tolerar los efectos neuropatológicos sin manifestar síntomas clínicos gravemente. En ese marco, la estimulación cognitiva emerge como una estrategia que, además de intentar preservar funciones, apoya la construcción de esa reserva a través de la participación activa y el estímulo continuado. (Clare & Woods, 2004)

Asimismo, los resultados de investigaciones recientes subrayan que, aunque los efectos de la estimulación cognitiva no siempre son dramáticos, sí muestran beneficios en la calidad de vida o en la ralentización del deterioro en ciertos grupos. Una revisión meta-analítica dirigida a personas con demencia, por ejemplo, encontró un efecto de tamaño medio sobre cognición global ( $g = .49$ ), y mejoras en memoria, actividades de la vida diaria y síntomas depresivos, aunque advirtió que la duración del efecto es limitada y que los estudios presentan limitaciones metodológicas. (Cafferata, Hicks, & von Bastian, 2021).

En otro análisis, en adultos mayores con y sin deterioro leve, se observó que la estimulación cognitiva favorece el funcionamiento cognitivo global, la memoria, la orientación, la praxis y el cálculo. Esto demuestra que el enfoque no sólo es “microológico” (funciones aisladas), sino que incorpora dimensiones funcionales, relacionales y vitales. (Wilson, 2009).

Desde el punto de vista práctico, la estimulación cognitiva puede implementarse a través de actividades grupales o individuales, en entornos comunitarios, residenciales o clínicos. Las sesiones suelen funcionar alrededor de temas estructurados, por ejemplo, memoria de acontecimientos recientes, lenguaje, resolución de problemas o reminiscencia, y suelen combinar la participación, la interacción social y el estímulo cognitivo moderado. Estudios realizados en contextos de residencias de adultos mayores destacan que la combinación de estímulo cognitivo, social y ocupacional resulta más eficaz que el simple uso de ejercicios aislados. (Cognitive Stimulation Therapy; revisión clínica).

En definitiva, la estimulación cognitiva se inscribe en una perspectiva contemporánea que considera la salud mental y cognitiva no solo desde el tratamiento de déficits, sino desde la promoción del funcionamiento, la prevención del declive y la inclusión social. Al hacerlo, conecta con modelos como la psiquiatría comunitaria, el enfoque de derechos humanos y la atención centrada en la persona, porque propone que la cognición humana se sustenta no

solo en el cerebro, sino en la interacción con el mundo, en la participación en la comunidad y en la construcción de sentido. En ese sentido, comprender bien qué es la estimulación cognitiva constituye un paso esencial antes de adentrarnos en cómo se estructura, se aplica y se evalúa en distintas poblaciones y dispositivos de intervención.

### **Diferencias con la rehabilitación y la remediación cognitiva**

En el campo de la neuropsicología y la psicología cognitiva aplicada, los términos estimulación cognitiva, rehabilitación cognitiva y remediación cognitiva suelen emplearse de forma intercambiable, aunque refieren a estrategias diferentes en cuanto a su finalidad, grado de estructuración, población destinataria y nivel de intervención. Si bien todas comparten el propósito general de optimizar o recuperar el funcionamiento cognitivo, se diferencian en el punto de partida del proceso terapéutico, en los objetivos específicos y en la manera en que se integran dentro del abordaje clínico o psicoeducativo.

La estimulación cognitiva constituye el nivel más general y preventivo. Se orienta a mantener activas las funciones cognitivas, como la memoria, la atención, el lenguaje o el razonamiento, a través de actividades globales que promueven la participación, el interés y la socialización. Se utiliza tanto en población sana (adultos mayores, personas en proceso de envejecimiento normal, pacientes hospitalizados o institucionalizados) como en personas con deterioro leve o en etapas iniciales de enfermedades neurodegenerativas. (Spector et al., 2003; NCBI, 2025).

A diferencia de las intervenciones más específicas, la estimulación cognitiva no busca recuperar una función perdida, sino potenciar las capacidades preservadas y retrasar el declive funcional, apoyándose en la neuroplasticidad y la reserva cognitiva. Según Clare y Woods (2004), la estimulación cognitiva es más eficaz cuando se enmarca en contextos

sociales y afectivos significativos, lo que potencia su impacto en el bienestar psicológico y la calidad de vida.

Por su parte, la rehabilitación cognitiva tiene un carácter clínico y restaurador, y se dirige principalmente a personas que han sufrido un daño cerebral adquirido o padecen alteraciones cognitivas por causas neurológicas o psiquiátricas (por ejemplo, traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares, esquizofrenia o demencias). Su objetivo central es recuperar o compensar funciones específicas afectadas, mediante estrategias personalizadas y programas estructurados que combinan reentrenamiento cognitivo, aprendizaje de estrategias compensatorias y adaptaciones ambientales. Tal como lo define la *British Society of Rehabilitation Medicine* (Wilson, 2009), la rehabilitación cognitiva implica un proceso activo, planificado y multidisciplinario que busca “lograr que la persona alcance su nivel óptimo de funcionamiento en el contexto de sus limitaciones neurológicas”. Se diferencia de la estimulación en que requiere evaluación neuropsicológica previa, metas individualizadas y un seguimiento continuo de los progresos.

En cuanto a la remediación cognitiva, su uso se asocia más al ámbito psiquiátrico y psicosocial, particularmente en trastornos como la esquizofrenia o los trastornos del neurodesarrollo. A diferencia de la rehabilitación, que se enfoca en la recuperación funcional concreta, la remediación apunta a mejorar los procesos cognitivos subyacentes (atención, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento) que influyen en el funcionamiento cotidiano, social y ocupacional. Se basa en modelos de aprendizaje cognitivo y en principios de la neuroplasticidad, utilizando ejercicios repetitivos, entrenamiento asistido por computadora y transferencia de habilidades a contextos reales. Medalia y Choi (2009) definen la remediación cognitiva como un conjunto de intervenciones que “buscan mejorar los procesos cognitivos básicos con el objetivo de incrementar la funcionalidad global y la

adaptación social del individuo”, siendo una herramienta fundamental dentro de la rehabilitación psicosocial contemporánea.

En síntesis, la estimulación cognitiva busca mantener, la rehabilitación cognitiva intenta recuperar o compensar, y la remediación cognitiva procura optimizar los procesos subyacentes para mejorar la adaptación funcional. Aunque las tres comparten fundamentos en la neuroplasticidad y en el aprendizaje, difieren en el grado de especificidad y en la intencionalidad terapéutica. En la práctica, suelen complementarse dentro de los programas de intervención integral, especialmente en hospitales de día, centros de rehabilitación o dispositivos comunitarios, donde se combinan actividades de estimulación general con técnicas de remediación o rehabilitación específicas según las necesidades de cada paciente. Este enfoque integrador responde a los principios actuales de la psicología de la salud y la neurorehabilitación, que priorizan el abordaje interdisciplinario, la funcionalidad cotidiana y la calidad de vida como metas centrales del trabajo cognitivo. (Clare & Woods, 2004; Medalia & Choi, 2009; Cicerone et al., 2019; Wykes & Reeder, 2005; APA, 2020).

### **Principales técnicas y estrategias utilizadas**

La estimulación cognitiva se apoya en un conjunto de técnicas y estrategias que buscan mantener activas las funciones mentales a través de la ejercitación, la experiencia significativa y la interacción social. Su enfoque se sustenta en los principios de la neuroplasticidad, entendida como la capacidad del cerebro para reorganizarse y generar nuevas conexiones sinápticas en respuesta a la estimulación ambiental y la práctica reiterada. Desde esta perspectiva, el objetivo central no es la recuperación de una función perdida, sino la optimización del rendimiento cognitivo global y la preservación de la autonomía funcional, especialmente en personas mayores o en quienes atraviesan procesos de deterioro

leve o institucionalización. (Clare & Woods, Medalia & Choi, Cicerone et al., Wykes & Reeder, APA 2020).

Las técnicas de estimulación cognitiva se estructuran habitualmente en torno a talleres, programas o actividades planificadas, que buscan reforzar la atención, la memoria, las funciones ejecutivas, el lenguaje, la orientación y el razonamiento. Uno de los pilares del abordaje es la ejercitación estructurada de funciones cognitivas específicas, que incluye tareas como la repetición de series numéricas o verbales, el reconocimiento de secuencias, la resolución de problemas simples, los juegos de asociación y categorización, o ejercicios de memoria episódica y semántica. Estos ejercicios, al repetirse de manera sostenida, favorecen la activación de redes neuronales preexistentes y estimulan la consolidación de nuevas rutas de procesamiento. (Clare & Woods, 2004; Medalia & Choi, 2009; Cicerone et al., 2019).

Sin embargo, la eficacia de la estimulación cognitiva no depende únicamente del entrenamiento formal, sino de la integración de la experiencia cognitiva con el contexto emocional y social. Diversos autores, como Rebok y colaboradores (2014), señalan que los programas más efectivos son aquellos que combinan actividades de estimulación con dinámicas grupales, conversación guiada, música, arte o reminiscencia autobiográfica. En este sentido, las técnicas de reminiscencia y memoria autobiográfica ocupan un lugar destacado: mediante el recuerdo de experiencias pasadas significativas, se activan emociones positivas, se refuerza la identidad personal y se promueve la cohesión grupal, al tiempo que se estimulan procesos de evocación y lenguaje.

Otra estrategia central es la estimulación multisensorial, basada en la activación coordinada de los canales perceptivos, visual, auditivo, táctil, olfativo y gustativo, para potenciar la integración cerebral. Se utilizan materiales con diferentes texturas, sonidos familiares, aromas o imágenes evocadoras que favorecen la atención y la memoria a través de la

experiencia sensorial. Esta modalidad se inspira en los enfoques de estimulación basal y en los modelos de intervención utilizados en salas multisensoriales o “salas Snoezelen”, ampliamente difundidas en Europa y América Latina.

La orientación a la realidad es otra técnica clásica en la estimulación cognitiva, dirigida especialmente a personas con deterioro cognitivo leve o demencia. Consiste en reforzar de manera continua la conciencia temporal, espacial y personal mediante recursos como calendarios, relojes, mapas o tableros informativos, integrados a la rutina diaria. Su propósito es reducir la desorientación y fomentar el sentido de continuidad en el tiempo y el espacio. Cuando se combina con actividades significativas, esta técnica mejora la percepción del entorno y el sentimiento de control personal.

En los últimos años, la tecnología ha ampliado el repertorio de estrategias, introduciendo plataformas digitales y programas computarizados de entrenamiento cognitivo. Estos sistemas, desarrollados con base en evidencias neuropsicológicas, permiten adaptar la dificultad de las tareas a las capacidades del usuario y ofrecer retroalimentación inmediata.

Investigaciones como las de Lampit, Hallock y Valenzuela (2014) demuestran que el uso regular de programas digitales puede mejorar la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo y la atención sostenida, siempre que se integren dentro de un plan terapéutico y no se utilicen de forma aislada.

Además de las técnicas dirigidas a funciones específicas, la estimulación cognitiva incluye estrategias compensatorias y ecológicas, que buscan facilitar la vida cotidiana mediante adaptaciones prácticas: uso de agendas, rutinas estables, recordatorios visuales o ambientales, y organización de espacios físicos. Estas estrategias ayudan a mantener la

independencia funcional y reducen el impacto del deterioro sobre las actividades de la vida diaria, reforzando la autoestima y el sentido de competencia.

Un componente esencial de toda intervención es la motivación, ya que la implicación emocional y la sensación de logro potencian los efectos del entrenamiento cognitivo. Por ello, las estrategias más efectivas son aquellas que incorporan contenidos significativos para la persona, respetando sus intereses, historia vital y ritmo de aprendizaje. En entornos institucionales o residenciales, el vínculo terapéutico y el clima afectivo se convierten en factores tan determinantes como la técnica misma, al favorecer la adherencia y la continuidad de la estimulación.

Las técnicas y estrategias de estimulación cognitiva abarcan desde ejercicios estructurados y tareas de orientación hasta dinámicas grupales, multisensoriales y tecnológicas, todas guiadas por el principio de promover la actividad mental significativa y sostenida. Su eficacia depende de la combinación entre estimulación cognitiva específica, compromiso emocional y participación social, en un marco interdisciplinario donde el profesional actúa como facilitador del aprendizaje y del bienestar integral. Así, la estimulación cognitiva no se reduce a una serie de ejercicios, sino que constituye un proceso relacional, educativo y terapéutico que busca preservar la identidad, la autonomía y el sentido de continuidad personal a lo largo del tiempo.

### **Aplicaciones clínicas en pacientes con psicosis**

En la clínica de la psicosis, la estimulación cognitiva adquiere un sentido particular, ya que no se orienta únicamente a optimizar funciones mentales aisladas, sino a favorecer procesos de subjetivación, integración simbólica y recuperación del lazo social. Si bien el término suele asociarse a contextos de envejecimiento o deterioro cognitivo leve, en los últimos años

se ha demostrado su utilidad como herramienta terapéutica dentro de programas de rehabilitación psicosocial y cognitiva en personas con trastornos psicóticos crónicos. Su implementación se apoya en la evidencia de que las personas con diagnóstico de esquizofrenia u otras psicosis suelen presentar alteraciones cognitivas persistentes, especialmente en la atención, la memoria de trabajo, la planificación, la flexibilidad cognitiva y la velocidad de procesamiento (Green et al., 2004). Estas dificultades impactan directamente en la funcionalidad cotidiana, la adherencia al tratamiento y la posibilidad de sostener vínculos sociales estables.

Desde la perspectiva de la psiquiatría comunitaria y la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, la estimulación cognitiva forma parte de los dispositivos de rehabilitación psicosocial, enmarcados en la idea de promover la recuperación integral y la reinserción comunitaria. En este sentido, su aplicación clínica no busca “normalizar” el pensamiento psicótico ni eliminar la sintomatología, sino ampliar las capacidades de funcionamiento y participación en la vida cotidiana, fortaleciendo la autonomía y la autoestima. La estimulación cognitiva se convierte, así, en una estrategia que articula lo neuropsicológico con lo terapéutico y lo social.

En la práctica, los programas de estimulación cognitiva para psicosis integran ejercicios de atención sostenida, memoria, organización temporal, resolución de problemas y lenguaje pragmático, adaptados al nivel de funcionamiento del paciente. Estas actividades pueden desarrollarse en formato grupal o individual, siempre mediadas por un vínculo terapéutico contenedor y una estructura flexible que permita sostener la motivación y evitar la frustración. Los ejercicios se acompañan de estrategias metacognitivas, donde se invita a la persona a reflexionar sobre sus propios procesos de pensamiento, por ejemplo, cómo llega a

una conclusión, qué dudas aparecen o cómo maneja la información contradictoria, lo que favorece el desarrollo de la conciencia de enfermedad y la autorregulación cognitiva.

En la clínica psicótica, la función de la estimulación cognitiva no es reeducar, sino restituir el contacto con el mundo y con el otro. Por eso, se privilegian las técnicas que implican interacción simbólica y afectiva, como las narrativas compartidas, el uso de la palabra, la escritura o la expresión artística. Estas permiten trabajar los procesos de simbolización y sentido, que en la psicosis suelen encontrarse fragmentados o interrumpidos. Actividades como reconstruir historias, organizar secuencias lógicas o interpretar emociones en los demás ayudan a fortalecer las funciones ejecutivas y sociales necesarias para sostener la vida comunitaria.

Los estudios contemporáneos sobre rehabilitación cognitiva en esquizofrenia (Wykes & Reeder, 2005; McGurk et al., 2007) han demostrado que la estimulación sistemática de funciones cognitivas, combinada con intervenciones psicosociales, mejora significativamente la adaptación funcional y la calidad de vida. Estas investigaciones apoyan la idea de un modelo integrador, donde la estimulación cognitiva se complementa con la psicoterapia, el abordaje familiar, los tratamientos farmacológicos y los dispositivos comunitarios, tales como los hospitales de día o casas de medio camino. En estos contextos, las actividades cognitivas se enmarcan dentro de un plan terapéutico que busca reintroducir al sujeto en la trama social y simbólica, evitando la cronificación y el aislamiento institucional.

En este marco, la dimensión relacional es indispensable. Tal como señala la tradición gestáltica y fenomenológica de la clínica, el acto de pensar se constituye en relación, por tanto, la estimulación cognitiva en la psicosis no puede desligarse del encuentro con un otro que escucha, interpreta y devuelve sentido. Cada ejercicio cognitivo se transforma así en una

experiencia de encuentro y de construcción compartida de realidad, donde lo terapéutico ocurre tanto en la tarea como en el vínculo. La función del terapeuta no es sólo guiar o corregir, sino habilitar un espacio de reconocimiento, donde la palabra del paciente tenga lugar y donde su singularidad sea respetada.

Por ello, la estimulación cognitiva en la psicosis se desplaza del terreno puramente técnico al de lo subjetivo y existencial. Se estimulan funciones, sí, pero en un contexto que reconoce la fragilidad, la historia y el deseo del sujeto. De este modo, el trabajo sobre la atención o la memoria no busca únicamente mejorar la eficacia mental, sino reconstruir el lazo entre pensamiento, emoción y cuerpo, contribuyendo al restablecimiento de una identidad más cohesionada. En los entornos institucionales, como hospitales o residencias prolongadas, este tipo de intervenciones tiene además un efecto reparador sobre la cotidianidad, al introducir sentido, novedad y posibilidad de participación.

La aplicación de la estimulación cognitiva en la clínica de la psicosis constituye una herramienta de acompañamiento terapéutico y de reconstrucción del lazo simbólico, donde la meta no es la “cura” en términos clásicos, sino el desarrollo de recursos subjetivos que permitan habitar el mundo de manera más integrada. En consonancia con los lineamientos de la Ley de Salud Mental, esta práctica se inscribe en el paradigma de la recuperación, la inclusión y los derechos humanos, proponiendo que toda intervención cognitiva sea, ante todo, una intervención sobre el sentido, el vínculo y la dignidad de la persona. (Clare & Woods, 2004; Medalia & Choi, 2009; Cicerone et al., 2019).

## **CAPITULO II**

### **MATERIALES Y METODOS**

La práctica pre profesional supervisada se llevó a cabo en el Hospital Dra. Julieta Lanteri. En el marco del dispositivo orientado a la atención y acompañamiento de pacientes internados.

El trabajo Integrador Final fue realizado a través de un enfoque cualitativo y descriptivo, tomando como eje el desarrollo y la implementación de actividades de estimulación cognitiva en un contexto grupal.

El objetivo de dichas actividades fue promover funciones cognitivas tales como atención, memoria, planificación, entre otras, así como favorecer factores salutogénicos, relacionados con la participación, el sentido de pertenencia, el reconocimiento de recursos personales y la construcción de experiencias significativas dentro del ámbito hospitalario.

Se llevaron a cabo seis encuentros grupales. Cada encuentro tuvo una duración aproximada a una hora, pudiendo extenderse cuando la complejidad de la actividad o las necesidades de los participantes lo requerían. Las actividades fueron seleccionadas en función de las capacidades y posibilidades de los pacientes, considerando que la situación de hospitalización prolongada puede generar una disminución en el uso activo de las funciones cognitivas y un empobrecimiento de los estímulos del entorno. Por este motivo, se priorizó ofrecer propuestas que permitan fortalecer las habilidades preservadas, promover la iniciativa personal y sostener la interacción entre los miembros del grupo.

La práctica fue supervisada en un inicio por la psicóloga responsable del espacio, Lic. Belén Sebas, quien orientó el diseño y desarrollo de las actividades. En algunas ocasiones, también participaron acompañantes terapéuticos, brindando apoyo en el acompañamiento personalizado, la contención emocional y el sostenimiento en el encuadre grupal.

La población participante estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de psicosis, particularmente esquizofrenia, internados en el dispositivo al momento de la realización de las practicas. Se trató de sujetos con diversidad en edad, trayectorias de internación y niveles de funcionamiento cognitivo. La participación en los encuentros fue voluntaria y se respetaron en todo momento los tiempos, límites y ritmos singulares de cada integrante, así como sus posibilidades de implicación en la tarea. Se procuró promover un espacio de intercambio y construcción grupal que favorecería la circulación de la palabra, la iniciativa y el reconocimiento de recursos personales.

El tiempo de las practicas supervisadas se dividió metodológicamente en dos momentos, en el primero de ellos la practicante participo en calidad de observadora de las actividades e intervenciones llevadas a cabo por la psicóloga, a su vez se elaboró intervenciones bajo supervisión.

En función de los objetivos planteados se procedió a profundizar conocimientos respecto del tipo de internación en la que se encontraban dichos pacientes, así como, conocer cómo este dispositivo se organizaba en tiempo, espacio y funcionamiento y así poder tomar un caso para realizar su análisis.

### **Fase de acercamiento a la Institución**

El acercamiento a la institución tuvo lugar durante el mes de agosto. El primer día de prácticas se realizó un encuentro inicial de presentación, en el cual el equipo profesional expuso la modalidad de trabajo, los dispositivos existentes y la organización interna del hospital. Se introdujeron las áreas de intervención, los roles del equipo interdisciplinario y el funcionamiento general del servicio.

El ingreso de la estudiante se dio de manera directa a la práctica clínica, sin instancia previa de observación. Durante esta primera aproximación, se delimitaron los lineamientos de

trabajo a desarrollar y se estableció el interés de abordar el acompañamiento y la intervención con pacientes con diagnóstico en esquizofrenia, considerando el contexto de internación crónica y los objetivos terapéuticos del dispositivo.

A la par del ingreso al campo, se inició un proceso de delimitación del objeto de estudio, orientado por las primeras observaciones y por el encuadre institucional. Este acercamiento permitió identificar aspectos relevantes para el trabajo final, así como definir los ejes iniciales que guiarían su desarrollo.

### **Fase de exploración**

La fase de exploración se llevó a cabo durante el mes de agosto, coincidiendo con el inicio de las prácticas en el hospital. No existió un encuentro previo con el equipo antes del ingreso; por lo tanto, el primer día se destinó principalmente a la presentación formal de la practicante y al reconocimiento del funcionamiento institucional.

Durante esta instancia, la tutora de campo introdujo a la practicante al equipo interdisciplinario, describiendo los dispositivos y áreas del hospital, la modalidad de trabajo y las dinámicas de atención destinadas a los usuarios con patologías psiquiátricas crónicas, entre ellas, la esquizofrenia. La practicante manifestó desde el inicio su interés por trabajar con dicha población, aunque aún no se encontraba delimitado el tipo de intervención ni el recorrido clínico posible dentro de la institución.

El intercambio inicial, en el dispositivo donde se encontraban más variabilidad de pacientes con este diagnóstico, se desarrolló durante los primeros tres encuentros, en los cuales la practicante se incorporó al espacio en calidad de observadora no participante. En esta instancia, el objetivo principal fue conocer el funcionamiento del dispositivo grupal, las modalidades de interacción entre los pacientes y el estilo de coordinación llevado adelante por el equipo profesional.

Se observó un grupo compuesto por pacientes con esquizofrenia, algunos de ellos con diferente grado de adherencia al tratamiento y distintos niveles de participación. En general, se identificó una predisposición positiva hacia el trabajo, aunque la capacidad para sostener la atención variaba entre los miembros. En algunos momentos se presentaban interrupciones entre pacientes, lo que requería la intervención del coordinador para mantener la dinámica del grupo. Asimismo, se constató que varios pacientes necesitaban guía continua para comprender las consignas o sostener la actividad.

El clima grupal se caracterizaba por ser cálido y respetuoso, permitiendo el intercambio entre los participantes. Si bien el humor aparecía solo en ciertas ocasiones, se destacaba una cooperación general y una actitud abierta hacia la presencia de la practicante. Durante esta etapa, su intervención fue mínima, limitándose a resolver dudas puntuales, brindar acompañamiento en momentos específicos o favorecer la continuidad de las actividades, manteniendo siempre el rol de observación como eje.

Un aspecto significativo de esta fase fue el impacto subjetivo que provocó el encuentro con el grupo. Los pacientes se presentaron como personas amables, transparentes y dispuestas a trabajar, lo que generó en la practicante un interés creciente por continuar compartiendo el espacio. Este vínculo inicial favoreció la construcción de una posición implicada y responsable en relación con el acompañamiento terapéutico, especialmente teniendo en cuenta que el dispositivo se encontraba atravesando un período de transición debido a la próxima ausencia de la psicóloga referente. Este reconocimiento reforzó el compromiso de la practicante hacia la búsqueda de intervenciones que promovieran recursos y favorecieran el bienestar psíquico de los pacientes.

Durante la fase exploratoria, la ampliación de las observaciones y registros favoreció una revisión progresiva del recorte temático. Este proceso permitió precisar los aspectos a

profundizar, así como reorganizar los objetivos del trabajo en función de las dinámicas observadas.

### **Fase descriptiva**

Durante el período de prácticas, la practicante se integró al dispositivo institucional del Hospital Dra. Julieta Lanteri, transitando por diferentes áreas asistenciales tales como, Urgencias, Hospital de Día, Internaciones Breves y el servicio de Internación Prolongada. Sin embargo, el eje central del trabajo y el recorte clínico-teórico elegido se situó en esta última área, dado que allí se encuentran pacientes con diagnósticos de psicosis crónica, principalmente esquizofrenia, cuya evolución requiere intervenciones sostenidas, interdisciplinarias y orientadas al fortalecimiento de recursos subjetivos y comunitarios. A fin de comprender el funcionamiento institucional, la practicante adoptó alternativamente posiciones de observadora participante y observadora no participante, dependiendo de las necesidades de cada espacio. Esta movilidad permitió reconocer dinámicas vinculares, modalidades de trabajo, circulación de la palabra entre profesionales y pacientes, así como las particularidades del tratamiento integral dentro del hospital.

El equipo interdisciplinario estuvo conformado por:

- **Psiquiatra:** Responsable de la evaluación diagnóstica, prescripción y seguimiento psicofarmacológico. Su función se orienta a estabilizar la sintomatología, prevenir recaídas y valorar la respuesta a los tratamientos. Durante las prácticas, la interacción con la psiquiatra permitió observar cómo se articulan las decisiones farmacológicas con los procesos subjetivos y vinculares de cada paciente.
- **Psicóloga:** Eje central del trabajo clínico. Interviene a través de entrevistas individuales y espacios grupales, habilitando la palabra, la construcción de sentido y

la elaboración subjetiva. En el caso de la internación prolongada, su función no se limita al tratamiento sintomático, sino a sostener la continuidad de lazos, promover la singularidad y acompañar la reorganización del lazo con la realidad.

- Médico Clínico: Supervisa y controla el estado de salud general de los pacientes, considerando que las personas con internaciones prolongadas frecuentemente presentan condiciones médicas asociadas. Su presencia subraya la importancia del cuidado integral cuerpo-mente dentro del dispositivo.
- Enfermeros/as: Constituyen el punto de contacto cotidiano con los pacientes. Sostienen rutinas, acompañan actividades de la vida diaria y observan cambios conductuales y emocionales. La practicante pudo reconocer en ellos una función de sostén fundamental en la construcción de un ambiente estable y previsible.
- Asistente Social: Interviene sobre las condiciones sociofamiliares, habitacionales y comunitarias de cada paciente. Gestiona redes de apoyo y acompañamiento fuera del ámbito hospitalario. Su rol se vuelve central en pacientes con internaciones de larga duración, donde muchas veces se encuentran debilitados los lazos sociales previos.
- Acompañantes Terapéuticos: Participan en la vida cotidiana de los pacientes, promoviendo la autonomía posible y acompañando actividades grupales e individuales. Su función es mediar entre el sujeto y su entorno, facilitando la circulación, el intercambio y la participación.

Este equipo interdisciplinario trabaja desde una lógica que integra dimensiones clínicas, vinculares, subjetivas y comunitarias, orientándose no solo a la estabilización sintomática sino a la recuperación de la capacidad de vínculo y sentido.

Para la practicante, este proceso permitió no solo observar la complejidad del abordaje de la esquizofrenia dentro de una institución pública, sino también reconocer la importancia del

trabajo grupal, la continuidad del lazo terapéutico y la circulación del deseo como ejes que posibilitan la salutogénesis en contextos de sufrimiento psíquico prolongado.

La sistematización de los registros obtenidos permitió organizar la información relevada e identificar recurrencias significativas. A partir de este análisis se delimitaron categorías de lectura que orientaron la posterior planificación e intervención, contribuyendo a la estructuración del trabajo final.

### **Fase de planificación**

En este marco, se acordó que la participación de la practicante se centraría en la implementación y coordinación de actividades de estimulación cognitiva, supervisadas inicialmente por la Lic. Belén Sebas y, en algunas oportunidades, acompañada por integrantes del equipo de acompañantes terapéuticos.

Una vez familiarizada con el funcionamiento institucional y con las dinámicas propias del área de internación crónica, la practicante comenzó a diseñar la organización del trabajo a desarrollar. La decisión de intervenir dentro del dispositivo de estimulación cognitiva se sostuvo tanto por el interés personal en el estudio de la esquizofrenia como por el reconocimiento de dicho espacio ya formaba parte de la rutina terapéutica de los pacientes. Esto permitió pensar la práctica desde una línea de continuidad, evitando irrupciones abruptas en sus dinámicas cotidianas.

Se consideró pertinente mantener el formato grupal, en tanto constituía un espacio que promovía el intercambio, la circulación de la palabra y el reconocimiento mutuo entre los pacientes.

El grupo funcionaba como sostén y como posibilidad de sentirse acompañado, habilitando la construcción compartida de logros, la valoración de las capacidades propias y ajenas, y la reducción de sensaciones de aislamiento. A su vez, este formato permitió observar formas

singulares de participación, modos vinculares y estrategias subjetivas frente a las consignas propuestas.

Las actividades fueron diseñadas por la practicante, considerando tanto las limitaciones y posibilidades del grupo como la intención de ofrecer propuestas que no solo estimularan funciones cognitivas específicas, sino que también habilitaran momentos de reflexión, reconocimiento de recursos personales y fortalecimiento de sentido de pertenencia. Si bien las consignas se elaboraron contemplando el nivel de accesibilidad de los pacientes, también se procuró incluir desafíos que invitaran a desplegar nuevas capacidades sin generar frustración, siempre dentro de un clima de respeto, escucha y acompañamiento.

De esta manera, la planificación se constituyó como un proceso dinámico en el que teoría y práctica se retroalimentaron constantemente. La practicante se propuso no solo intervenir, sino también escuchar, registrar y pensar lo que se producía en el espacio grupal, situando cada encuentro como ocasión para observar indicadores de aspectos salutogénicos y formas particulares de posicionamiento subjetivo dentro del contexto de internación crónica.

Asimismo, en relación con el TIF, la planificación incluyó la revisión de bibliografía relevante, especialmente autores sobre factores salutogénicos, para fundamentar teóricamente la intervención y orientar la observación de recursos de salud en los pacientes. Además, se registraron los resultados de las actividades de manera sistemática, asegurando que los datos pudieran ser utilizados en la elaboración del trabajo final. La planificación se mantuvo flexible, con espacio para posibles cambios y ajustes según las necesidades del grupo y las circunstancias del dispositivo, asegurando que la intervención respondiera tanto a objetivos prácticos como académicos.

## **Fase de intervención**

La fase de intervención se desarrolló principalmente en el sector de internación prolongada del hospital, en uno de los dos edificios destinados a este dispositivo. El grupo con el que se trabajó correspondía a los pacientes que presentaban mayor grado de autonomía en comparación con aquellos alojados en el otro pabellón. La cantidad de pacientes que participaban en las actividades era aproximadamente de diez, aunque la asistencia variaba según las condiciones subjetivas y de salud de cada uno. En ocasiones, pacientes del dispositivo en donde se encontraban los casos con mayor deterioro, se incorporaban de manera espontánea, lo cual enriquecía la dinámica grupal y permitía observar modos diversos de estar en vínculo.

Las jornadas de intervención se realizaron los días miércoles y, eventualmente, viernes, ya que en ciertas semanas la presencia de practicantes de otras instituciones requería reorganizar los espacios y reprogramar el encuentro. Los días de trabajo comenzaban con la rutina habitual del servicio: primero el desayuno y luego, según cada caso, controles médicos, administración de medicación, kinesiología u otras intervenciones terapéuticas. Una vez finalizadas estas actividades, alrededor de las diez de la mañana, se daba inicio al espacio grupal.

Las actividades se desarrollaban en la sala común, un espacio que funciona como comedor y lugar de encuentro cotidiano.

Esta elección no fue casual, trabajar en un ambiente compartido y familiar contribuyó a reducir la sensación de encierro, promovió la participación espontánea y favoreció un clima de reconocimiento mutuo entre los participantes. La disposición en círculo o alrededor de una mesa permitía sostener el intercambio visual y la circulación de la palabra.

Las propuestas de estimulación cognitiva eran diseñadas con anterioridad y tenían la intención de funcionar no solo como un ejercicio de funciones cognitivas (memoria, atención,

planificación, orientación y pensamiento flexible), sino también como una experiencia grupal que habilitara la expresión subjetiva, el reconocimiento de logros propios y ajenos, y el fortalecimiento del sentimiento de pertenecía. Si bien las actividades estaban adaptadas a las posibilidades reales de los pacientes, siempre se incluía un componente que permitiera desafiar suavemente sus límites, invitando a descubrir que todavía existen capacidades que pueden desplegarse.

La intervención no se redujo a la ejecución de ejercicios cognitivos, sino que busco acompañar una propuesta subjetivante, habilitar un espacio donde los pacientes pudieran ser reconocidos como personas en relación, y no únicamente como portadores de un diagnóstico o como parte de una internación. El grupo se convirtió progresivamente en un lugar donde cada uno podía traer algo de sí, sostenerse en el otro y, a su vez, ofrecer acompañamiento y apoyo. La tarea se volvió un encuentro, y ese encuentro, un modo de cuidar.

### **Fase de análisis y elaboración**

Las modalidades de intervención y recolección de información implementadas durante la práctica se basaron principalmente en la observación clínica y en el trabajo grupal de estimulación cognitiva, sostenido a lo largo de seis encuentros en el dispositivo de internación prolongada en modalidad de convivencia.

Las actividades se desarrollaron en la sala común, espacio habitual de cohabitación de los participantes, y tuvieron una duración aproximada de una hora a una hora y media.

La observación se orientó tanto a los modos de participación en las actividades como a las formas de vinculación entre los sujetos, las manifestaciones propias del lazo grupal y las respuestas ante las consignas propuestas. Este registro permitió seguir la dinámica relacional, los recursos puestos en juego por cada integrante y las variaciones en la disponibilidad subjetiva a lo largo del proceso.

Asimismo, se realizó una entrevista clínica semiestructurada a una de las pacientes, con el propósito de profundizar en su historia subjetiva, las significaciones atribuidas a la internación, los modos singulares de afrontar el padecimiento psíquico y la manera en que se inscribe la experiencia institucional en su trayectoria vital.

Las actividades grupales incluyeron ejercicios orientados a la estimulación de funciones cognitivas. Al cierre de cada encuentro se promovía un espacio de reflexión sobre los recursos personales movilizados durante la tarea, con el fin de favorecer la percepción de eficacia y el reconocimiento de capacidades preservadas.

Este momento resulto fundamental para acompañar procesos de fortalecimiento subjetivo en personas con padecimiento psíquico severo en contexto de internación prolongada.

Paralelamente, el proceso de elaboración del Trabajo Integrador Final implicó la sistematización de estas observaciones, la organización de la información recolectada y la vinculación de los datos clínicos con los marcos teóricos revisados. Esta articulación permitió no solo documentar la práctica realizada, sino también generar análisis críticos y fundamentados que aportan al desarrollo académico y profesional, integrando la teoría, la práctica y la reflexión sobre la experiencia en contexto institucional.

Este momento resultó fundamental para acompañar procesos de fortalecimiento subjetivo en personas con padecimiento psíquico severo en contexto de internación prolongada, al mismo tiempo que consolidó el aprendizaje y la construcción del conocimiento en el marco del TIF.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS**

La presente descripción se centra en la observación y acompañamiento de una paciente internada en modalidad de convivencia dentro de un dispositivo de internación prolongada.

Se abordará la paciente considerando no solo sus características clínicas y emocionales, sino también sus modos particulares de estar en el mundo, es decir, cómo se relaciona con las personas y con las actividades propuestas, y cómo su comportamiento refleja aspectos de dependencia, autonomía, motivación y recursos subjetivos.

Este enfoque permite integrar la dimensión clínica, subjetiva y social, aportando una visión más completa de la experiencia de la paciente dentro del dispositivo institucional.

#### **Caso clínico**

Los datos identificatorios de la paciente fueron modificados para preservar su identidad.

La misma, a quien en este trabajo se la nombrará como Estela, es una mujer adulta de 60 años, que se encuentra en el dispositivo de internación prolongada del hospital Dra. Julieta Lanteri desde el año 2023. La paciente reside en una de las unidades llamadas “casitas”, la institución dispone de dos edificios destinados a la internación crónica. En uno se encuentran alojados pacientes que necesitan mayor asistencia y acompañamiento permanente, mientras que el otro está orientado a quienes pueden sostener cierto nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria.

Según consta en la historia clínica, se le ha designado el diagnóstico de esquizofrenia no específica. Sin embargo, la información disponible en los registros institucionales se encontraba mayormente focalizada en el seguimiento farmacológico, controles médicos y

actividades de rutina, con escasa documentación acerca de su historia subjetiva, los motivos precisos de su primera consulta y los factores que condujeron a la internación prolongada.

Debido a ello, se consideró pertinente realizar una entrevista a la paciente y al equipo interdisciplinario, complementada por la observación de la paciente en los espacios grupales durante seis encuentros realizados en el marco de actividades terapéuticas.

Estela relata que, en su juventud, consultó con un psiquiatra por presentar un cuadro de nerviosismo y ansiedad. En ese entonces le fue indicado meleril, medicación perteneciente al grupo de los antipsicóticos. Refiere que, alrededor de sus veinte años, comenzó a experimentar episodios de alucinaciones visuales, describiendo presencia de “sombras” o figuras que aparecían en determinados momentos. No recuerda con precisión si estos episodios motivaron continuidades en el tratamiento en aquel momento.

Tiempo después, Estela contrajo matrimonio y tuvo una hija. Sin embargo, refiere haber vivido situaciones de violencia doméstica, lo que la llevó a separarse y regresar con su padre. Posteriormente, frente a un episodio de descompensación subjetiva, cuyo relato reconoce con vacilación y discontinuidades, la paciente se dirigió por sí misma al Hospital Marcial Quiroga, siendo luego derivada al Hospital Dra. Julieta Lanteri en función de la disponibilidad de camas.

Inicialmente, permaneció en el dispositivo de internación breve, pero ante la ausencia de familiares que pudieran acompañarla cotidianamente (su padre se encontraba gravemente enfermo y su hija presentaba también dificultades en salud mental), fue integrada al dispositivo de internación prolongada.

En la actualidad Estela refiere sentimientos de incertidumbre respecto a su vivienda y futuro fuera del hospital. Si bien reconoce ciertos obstáculos para el sostenimiento de una rutina independiente, no manifiesta conciencia clara de enfermedad, y en varios pasajes expresó no comprender por qué continúa internada, más allá de su situación familiar.

En el plano vincular, se observa una persona activa, colaborativa y afectivamente disponible. Participa de las actividades grupales con entusiasmo, muestra iniciativa para ayudar a sus compañeros y suele desempeñar un rol de sostén hacia ellos. Frente a las actividades propuestas por el equipo que se encuentra en el dispositivo, Estela suele llegar motivada, se interesa por las consignas y ofrece apoyo cuando algún paciente se desalienta o no comprenden las tareas.

En relación con el abordaje terapéutico implementado en el dispositivo de internación prolongada, la psicóloga a cargo refirió que el trabajo desde la estimulación cognitiva surge como respuesta a las dificultades observadas en estos pacientes y, el escaso acompañamiento familiar. Según su experiencia, la permanencia extendida en el ámbito hospitalario, sumada a situaciones de abandono o desvinculación familiar, conlleva progresivamente a una pérdida de autonomía en actividades básicas de la vida cotidiana, tales como el cuidado de la higiene personal, la organización del espacio, la realización de tareas domésticas simples y el sostenimiento de rutinas de autocuidado. Desde este posicionamiento, el dispositivo propone actividades orientadas a preservar y fortalecer dichas capacidades, evitando un mayor deterioro funcional. Al momento de la incorporación al dispositivo, se observó el desarrollo de estas propuestas y se consideró pertinente continuar trabajando desde la estimulación cognitiva, no solo como herramienta de intervención, sino también como vía de acceso para relevar indicadores de salud presentes en la enfermedad.

Durante los encuentros destinados a estimulación cognitiva, especialmente aquellos orientados a la memoria y evocación Estela pudo recuperar recuerdos significativos de su infancia, los cuales relató con expresividad, espontaneidad y humor. Asimismo, se observó estabilidad afectiva, sin variaciones bruscas del ánimo ni manifestaciones de agitación o retraimiento marcado.

En relación con la experiencia alucinatoria, la paciente mencionó que en algunas ocasiones nocturnas percibe sombras, buscando corroboración con sus compañeras para confirmar si comparten la experiencia.

Su preocupación principal se vincula con la separación respecto de su hija, quien recientemente también se encuentra internada, hecho que resignificó emocionalmente su estadía en el hospital. Antes de que su hija llegara al establecimiento, la paciente manifestaba sentimientos de tristeza e incertidumbre, expresando la dificultad de no saber cuándo volvería a verla. Durante este período, algunas emociones alegres surgían al recordar momentos compartidos, aunque siempre teñidas por la añoranza, sin que ello afectara su participación en las actividades grupales. Una vez que ambas se encontraron en el mismo lugar, la paciente mostró un notable aumento de alegría y satisfacción, aunque los profesionales señalaron que, cuando interactúan, pueden surgir ciertos desencuentros propios de la convivencia. Pese a esto, su comportamiento general se mantuvo estable, participando activamente en las actividades y continuando con sus rutinas habituales, mostrando que la presencia de su hija constituyó un estímulo positivo para su estado de ánimo y bienestar durante la internación.

### **Información aportada por el equipo tratante**

A los fines de complementar la información obtenida a través de la entrevista clínica con la paciente, se incorporan a continuación los aportes surgidos de la entrevista realizada a profesionales del equipo de salud que acompañan el proceso de internación de Estela. Estos datos permiten ampliar la comprensión del recorrido institucional, así como contextualizar algunas de las dificultades observadas en su funcionamiento cotidiano.

La información proporcionada se encontró mayormente organizada en torno a aspectos administrativos, evolutivos y de seguimiento general, constancia de la medicación actual,

controles médicos periódicos, intervenciones de kinesiología y observaciones sobre su participación en actividades rutinarias.

Según refieren las profesionales, el ingreso de Estela al sistema de salud se produjo en julio del 2024 en el Hospital Marcial Quiroga. Si bien no se cuenta con una causa claramente explicitada por la paciente, el equipo señala que el motivo principal habría sido el grave estado de una lesión en uno de sus miembros inferiores, con presencia de úlceras avanzadas y un cuadro de miasis. En ese contexto, Estela fue posteriormente derivada al Hospital Julieta Lanteri, tanto por la necesidad de continuar con los cuidados médicos como por dificultades vinculares con su hija, quien también se encontraba internada en el mismo establecimiento.

Durante su permanencia en el Hospital Lanteri, Estela recibió tratamiento médico que permitió la mejoría progresiva de la lesión en la pierna. En paralelo, se produjo el ingreso de su padre al Hospital Marcial Quiroga a raíz de un infarto. Tras el alta de este último, se solicitó que Estela regresara a su domicilio con el objetivo de asumir su cuidado. Las profesionales destacan que el padre presentaba un carácter marcadamente autoritario y ejercía diversas formas de violencia, limitando la autonomía de Estela y obstaculizando tanto la toma de medicación como la posibilidad de recibir asistencia externa.

Asimismo, señalan que la convivencia con su hija (quien presenta un diagnóstico de esquizofrenia de mayor gravedad) no posibilitaba un sostén adecuado en el hogar. Estela mostraba importantes dificultades en el manejo de actividades de la vida diaria, tales como la organización del hogar, la preparación de alimentos, el uso del transporte público y el cuidado de su higiene personal. Estas limitaciones se reflejaban, entre otros aspectos, en la falta de adherencia a los cuidados médicos de su pierna, situación que la paciente solía justificar mediante explicaciones poco coherentes o excusas sin registro del riesgo implicado. Tras una visita domiciliar realizada por una trabajadora social, se constató un grave estado de abandono del padre, quien falleció posteriormente en el domicilio. Ante esta situación,

Estela reingresó al sistema de salud en agosto de 2024, por decisión del equipo tratante, sin que se haya concretado desde entonces un retorno al hogar. Las profesionales refieren que, desde ese momento, la paciente se ha mantenido clínicamente estable, con buena disposición al vínculo, conducta respetuosa y ausencia de episodios de agresividad o descompensación aguda.

No obstante, persisten dificultades vinculadas al autocuidado, especialmente en el área de la higiene, así como en su modalidad comunicacional, caracterizada por la dificultad para sostener un hilo discursivo continuo y concluir ideas, además, la docilidad observada en la paciente se vincula con su tendencia a depender del acompañamiento y de la organización externa de las actividades. En este sentido, el dispositivo de internación prolongada ha puesto especial énfasis en el trabajo sobre la adquisición y sostén de hábitos, aspecto central en su proceso actual.

Finalmente, el equipo señala que la permanencia de Estela en internación prolongada responde principalmente, a la ausencia de una red familiar o social que pueda hacerse cargo de su cuidado. Si bien se evaluó la posibilidad de su ingreso a un hogar para personas mayores, la paciente manifestó su negativa, siendo este un requisito indispensable para avanzar en dicha alternativa, lo que derivó en la continuidad de su internación en el hospital. Las profesionales describen durante la entrevista que Estela presenta un cuadro compatible con un trastorno del espectro psicótico, específicamente una psicosis simple, aunque al principio fue diagnóstica con esquizofrenia no específica. Esta consideración se sustenta en ciertas características observadas a lo largo de su internación, tales como dificultades en la organización del pensamiento, imposibilidad de sostener una idea de manera continua en el discurso, escasa conciencia de enfermedad y del estado de su salud física, así como limitaciones significativas en el desempeño de actividades de la vida cotidiana y en el establecimiento de hábitos básicos de autocuidado. A ello se suman referencias realizadas por

la paciente a experiencias perceptivas sin objeto externo aparente, compatibles con posibles alucinaciones visuales. No obstante, las profesionales destacan que se trata de una paciente clínicamente estable, sin manifestaciones de conducta agresiva ni episodios de descompensación aguda durante el período de internación, dado que sus manifestaciones emocionales y conductuales varían según el contexto y las interacciones, mostrando que su abordaje requiere atención a distintos niveles

### **Observaciones de Estela**

Durante la entrevista, Estela se mostró dispuesta a conversar, aunque su discurso se presentó escueto, con tendencia a responder en frases cortas y a limitarse a lo concreto. Exhibió dificultad para narrar recuerdos en forma cronológica y para dar cuenta de vivencias internas o afectivas.

El tono afectivo observado fue de baja modulación, con mínima variación expresiva. No se evidenció angustia manifiesta ni signos de agitación. Tampoco se registraron ideas delirantes enunciadas de manera abierta durante la entrevista, aunque sí se percibió una estructura de pensamiento empobrecida, con dificultades para la asociación libre y la elaboración reflexiva. Su nivel de “insight” respecto a su padecimiento y a la institucionalización se presentó reducido.

La interacción se desarrolló en un marco de respeto y calma. Pudo sostener la mirada por intervalos breves y mostrar cierta sensibilidad al encuentro interpersonal, aunque sin desplegar un involucramiento emocional amplio. La entrevista permitió acceder a elementos del modo particular de estar “en el mundo” de la paciente, su forma de vincularse, de hablar de sí misma y de habitar el espacio institucional, información que no se encontraba registrada en la documentación previa y que resulta fundamental para comprender su situación subjetiva

actual. Los encuentros en el grupo de estimulación cognitiva también evidenciaron cómo Estela puede activar recuerdos significativos, compartir fragmentos de su historia y manifestar su mundo interno a través de expresiones emocionales y humorísticas, recursos que se convierten en indicadores de su capacidad de vincularse y de sostener experiencias de bienestar dentro del marco institucional, la paciente mostraba un alto nivel de involucramiento con las actividades de estimulación cognitiva, recibiendo con entusiasmo cada nueva propuesta. Participaba activamente, demostrando interés por completar las tareas, aunque algunas le resultaran más desafiantes, y rara vez esto interfería en su disposición a continuar. Además, ayudaba a sus compañeros, ofreciendo apoyo y compartiendo sus estrategias y soluciones, lo que no solo reflejaba su deseo de colaborar, sino también un modo de reafirmar sus propias capacidades y de vincularse afectivamente con otros integrantes del grupo.

Su comportamiento social se caracterizaba por la amabilidad, la cortesía y la disposición para evitar conflictos, mostrando una regulación emocional que contribuía al clima grupal. Ante dudas o dificultades, consultaba con apertura y curiosidad, haciendo su mejor esfuerzo para comprender y ejecutar las consignas. La paciente evidenciaba emociones positivas predominantes, como alegría, entusiasmo y motivación, aunque estas podían variar en intensidad dependiendo del contexto, de la dificultad de la actividad o de su estado emocional previo. Por ejemplo, la anticipación de la visita de su hija generaba un aumento notable en su vitalidad y energía durante las sesiones, lo que indicaba cómo su vida afectiva personal se entrelazaba con su desempeño y participación en el espacio institucional.

Durante las actividades, la paciente demostraba una capacidad de concentración sostenida y un interés por el aprendizaje colectivo, disfrutando del intercambio de ideas y la colaboración con otros miembros del grupo. Se observaba cómo valoraba tanto la ejecución individual de

las tareas como la oportunidad de compartir logros, experiencias y dificultades con los demás, reforzando su sentido de pertenencia y su percepción de eficacia personal. Asimismo, la interacción constante con la practicante y el equipo de acompañantes terapéuticos facilitaba la creación de un entorno seguro y contenedor, en el que podía expresar emociones, explorar recursos personales y fortalecer vínculos.

## CAPITULO IV

### DISCUSIÓN

En los contextos de internación prolongada, el trabajo con pacientes con sufrimiento psíquico profundo plantea desafíos clínicos y éticos. Estos dispositivos, que en principio se piensan como espacios de cuidado y acompañamiento, pueden convertirse con el tiempo en lugares de permanencia donde la ruina y la institucionalización comienzan a ocupar el lugar del sujeto. En este sentido, el desafío principal para los equipos de salud mental consiste en sostener la dimensión subjetiva más allá de la estabilización sintomática o el control de la conducta. La intervención apunta a promover la palabra, la singularidad y el lazo, aun dentro de un entorno regido por horarios, medicaciones y normas comunes.

Reflexionar sobre la internación prolongada implica también reconocer los efectos que produce el dispositivo: el modo en que el cuerpo, el tiempo y la identidad se ven atravesados por la lógica institucional. Por ello, el trabajo clínico debe orientarse a habilitar espacios que restituyan la posibilidad de deseo, de decisión y de expresión, aun dentro de los límites del hospital.

#### **Estela: caso clínico**

El análisis del caso está en tensión con lo planteado en el marco teórico. Se trata de conclusiones a partir de lo que se ha logrado precisar conceptualmente. El desarrollo teórico basado en lo planteado a lo largo del trabajo permitió precisar luego en el análisis del caso. De la misma manera, continuar con el análisis de la construcción del caso permite ahondar en las conceptualizaciones planteadas, incluso leerlo desde otras puntualizaciones teóricas.

Estela, mujer de 60 años, ingresa al dispositivo de internación prolongada en un contexto marcado por una historia extensa de padecimiento subjetivo, atravesada por episodios de desorganización psíquica, dificultades vinculares persistentes y un progresivo debilitamiento de sus condiciones de sostén familiar y social. Su recorrido vital y clínico da cuenta de múltiples intentos de estabilización que, con el paso del tiempo, fueron configurando un modo particular de estar en el mundo, caracterizado por la dependencia de otros, familiares primero, instituciones después, como organizadores centrales de su cotidianeidad. El tránsito por distintos servicios de salud mental, así como las internaciones previas, dejaron huellas no solo en su historia clínica, sino también en su manera de vincularse, de narrar su experiencia y de comprender lo que le sucede. En este sentido, la internación prolongada no puede pensarse únicamente como un recurso asistencial, sino como un marco que fue adquiriendo progresivamente un valor estructurante para su funcionamiento psíquico.

Al momento de iniciar el seguimiento, Estela se encuentra clínicamente estabilizada, sin manifestaciones agudas de descompensación ni conductas disruptivas. No obstante, esta estabilidad no se presenta como un rasgo autónomo, sino como el resultado de un entramado de apoyos sostenidos por el dispositivo institucional. Su funcionamiento cotidiano aparece fuertemente influido por las dinámicas del hospital, que operan como un sostén externo necesario para la organización de su vida diaria. En la vida institucional, Estela transita sus días a través de una serie de actividades rutinarias que le brindan previsibilidad y orden. Levantarse, higienizarse, recibir la medicación, desayunar, participar, o no, de los talleres, descansar y circular por los espacios comunes, constituyen acciones pautadas por horarios y consignas claras. Esta estructura temporal y espacial parece ofrecerle un marco de seguridad, dentro del cual logra desenvolverse con relativa tranquilidad. Sin embargo, dicha previsibilidad también imprime cierta rigidez a su cotidianeidad, limitando la posibilidad de desplegar iniciativas propias fuera de lo ya establecido.

Estela se adapta a este ritmo de manera casi automática, cumpliendo con las normas del servicio y respondiendo adecuadamente a las indicaciones del equipo. Quienes la acompañan cotidianamente refieren que suele mostrarse colaboradora, respetuosa y tranquila, aunque en determinados momentos emerge una inquietud difusa que no siempre logra ser simbolizada. En los espacios de escucha clínica, Estela se muestra dispuesta al intercambio y abierta al diálogo. Su actitud frente al encuentro con el otro es, en general, receptiva y amable. Suele interesarse por quienes la rodean, preguntar por sus actividades o estados de ánimo y ofrecer ayuda cuando percibe que alguien lo necesita. No obstante, su discurso se presenta por momentos escueto, con dificultades para sostener un hilo narrativo continuo y para profundizar en vivencias subjetivas complejas. Esto se traduce en relatos fragmentados, con escasa elaboración reflexiva, que muchas veces quedan anclados en lo concreto o en lo inmediato.

A diferencia de otros pacientes que pueden presentar conductas de repliegue, desconfianza o aislamiento, Estela no evidencia un rechazo marcado hacia la presencia del otro. Por el contrario, el vínculo aparece como un eje central en la organización de su experiencia. El contacto con los demás, tanto profesionales como pares, cumple una función reguladora que le permite sostener cierta estabilidad emocional. En este sentido, el lazo social no solo constituye un espacio de intercambio, sino también un recurso fundamental para evitar el desborde o la desorganización.

Su participación en actividades grupales refuerza esta modalidad vincular. Estela se muestra entusiasta frente a las propuestas, suele involucrarse activamente y acompañar a otros pacientes cuando se sienten desalentados o confundidos frente a las consignas. Esta disposición a estar con otros y para otros parece otorgarle un lugar dentro del dispositivo,

contribuyendo a su sensación de pertenencia y a la construcción de un sentido compartido de lo cotidiano.

En este punto, puede advertirse que su modo de habitar el espacio grupal no se limita a la mera participación en actividades de estimulación cognitiva. Por el contrario, dicho espacio se configura como un escenario en el que se articulan dimensiones afectivas, sociales y motivacionales. Estela integra la actividad, la interacción y la posibilidad de reflexionar, aunque sea de manera incipiente, sobre sí misma y sobre su vínculo con los otros. De este modo, el proceso grupal no sólo favorece aprendizajes específicos, sino que también contribuye al fortalecimiento subjetivo, evidenciando la interdependencia entre salud psíquica, autonomía progresiva y sostén vincular.

Esta apertura relacional se articula directamente con la manera en que habita el espacio institucional. Estela circula por la comunidad terapéutica de forma respetuosa y cooperativa, manteniendo interacciones armónicas tanto con el equipo de salud como con otros pacientes. Las profesionales destacan su actitud colaborativa, su tendencia a ofrecer ayuda y su capacidad para integrarse a las rutinas sin generar conflictos. Sin embargo, esta integración no implica una apropiación plena de los espacios, sino más bien una adaptación a las reglas y dinámicas ya establecidas. La modalidad de convivencia que despliega no supone ausencia de malestar, sino una forma singular de procesarlo. Frente a situaciones de incertidumbre o tensión, Estela no tiende al aislamiento ni a la confrontación, sino que recurre espontáneamente al vínculo como estrategia de regulación. Esta elección relacional le permite construir un entramado de apoyos que funciona como sostén subjetivo, contribuyendo a disminuir tensiones y favoreciendo una circulación más estable dentro del dispositivo.

Al hablar de su historia clínica, Estela menciona los tratamientos previos y el uso de medicación desde su juventud con cierta naturalidad. No se posiciona desde un lugar de queja

ni de reivindicación, sino que integra estos elementos como parte de su recorrido vital. Esta forma de relatar se combina con su deseo actual de “estar bien” y de sostener los hábitos cotidianos que la institución le ofrece, lo que pone de relieve la importancia que adquiere el marco hospitalario como organizador de su existencia.

Asimismo, aparecen temores e interrogantes ligados al envejecimiento, a los cambios corporales y a la incertidumbre respecto del futuro. Estas preguntas no emergen como una angustia desbordada, sino como una inquietud persistente: “¿Cómo sigo ahora?”. Dichos interrogantes se intensifican cuando recuerda acontecimientos significativos de su historia, como pérdidas afectivas o momentos de desorganización subjetiva. En esos pasajes, se la observa más reflexiva, aunque sin retraerse del vínculo; su modalidad predominante continúa siendo la de compartir con otros antes que aislarse.

En la convivencia diaria, Estela mantiene una conducta estable, ajustada a las normas institucionales y sin episodios de desorganización grave durante el período de observación. Cumple con las indicaciones del equipo, participa de las propuestas terapéuticas y conserva ciertos hábitos básicos vinculados al cuidado de sí, como la higiene, la adherencia a la medicación y la búsqueda de actividades que le resulten organizadoras. Sin embargo, tal como señalan las profesionales, estas conductas se sostienen en gran medida gracias al andamiaje institucional, lo que permite pensar que su funcionamiento actual depende significativamente de la estructura, los límites y el acompañamiento brindados por el dispositivo de internación prolongada.

### **Entre la estabilidad y la dependencia: una configuración clínica posible**

El caso de Estela permite pensar una forma particular de organización subjetiva, en la que la estabilidad que se observa en la vida cotidiana no puede leerse como ausencia de

padecimiento, sino más bien como el resultado de un sostén externo constante. Al momento del seguimiento, su funcionamiento diario aparece ordenado, previsible y adaptado a las dinámicas del dispositivo, aunque dicha organización parece depender en gran medida de la estructura institucional que la contiene. Esta dependencia del encuadre externo se alinea con los déficits de autonomía y dificultades en la organización personal que caracterizan a los cuadros del espectro esquizofrénico, donde la estabilidad observable no implica ausencia de padecimiento sino un sostén externo constante.

Durante el período de observación, Estela no presentó episodios de desorganización grave ni conductas que alteraran la convivencia. Por el contrario, se mostró respetuosa de las normas, colaboradora con el equipo y dispuesta a participar de las propuestas terapéuticas. Esta estabilidad, sin embargo, no parece surgir de una autonomía consolidada, sino de la presencia de un marco que ordena sus tiempos, sus actividades y sus cuidados. La rutina, los horarios, las indicaciones y la supervisión funcionan como apoyos fundamentales para sostener su equilibrio cotidiano. Desde esta perspectiva, el diagnóstico no se construye a partir de la presencia de manifestaciones sintomáticas evidentes, sino a partir del modo en que Estela se vincula con la realidad, con los otros y con su propio cuidado. En su funcionamiento se observan dificultades persistentes para sostener iniciativas personales por fuera del encuadre institucional, así como una dependencia marcada del otro para organizar tareas básicas y rutinas diarias. Estas características se vuelven especialmente significativas al considerar su historia, atravesada por períodos de descuido, pérdida de hábitos y dificultades para registrar y atender sus propias necesidades. Esto refleja uno de los aspectos centrales de la esquizofrenia, la presencia de déficits persistentes en la cognición y en la motivación (síntomas negativos), que afectan la capacidad de sostener la vida diaria y se manifiestan incluso cuando los síntomas psicóticos activos están controlados

A diferencia de otros cuadros psicóticos en los que predomina el repliegue o la desconfianza hacia el entorno, Estela mantiene un vínculo activo con los otros. Se muestra abierta al diálogo, interesada en el intercambio y dispuesta a compartir su experiencia. Su participación en espacios grupales y su cercanía con profesionales y pares sugieren que el lazo social cumple un papel central en su modo de estar en la institución. En su caso, el vínculo no solo aparece como una dimensión relacional, sino también como un recurso fundamental para sostener cierta estabilidad emocional.

Esta apertura vincular, sin embargo, no implica una independencia plena. Por el contrario, el lazo parece operar muchas veces como un soporte que suple las dificultades para organizarse de manera autónoma. Estela necesita de la presencia del otro para orientarse, para sostener hábitos y para mantener un orden en su vida cotidiana. Cuando este sostén falta, su funcionamiento tiende a desorganizarse, tal como se evidenció en momentos previos de su recorrido, en los que la ausencia de cuidados adecuados derivó en un deterioro progresivo.

Desde esta lectura, el diagnóstico que orienta el abordaje clínico se piensa más como una aproximación descriptiva que como una clasificación cerrada. La estabilidad actual, la cronicidad del cuadro y la fuerte dependencia del encuadre institucional permiten ubicar su funcionamiento dentro de una psicosis de características inespecíficas, en la que el malestar no se expresa a través de síntomas floridos, sino a través de dificultades estructurales en la autonomía, el autocuidado y la organización de la vida diaria.

Pensar el caso de este modo no implica reducirlo a una etiqueta diagnóstica, sino abrir una comprensión más amplia de su modalidad de funcionamiento. La manera en que Estela habita la internación, estable, vinculada y colaboradora, pero profundamente sostenida por la institución, invita a pensar intervenciones que no se limiten a la contención, sino que apunten a fortalecer aquellos recursos que aún se encuentran presentes, especialmente en lo que

respecta al vínculo, la participación activa y el sostenimiento de rutinas significativas. Su patrón de funcionamiento muestra la heterogeneidad propia del espectro esquizofrénico, donde algunos dominios (vínculo social, participación en actividades) pueden mantenerse relativamente preservados mientras otros (autonomía, iniciativa, organización de la vida diaria) presentan dificultades estructurales. Esto ayuda a comprender por qué el diagnóstico se fundamenta no solo en síntomas floridos, sino en el conjunto de alteraciones funcionales y cognitivas que configuran su forma de habitar la realidad.

### **Habitar la cronicidad: la internación prolongada como sostén y límite**

La internación prolongada constituye el escenario central en el que se organiza la vida cotidiana de Estela. No se trata únicamente de un dispositivo asistencial orientado a la estabilización sintomática, sino de un entramado institucional que, con el paso del tiempo, ha pasado a cumplir una función estructurante en su modo de estar en el mundo. La institución aparece como el espacio desde el cual se ordenan sus tiempos, sus actividades, sus vínculos y gran parte de sus decisiones.

En este marco, la rutina adquiere un valor organizador fundamental. Los horarios establecidos, las actividades pautadas y la presencia constante de profesionales ofrecen una previsibilidad que opera como sostén frente a posibles desbordes. Levantarse, higienizarse, recibir la medicación, compartir las comidas, circular por el hospital o participar de talleres conforman una secuencia diaria que se repite y que le permite a Estela mantenerse dentro de un funcionamiento estable. Esta regularidad no solo estructura el tiempo, sino que también delimita el espacio, brindándole referencias claras sobre qué se espera de ella y qué puede esperar del entorno. Sin embargo, esta organización, que en muchos aspectos resulta protectora, también introduce una cierta rigidez. La prolongación en el tiempo de la internación puede ir debilitando la iniciativa personal, favoreciendo una adaptación

progresiva a un funcionamiento guiado desde el exterior. En el caso de Estela, se observa que muchas de sus capacidades se sostienen en tanto el encuadre institucional las acompaña y las refuerza. Cuando ese sostén no está presente, emerge una mayor dificultad para sostener conductas autónomas de manera espontánea.

Los profesionales del dispositivo señalan que este fenómeno es frecuente en pacientes con internaciones crónicas, especialmente en aquellos que han experimentado un abandono progresivo por parte de su red familiar. La falta de referentes externos estables, sumada a la permanencia prolongada en la institución, puede generar una paulatina pérdida de habilidades vinculadas al autocuidado y a la vida cotidiana. Actividades simples, como mantener la higiene personal, organizar el espacio propio o sostener rutinas domésticas, dejan de formar parte del registro habitual y requieren estímulo, acompañamiento o recordatorios constantes.

En este sentido, la internación prolongada se presenta como una condición ambivalente. Por un lado, ofrece contención, continuidad y estabilidad; por otro, puede contribuir a una dependencia creciente del dispositivo. En Estela, esta ambivalencia se manifiesta de manera clara: su conducta cotidiana es estable, ordenada y adaptada a las normas del servicio, pero ese equilibrio se encuentra estrechamente ligado a la estructura institucional que la sostiene.

A pesar de ello, Estela no se posiciona de forma pasiva dentro del dispositivo. Su actitud colaboradora, su respeto por las normas y su disposición al intercambio dan cuenta de una apropiación subjetiva del espacio institucional. El hospital no aparece para ella únicamente como un lugar de tratamiento, sino también como un ámbito de pertenencia, donde los vínculos con otros pacientes y con los profesionales adquieren un valor significativo. En su modo de circular por la comunidad terapéutica se observa una integración armoniosa, caracterizada por el respeto, la cooperación y la ausencia de conflictos relevantes.

La convivencia diaria no está exenta de malestar, pero Estela parece haber encontrado una modalidad particular de tramitarlo. Frente a la tensión o la inquietud, no se repliega ni se aísla, sino que recurre al vínculo como una forma espontánea de regulación. Esta capacidad de apoyarse en el otro le permite sostener un entramado relacional que funciona como sostén afectivo y organizador, amortiguando los efectos de la cronicidad.

Desde esta lectura, la internación prolongada no puede pensarse únicamente como un dato contextual, sino como un elemento central para comprender el funcionamiento actual de Estela. La estabilidad que presenta, así como las limitaciones que se observan en su autonomía, se encuentran profundamente ligadas al encuadre institucional. Este escenario constituye el punto de partida desde el cual se vuelven posibles las intervenciones terapéuticas, entre ellas, el trabajo con estimulación cognitiva, orientado a preservar y fortalecer aquellas capacidades que aún se encuentran disponibles.

### **Pequeñas formas de estar viva: la persistencia de la salud en la experiencia de Estela**

Abordar el caso de Estela desde una perspectiva salutogénica implica, ante todo, un posicionamiento ético y clínico particular. Supone correrse de una mirada centrada exclusivamente en el déficit, en la cronicidad o en la enumeración de síntomas, para habilitar una lectura que reconozca aquello que, aun en condiciones adversas, continúa funcionando como soporte de la subjetividad. En este sentido, el paradigma salutogénico no desconoce la enfermedad, sino que propone complejizarla, interrogando qué recursos, qué modos de afrontamiento y qué formas de organización subjetiva permanecen activos en la experiencia del paciente.

La historia de Estela se inscribe en un recorrido prolongado de padecimiento psíquico, atravesado por internaciones, rupturas vinculares, pérdidas significativas y un progresivo

proceso de institucionalización. Este entramado vital podría pensarse, desde una lógica estrictamente patológica, como un escenario de empobrecimiento subjetivo. Sin embargo, el acercamiento clínico al caso permite advertir que, lejos de encontrarse completamente arrasada por su padecimiento, Estela despliega una serie de recursos que funcionan como verdaderos indicadores de salud, aunque estos se expresen de manera frágil, parcial y dependiente del contexto institucional.

Uno de los aspectos más significativos en este sentido es su modalidad vincular. Estela no se repliega ni se aísla, sino que busca activamente el encuentro con los demás. En la vida cotidiana del dispositivo se la observa participativa, colaboradora y afectivamente disponible, con una marcada tendencia a ofrecer ayuda y sostén a sus compañeros. Esta disposición no solo favorece la convivencia institucional, sino que constituye un recurso subjetivo fundamental: el lazo social aparece como un organizador de su experiencia, como una vía privilegiada para tramitar el malestar y sostener cierta estabilidad emocional. Desde una perspectiva salutogénica, esta capacidad de apoyarse en el vínculo puede leerse como un factor protector, que amortigua el impacto del padecimiento y habilita espacios de reconocimiento mutuo.

Asimismo, su inserción en la rutina institucional da cuenta de una apropiación singular del marco que el dispositivo ofrece. Si bien la internación prolongada impone horarios, normas y secuencias preestablecidas, Estela no se limita a cumplirlas de manera mecánica. Por el contrario, parece encontrar en esa estructura una referencia que le permite organizar su día, anticipar acciones y sostener hábitos básicos de autocuidado. Preguntar por la medicación, participar de talleres, respetar los tiempos compartidos y circular de manera ordenada por el hospital son gestos que, en su conjunto, revelan una forma de adaptación que contribuye a su bienestar cotidiano. En un contexto donde la cronicidad suele asociarse a la pérdida de

iniciativa o al desdibujamiento del tiempo subjetivo, estos elementos adquieren un valor clínico significativo.

Los espacios de estimulación cognitiva se constituyen, a su vez, como escenarios privilegiados para la emergencia de indicadores de salud. Allí, Estela logra recuperar recuerdos, narrar fragmentos de su historia, expresar emociones y recurrir al humor como recurso expresivo. Estas producciones no solo ponen en juego funciones cognitivas, sino que permiten visibilizar una subjetividad que conserva la capacidad de simbolizar, de evocar y de compartir. La posibilidad de relatar su infancia, de reírse de sí misma o de conmoverse al recordar situaciones significativas habla de una continuidad del yo que persiste más allá del diagnóstico y de la institucionalización.

Incluso en relación con las experiencias alucinatorias que la paciente menciona haber vivenciado, se observa un modo de tramitación que puede pensarse como un indicador de salud relativo. El hecho de que Estela busque la confirmación del otro, que interroge a sus compañeras sobre lo que percibe, muestra un movimiento hacia el anclaje en la realidad compartida. Este recurso, aunque no elimina la experiencia, permite situarla dentro de un marco relacional, evitando una vivencia de desorganización mayor. Desde esta perspectiva, el otro aparece como referencia y sostén, reforzando nuevamente la centralidad del lazo social en su funcionamiento.

Desde el paradigma salutogénico, estos elementos pueden pensarse como expresiones de un sentido de coherencia incipiente. Estela parece encontrar, en el entramado entre el dispositivo institucional, los vínculos cotidianos y las propuestas terapéuticas, un modo de comprender y manejar su experiencia. Este sentido no se presenta de manera elaborada ni reflexiva, pero se manifiesta en acciones concretas, en elecciones cotidianas y en la manera en que se posiciona frente a los otros y frente a sí misma. Reconocer estos indicadores de salud implica también

un gesto de valoración del sujeto. No se trata de minimizar las dificultades persistentes ni de idealizar su funcionamiento, sino de reconocer que, aun en un contexto de adversidad como sería el de la psicosis e internación prolongada, Estela logra sostener aspectos vitales de su subjetividad. Su capacidad de vincularse, de participar, de recordar, de ayudar y de ser ayudada da cuenta de una forma de estar en el mundo que merece ser reconocida y acompañada.

En este sentido, el abordaje desde una perspectiva salutogénica invita a pensar la clínica no solo como un espacio de contención del padecimiento, sino también como un ámbito donde es posible alojar y potenciar aquello que funciona como sostén. El caso de Estela muestra que la salud no siempre se expresa en términos de autonomía plena o ausencia de síntomas, sino también en pequeños gestos cotidianos, en la persistencia del vínculo, en la capacidad de encontrar sentido en la rutina y en la posibilidad de seguir siendo alguien para otros.

De este modo, lejos de constituir un cierre definitivo, la identificación de estos indicadores abre nuevas preguntas clínicas: cómo sostener estos recursos, cómo ampliarlos, cómo evitar que se diluyan en la repetición institucional. El caso de Estela, leído desde esta clave, no solo permite visibilizar aspectos de salud en un contexto de cronicidad, sino que invita a repensar las prácticas y los dispositivos desde una mirada más sensible, humana y respetuosa de los modos singulares en que cada sujeto encuentra formas de sostener la vida.

### **Fortalezas y debilidades de la práctica pre profesional supervisada**

La realización de esta práctica pre profesional significó un espacio de formación que no solo aportó nuevos conocimientos, sino que también permitió experimentar de manera directa lo que implica sostener un rol clínico dentro de un dispositivo institucional. A lo largo del proceso se fue descubriendo matices del trabajo cotidiano que, más allá de lo teórico, se

comprenden verdaderamente cuando uno se encuentra allí, frente al otro, escuchándolo, acompañándolo y tratando de encontrar un modo posible de intervenir desde una posición ética y respetuosa.

La práctica le ofreció a la practicante la oportunidad de acercarse a la lógica institucional de un hospital, comprender su dinámica y, sobre todo, observar cómo los pacientes construyen sus vínculos, sus rutinas y sus modos de habitar la internación. Esto permitió profundizar la comprensión de los procesos subjetivos que atraviesan a las personas en su vida cotidiana dentro de la institución, y al mismo tiempo reconocer el lugar del psicólogo en esos espacios de escucha, acompañamiento y sostén.

Esta experiencia también permitió situarse de un modo más claro respecto de la profesión, identificar qué aspectos de la clínica llaman el interés, cuales generan dudas, que desafíos aparecen y que recursos se pueden poner en juego a la hora de intervenir. Se pudo observar como ciertas herramientas que ya se venía desarrollando, a veces sin estar enteramente consiente, adquirieron forma dentro de la práctica y se volvieron parte del modo de estar con los pacientes.

Entre las fortalezas que la practicante pudo reconocer durante este recorrido, se incluyen la capacidad de conexión emocional. Descubrir que puede acercarse al otro de un modo genuino, sosteniendo una presencia cálida y cercana, sin perder a la vez la distancia necesaria para pensar la situación clínicamente. Esta doble posición, estar, sentir y al mismo tiempo pensar, se manifestó también en la practicante, la escucha activa y la contención, que se volvió fundamental para acompañar momentos de angustia, confusión o simple necesidad de ser escuchados.

Otra fortaleza que se pudo desplegar fue la flexibilidad y la adaptación. La dinámica institucional exige, muchas veces, ajustar lo planificado, reorganizar tareas o sostener intervenciones que no siempre siguen una directriz clara. En estos momentos la practicante

pudo notar que se adaptó con rapidez y que esa flexibilidad permitió que el vínculo con el paciente no se vea interrumpido.

En la práctica también se fortaleció el compromiso por una continua formación, frente a la vivencia de situaciones particulares, nacía el interés por volver a revisar contenidos, buscar marcos teóricos y conversar con la tutora para comprender más en profundidad lo que se iba viviendo. En este recorrido la creatividad también tuvo un lugar importante ya que se pudo encontrar modos singulares de acompañar, preguntar o proponer actividades dentro de los recursos posibles del dispositivo.

Por último, también, se consideraron parte de las fortalezas la actitud ética y respetuosa, que guio en todo momento el modo de estar con los pacientes. La capacidad para poder disociar instrumentalmente, es decir, sostener la emoción en el encuentro sin quedar atrapado por ella, pudiendo luego elaborar lo ocurrido desde un lugar profesional, también fue una habilidad con no tardó en llegar.

En los primeros encuentros aparecía el temor a “no saber que decir” o a tomar decisiones que no fueran adecuadas. Con el tiempo esa inseguridad fue disminuyendo, aunque sigue siendo un aspecto a seguir elaborando.

Así como se pudieron reconocer recursos, también la practicante pudo identificar aquellas áreas que aun necesitan ser trabajadas y fortalecidas. Una de ellas fue la inseguridad inicial en la intervención.

Otra debilidad que se pudo observar fue el repertorio limitado de recursos clínicos, algo lógico en una primera experiencia, pero igualmente de reconocer. Hay intervenciones, modos de encuadrar ciertas situaciones o estrategias grupales que se necesitan ampliar y profundizar para tener una posición más sólida.

Otra cuestión a seguir trabajando, fue la capacidad de equilibrar el uso del lenguaje técnico con la necesidad de que sea accesible para los pacientes. Por momentos la practicante sentía

que podía caer en explicaciones demasiado complejas, y en otros, en expresiones demasiado coloquiales. Lograr ese equilibrio sigue siendo un desafío.

Para finalizar, se reconoce como una debilidad, aunque también forma parte de la forma de ser de la practicante, la tendencia a la autoexigencia excesiva. Muchas veces resulta difícil de aceptar que equivocarse, dudar o necesitar más tiempo forma parte del proceso de formación. Aprender a ser más compasiva consigo misma es algo que se sigue trabajando, especialmente en un campo donde la responsabilidad y el compromiso emocional pueden pesar más de lo esperado.

## **Propuestas**

### **Al Hospital Doctora Julieta Lanteri y al servicio de Internación Prolongada**

A partir de la experiencia dentro del dispositivo de internación prolongada, surgieron diversas necesidades que podrían favorecer tanto el funcionamiento institucional, como el bienestar de los pacientes y del personal involucrado.

- Se considera fundamental la incorporación de profesionales de psicología de manera sostenida y estable dentro del servicio. En la actualidad, la ausencia de psicólogos en el área responde, entre otros factores, a las dificultades organizacionales del dispositivo, falta de lineamientos claros, ordenamientos administrativos poco definidos y dinámicas de trabajo que requieren ser revisadas y reorganizadas. Esta situación genera que muchos profesionales opten por no integrarse al área.
- Fortalecer, en este sentido, la estructura interna del dispositivo, generando criterios de funcionamiento más claros y un encuadre institucional que facilite la labor de los psicólogos que se incorporen. Una organización más sólida permitirá que el rol del psicólogo se desarrolle de manera efectiva, brindando continuidad a los procesos

terapéuticos y garantizando una presencia profesional que responda a las necesidades de los pacientes de internación prolongada.

- A su vez, Crear un espacio institucional destinado al cuidado del equipo de salud. La tarea permanente con pacientes crónicos, con historias vitales atravesadas por la vulnerabilidad, y en un entorno que exige sostén emocional continuo, expone a los trabajadores a un desgaste significativo. Un espacio de prevención de la enfermedad laboral, incluyendo supervisión institucional, grupos de reflexión y acompañamiento psicológico al personal, podría favorecer tanto el bienestar emocional de quienes trabajan allí como la calidad del trabajo que realizan.

Estas propuestas no buscan modificar la identidad del servicio, sino fortalecerlo, ofreciendo marcos más claros de trabajo y recursos que permitan mejorar tanto la experiencia de los pacientes como la de los profesionales que intervienen en ese espacio.

### **A la Universidad Católica de Cuyo**

En relación a la formación de futuros psicólogos, se consideran valiosos algunos cambios que podrían ampliar la preparación de los estudiantes para su inserción en el campo laboral.

- Incrementar las oportunidades de prácticas pre profesionales supervisadas a lo largo de la carrera, no solo en los últimos años. Contar con experiencias tempranas posibilitaría que los estudiantes construyan un acercamiento progresivo a la clínica y puedan integrar con mayor profundidad los contenidos teóricos.
- Incorporar seminarios opcionales actualizados, que aborden diversas áreas de la psicología y que permitan a los estudiantes explorar intereses, orientarse profesionalmente y conocer nuevos desarrollos disciplinarios. La oferta de temáticas

variadas podría contribuir a elegir con mayor claridad tanto los futuros espacios de trabajo como los temas de los trabajos finales de carrera.

- Ampliar el acceso a prácticas en distintas áreas, evitando que el estudiante deba elegir únicamente dos campos para formarse. La posibilidad de rotar por más dispositivos permitiría adquirir una comprensión más amplia del ejercicio profesional, sobre todo considerando que, al egresar, muchos psicólogos se insertan en ámbitos que no habían elegido previamente durante la formación.
- Sostener el propio análisis. Un espacio personal de trabajo subjetivo no solo fortalece la capacidad de alojar la experiencia del otro, sino que también resguarda la salud mental del futuro profesional, ofreciendo un recurso fundamental en el ejercicio de la práctica clínica.

## **BIBLIOGRAFIA**

- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.<sup>a</sup> ed.; L. J. López-Ibor Aliño, trad.). Editorial Médica Panamericana. (Obra original publicada en 2013).
- American Psychological Association (APA). (2020). Dictionary of Psychology. Definiciones de “Cognitive stimulation”, “Cognitive remediation” y “Cognitive rehabilitation”.
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1989). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass.
- Argentina. (2010). Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Basaglia, F. (1968). La institución negada. Einaudi.
- Basaglia, F. (1971). La condena de ser loco y pobre. Einaudi.
- Cicerone, K. D., et al. (2019). Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 2009 through 2014. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 100(8), 1515–1533.
- Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer’s disease: A review. Neuropsychological Rehabilitation, 14(4), 385–401.
- Foucault, M. (1961). Historia de la locura en la época clásica. Gallimard.

- Goldstein, R., & Godemont, M. (2003). The legend and lessons of Geel, Belgium: A 1500-year-old legend, a 21st-century model. *Community Mental Health Journal*, 39(5), 441–458.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2004). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the “right stuff”? *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 119–136.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2015). *Sinopsis de psiquiatría: Ciencias del comportamiento/Psiquiatría clínica (11.ª ed.)*. Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzer, D. I., McHugo, G. J., & Mueser, K. T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1791–1802.
- Medalia, A., & Choi, J. (2009). Cognitive remediation in schizophrenia. *Neuropsychology Review*, 19(3), 353–364.
- Million, J. (2004). History of psychiatric mental health nursing. En M. Varcarolis (Ed.), *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice (5th ed., pp. 35–58)*. F. A. Davis Company.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013). *Guía de abordaje integral en salud mental y adicciones*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

- Ministerio de Salud de la Nación. (2013). Reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (Decreto 603/2013).

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-603-2013-216422>

- Ministerio de Salud de la Nación. (2019). Lineamientos para la atención integral en salud mental. Estrategias de abordaje en internación y externación. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

- Ministerio de Salud de la Nación. (2019). Lineamientos para la desmanicomialización. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

- Mittelmark, M. B., Bauer, G. F., Vaandrager, L., Pelikan, J. M., Sagy, S., Eriksson, M., Lindström, B., & Meier Magistretti, C. (Eds.). (2022). The Handbook of Salutogenesis (2nd ed.). Springer International Publishing.

- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013–2020. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013–2030. Ginebra: OMS.

- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Servicios de salud mental comunitarios: Modelos de atención y buenas prácticas en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS.

- Rees, J. (1987). A historical perspective of psychiatric treatment. *British Journal of Psychiatry*, 151, 306–307.
- Wilson, B. A. (2009). Rehabilitation of memory: Theoretical and practical implications. *The British Society of Rehabilitation Medicine*.
- Wright, D. (1997). *Mental disability in Victorian England: The Earlswood Asylum, 1847–1901*. Oxford University Press.
- Wykes, T., & Reeder, C. (2005). *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: Theory and practice*. Routledge.

## ANEXOS

### **Entrevista semiestructurada a profesionales del área clínica.**

La presente entrevista fue realizada en el marco del Trabajo Integrador Final, con el objetivo de revelar aportes teórico-clínico y experiencias profesionales.

La misma se llevó a cabo en el mes de noviembre de manera presencial y tuvo una duración aproximada de una hora.

Entrevistadora: Paula Falcón

Entrevistadas: Profesional Licenciada Melisa García, Profesional Doctora Candelaria Aguiar, Profesional Estela Scaffide.

¿En qué fecha ingresó al hospital?

¿Cuál fue el motivo de ingreso en ese momento?

¿Ingresó por iniciativa propia, derivación familiar, judicial o de otra institución?

¿Contaban con información clínica previa al ingreso (diagnósticos, informes, tratamientos previos)?

¿Qué datos tenían disponibles?

¿Hubo informes de instituciones anteriores?

¿Cuáles fueron los síntomas o manifestaciones que presentaba cuando llegó?

¿Cómo describirían su estado general en términos de conducta, ánimo, orientación, autocuidado y vínculo con el entorno?

¿Se observaron conductas de riesgo (autoagresiones, heteroagresiones, fuga, desorganización severa, etc.)?

En base a lo observado, ¿qué diagnóstico inicial se consideró?

¿El diagnóstico que sostienen actualmente se estableció aquí o ya venía desde una institución previa?

¿Qué criterios clínicos o comportamentales fundamentaron ese diagnóstico?

¿Hubo modificaciones diagnósticas a lo largo de su internación?

¿Surgieron dudas o hipótesis diagnósticas surgieron en el equipo?

¿Qué tipo de abordaje terapéutico se implementó: farmacológico, psicológico, psiquiátrico, etc.?

¿Qué tratamientos respondieron mejor?

¿Qué dificultades o limitaciones se presentaron en el acompañamiento?

¿Cómo fue su adherencia a los tratamientos propuestos?

¿Cómo describirían la evolución de la paciente desde su ingreso hasta el momento actual?

¿Se registraron episodios críticos durante la internación?

¿Cómo ha sido su vinculación con el personal y con otros usuarios?

¿Se observan cambios en el área afectiva, conductual, cognitiva o vincular?

¿La familia participa? ¿De qué manera?

¿Hubo entrevistas familiares? ¿Qué información aportaron?

¿Se trabajó la posibilidad de alta o reinserción familiar/comunitaria?

¿Qué factores externos influyeron en su permanencia o en las dificultades para el egreso?

¿Tienen registro del recorrido de ella por otras instituciones?

¿Cuál fue su tránsito por esas instituciones (duración, motivos de ingreso, evolución)?

¿Ya existía en esos centros la hipótesis de cronicidad o surgió aquí?

¿Hubo discontinuidades en el tratamiento que pueden haber incidido en su estado actual?

¿Cuáles fueron los criterios o motivos que llevaron a considerar ella necesitaba una internación prolongada o crónica?

¿Qué alternativas a la internación se evaluaron previamente?

¿Qué obstáculos encontraron para un eventual egreso?

## **Entrevista semiestructurada a la paciente.**

La presente entrevista fue realizada en el marco del Trabajo Integrador Final, con fines exclusivamente académicos, y tuvo como objetivo explorar la vivencia subjetiva de la paciente.

La entrevista se realizó durante el mes de octubre, de manera presencial con duración aproximadamente de una hora.

Se resguarda su identidad de la paciente mediante el uso de un seudónimo, y se han modificado datos personales a fin de preservar su anonimato.

Entrevistadora: Paula Falcón

Entrevistada: Estela

¿Qué fue lo que la llevo al hospital?

¿Recuerda que paso antes de venir?

¿Siente que necesita estar acá? ¿Por qué?

¿Desde cuándo viene sintiéndose así?

¿Fue apareciendo los síntomas de a poco o de manera repentina?

¿Antes recuerda haber vivido algo parecido?

¿Le ha pasado de escuchar voces o ruidos que otros no oyen?

¿Alguna vez vio cosas como sombras o figuras que los demás no podían ver?

¿Hay algo que le preocupe últimamente?

¿En algún momento se siente observada o vigilada o que le hablan?

¿Hay situaciones o personas que le generan desconfianza?

¿Le ha pasado de sentir que sus pensamientos no son suyos o que otros los pueden saber?

¿Cómo se ha venido sintiendo emocionalmente? ¿Tiene momentos de mucha felicidad o tristeza?

¿Siente que sus emociones cambian como si estuviera apagada o más sensible?

¿Cómo puede describir sus días en la institución?

¿Considera que se lleva bien con los demás pacientes y con los profesionales?

¿Qué piensa del tratamiento que está recibiendo?

¿Recuerda como era su vida antes de ingresar al hospital? ¿Con quién vivía?

¿Tiene familia o algún amigo que la acompañe en este proceso?

¿Sabe si hay antecedentes de alguna problemática en su familia?

¿Alguna vez ha consumido alcohol, medicamentos o alguna sustancia?

¿Tuvo enfermedades o tratamientos psiquiátricos previos?

Cuando vivencia ciertas cosas, como que la observan o le hablan, ¿Tiene dudas de si esos hechos pueden ser reales o pueden tener otra explicación?

¿Considera que se encuentra enferma o que necesita ayuda?

