

2017

Percepción de personas con trastorno mental grave acerca de la participación de la red de apoyo social en le tratamiento

Duda, María Guillermina

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/267>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

“Percepción de Personas con Trastorno Mental Grave acerca de la Participación de la Red de Apoyo Social en el Tratamiento”



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA
.....

**TESIS PRESENTADA EN LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD Y TRABAJO SOCIAL
PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIADAS EN
TERAPIA OCUPACIONAL**

POR:

- Duda, María Guillermina
- Florencio, Julieta
- Sieghart, María Paz

Marzo 2017, *Mar Del Plata*

Directora:

Lic. Mastromarino, Mariana

Licenciada en Terapia Ocupacional

Asesora Metodológica:

Lic. Xifra, María Julia

Especialista en Docencia Universitaria

Investigadoras:

Duda, María Guillermina

DNI: 37379867

Florencio, Julieta

DNI: 37399581

Sieghart, María Paz

DNI: 37101291

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Mariana, nuestra directora, y a Julia, nuestra asesora metodológica, por su tiempo, dedicación y valiosos aportes realizados. Agradecemos la compañía, generosidad, confianza y libertad que nos han brindado en todo el proceso de construcción y aprendizaje.

A nuestras familias, padres, hermanos/as, abuelos, tíos, primos y padrinos, por habernos acompañado siempre, por escuchar, aconsejar y estar presentes. Por su paciencia, afecto y por comprender lo preciada que es para nosotras esta carrera.

Agradecemos a nuestros amigos de la infancia, que algunos, más allá de la distancia, nos han apoyado y motivado de manera incondicional. Gracias por su escucha y por estar siempre atentos a cada paso.

A las amistades que nos ha regalado la carrera, que hicieron que este camino sea más fácil, que acompañaron en cada logro y caída, compartiendo el mismo sentimiento y dedicación hacia nuestra profesión...

Guille, Juli y Paz...

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	10
PARTE I: Estado actual de la cuestión	12
PARTE II: Marco Teórico	
Capítulo I: Trastorno Mental Grave.....	22
Capítulo II: Red de Apoyo Social.....	36
Capítulo III: Percepción.....	50
Capítulo IV: Dispositivo de tratamiento ambulatorio: hospital de día.....	58
Capítulo V: Terapia Ocupacional y TMG.....	64
PARTE III:	
Aspectos Metodológicos.....	71
Análisis e interpretación de los datos.....	79
PARTE IV:	
Consideraciones finales.....	111
BIBLIOGRAFÍA	117
ANEXOS	129

INTRODUCCIÓN

El apoyo social, entendido como “la ayuda ya sea emocional, instrumental o de otra índole que se deriva de un determinado entramado social” (Fernández Ballesteros et al, 1992 en Arias, 2009) asume un papel de gran relevancia en la vida de todas las personas. Por consiguiente, ha venido conformándose desde la década del 70 como un campo de investigación de gran interés para diferentes disciplinas como la psicología, el trabajo social, la psiquiatría social, así como de profesionales de la salud pública (Gracia Fuster, 1997).

La red de apoyo social es quien brinda soporte, desempeñando un rol facilitador y vital en el proceso terapéutico, influyendo en el bienestar y salud de cada persona. Conocida entonces la importancia que tiene sobre el desempeño ocupacional, resultó de sumo interés comenzar a investigar acerca de las redes de apoyo social de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) que se encuentran en tratamiento ambulatorio en Hospital de Día Casabierta (Anexo 3). Profundizando sobre la presente temática, se halló como rasgo en común que para el abordaje familiar en la persona con TMG, las fuentes principales para la obtención de información provienen de la red de apoyo social de la misma, los profesionales del equipo interdisciplinario, diversas técnicas de observación participante y no participante y lineamientos teóricos, mientras que la percepción de la persona al respecto no recibe la relevancia que consideramos necesaria por ser el protagonista de su proceso terapéutico.

Como resultado de las consideraciones señaladas anteriormente y,

como futuras Licenciadas en Terapia Ocupacional, se generan múltiples interrogantes al respecto. Considerando que desde la Terapia Ocupacional se trabaja interdisciplinariamente y, a partir de un enfoque holístico e integral, se hace indispensable preguntarnos: ¿se le da el valor que merece a la percepción de la persona con TMG respecto a su red de apoyo social?, ¿es importante tenerla en cuenta a la hora de plantear diferentes intervenciones?

Si bien las personas con TMG a menudo tienen sus facultades de relación afectadas, pudiendo otorgar a las relaciones y a los vínculos con su red de apoyo social un significado diferente (Sánchez, 1995), se propone en esta investigación focalizarse en la importancia de conocer sus percepciones, pensamientos y emociones. Considerando que su autopercepción tendrá un papel relevante en el tratamiento, se entiende que sólo de esta forma el análisis propio de cada red de apoyo social y su correspondiente abordaje será completo (Willard Spackman, 1998) reafirmando, a su vez, la posición de la persona con TMG como activa y modificadora de su propia realidad.

Puesto que existen tantas redes de apoyo como cantidad de personas, la valoración que las mismas tengan de ellas será subjetiva y singular, lo cual implica que puedan surgir, desde una misma realidad, diversas percepciones, debiéndoles otorgar a cada una de ellas, desde nuestro punto de vista, la misma validez e importancia.

Este estudio puede constituirse, entonces, en un aporte al campo de investigación de la Terapia Ocupacional ya que el conocimiento anticipado por parte de los terapeutas ocupacionales acerca de la estructura y de las posibilidades de las redes de apoyo social, permite una planificación de tratamiento específica y posible para cada caso en particular (Arias, C. 2009). Se cree necesario que el terapeuta ocupacional aborde esta temática y la incluya dentro de los objetivos de tratamiento poniendo en práctica diferentes estrategias de intervención orientadas, según cada caso, a favorecer el mantenimiento de las redes de apoyo social, crear nuevas en caso de ser necesario, o generar un cambio en aquellas que resulten dañinas para el bienestar y la evolución de la persona.

A partir de lo expresado, el siguiente estudio se propone explorar y conocer cuál es la percepción que tienen las personas con Trastorno Mental Grave acerca de la participación de su red de apoyo social en el tratamiento en cuanto a contención emocional y acompañamiento en el proceso terapéutico. Sin pretender descartar la validez e importancia de las demás fuentes, sino por el contrario, incluir todas sin limitarse sólo a una de ellas, se busca lograr una intervención lo más completa y eficaz posible, siendo los principales beneficiarios las personas en tratamiento, favoreciendo su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DE LA INTRODUCCIÓN

Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación.

Revista de Psicología da IMED, 1(1), DOI: 10.18256/2175-5027/psico-
imed.v1n1p147-158

Crepeau, E., Cohn, E. y Schell, B. (2005). *Willard & Spackman – Terapia Ocupacional*. Madrid, España: Madrid Médica Panamericana.

Gracia Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*.

Recuperado de

[https://books.google.com.ar/books?id=OyCPgNt1iRsC&printsec=frontcover&dq=%09Gracia+Fuster,+E.+\(1997\).+%E2%80%9CEI+apoyo+social+en+la+intervenci%C3%B3n+comunitaria%E2%80%9D.+Espa%C3%B1a,+Ed.+P+aid%C3%B3s.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwIU0_DZ0IPQAhUPmJAKHeKbA1kQ6AEIJTAC#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ar/books?id=OyCPgNt1iRsC&printsec=frontcover&dq=%09Gracia+Fuster,+E.+(1997).+%E2%80%9CEI+apoyo+social+en+la+intervenci%C3%B3n+comunitaria%E2%80%9D.+Espa%C3%B1a,+Ed.+P+aid%C3%B3s.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwIU0_DZ0IPQAhUPmJAKHeKbA1kQ6AEIJTAC#v=onepage&q&f=false) (acceso 28 de Agosto de 2016).

Sánchez, M. (1995) *Enfermería psiquiátrica y salud mental*. Lérida, España: Franz Vigenar.

TEMA:

Percepción de personas con Trastorno Mental Grave acerca de la participación de la red de apoyo social en el tratamiento.

PROBLEMA:

¿Cuál es la percepción que tienen acerca de la participación de la red de apoyo social en el tratamiento las personas con Trastorno Mental Grave que concurren a Hospital de Día Casabierta en la ciudad de Mar del Plata en diciembre de 2016?

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la percepción que tienen acerca de la participación de la red de apoyo social en el tratamiento las personas con Trastorno Mental Grave que concurren a Hospital de Día Casabierta en la ciudad de Mar del Plata en diciembre de 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar la muestra según, edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, situación laboral y grupo de convivencia.

- Conocer y describir la estructura de la red de apoyo social de las personas con TMG.
- Conocer la percepción que tienen las personas con TMG acerca del apoyo emocional, instrumental e informacional recibido de su red de apoyo social.
- Explorar y describir la percepción que tiene la persona con TMG acerca de la participación de la red de apoyo social en el tratamiento en cuanto a contención emocional y acompañamiento en el proceso terapéutico.

PARTE I

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

En el año 2015, González, comenzó un trabajo de fin de grado de tipo cualitativo, que actualmente sigue en proceso, con el objetivo de reconocer la importancia de incluir la figura del Terapeuta Ocupacional en la atención a las familias en salud mental. Analiza la percepción del familiar de la persona con TMG y del profesional acerca de los programas comunitarios existentes en la provincia de La Coruña, España. Además, busca profundizar el por qué de la escasa participación de las familias en los programas existentes, con la finalidad de diseñar un plan de intervención que incluya a los familiares en el proceso de recuperación. Para alcanzar los objetivos se utilizó una investigación denominada “Investigación Acción Participación (IAP)”, orientada a elaborar acciones para transformar la realidad social de las personas involucradas, considerando a los participantes como actores sociales con voz propia y capacidad de decidir y participar del proceso de investigación. Se utilizaron como técnicas de recolección de datos entrevista semiestructurada y grupo de discusión. En este estudio se destaca a la familia como la red de apoyo principal del usuario, considerando insuficiente cualquier intervención que no la incluya y creyendo necesario que se le proporcionen a la misma las herramientas adecuadas para afrontar su situación. Resalta, además, que las intervenciones de profesionales que colaboran con los familiares hacen que haya una disminución en el número de recaídas mediante la reducción de la expresión emocional, el estrés y la carga familiar.

Por su parte, Casanova-Rodas, et al (2014) realizaron un estudio descriptivo correlacional, transversal, no probabilístico, de participación

secuencial, en dos grupos. El primero compuesto por 72 pacientes ambulatorios diagnosticados con trastorno de salud mental y el segundo por 66 familiares cuidadores. Tuvieron como objetivo determinar los factores de apoyo social y estructural asociados con la percepción de funcionalidad familiar en las personas con trastorno mental y los familiares cuidadores. Se utilizaron tres instrumentos: el Cuestionario MOS, el Cuestionario APGAR-Familiar y el Cuestionario Duke-UNC-11. Los autores concluyen que en la funcionalidad familiar el apoyo social juega un papel importante en aquellos pacientes que padecen problemas mentales, así como en los familiares cuidadores. En los pacientes se observó que a mayor apoyo social perciben mayor funcionalidad familiar. En los familiares el apoyo estructural demostró una mejor percepción de funcionalidad familiar, lo que permite disminuir la probabilidad de recaídas y hospitalización.

En el año 2012, Centeno e Ibáñez realizaron un estudio en la Institución Psicoterapéutica Casabierta. Mediante un enfoque cualitativo investigaron acerca del rol de los hermanos adultos en el cuidado de pacientes con TMG, con la finalidad de explorar y describir cuáles son los cuidados que ofrecen los hermanos adultos a dichos pacientes. El estudio estuvo centrado tanto en los cuidados instrumentales como emocionales y se caracterizó a los hermanos de los pacientes con TMG según aspectos vinculares y socio-demográficos. Si bien la investigación se centra en el rol de los hermanos, toman el concepto de familia vinculándolo también al de TMG, ya que consideran a la misma como una estructura en la cual la alteración de uno de sus componentes modifica y afecta a

los demás, siendo uno de los elementos más importantes en el tratamiento y recuperación de la persona con este diagnóstico. A partir de la recolección de datos a través de una entrevista dirigida realizada a los hermanos, las autoras afirman la importancia y papel destacado del rol que cumplen en el cuidado y atención, influyendo en el desempeño ocupacional de los mismos. Consideran relevante desde el área de Terapia Ocupacional la inclusión de los hermanos en el tratamiento, generando espacios de reflexión e interacción a través de la modalidad de taller grupal.

Asimismo, Ocaña Exposito (2012) en la provincia de La Coruña, España, estudió el papel que desempeñan las familias de personas con enfermedad mental durante el proceso de Terapia Ocupacional, desde un enfoque cuantitativo. Como el desempeño de las actividades tiene lugar en el contexto de la persona, y la familia representa quizá la parte más relevante de ese contexto, asegura que es necesaria su participación y colaboración durante el proceso de Terapia Ocupacional. Se realizaron encuestas específicas dirigidas a los familiares y a terapeutas ocupacionales para explorar y describir el tipo de relación que se establece entre ambos. Se buscó conocer la percepción que tienen los terapeutas ocupacionales sobre el papel que cumplen las familias de personas con enfermedad mental y la percepción que tienen los familiares sobre el papel del terapeuta ocupacional. La mayor parte de éstos considera que la familia desempeña un papel importante y que es fundamental su participación activa durante el proceso de Terapia Ocupacional y el total de los familiares considera

que la asistencia a Terapia Ocupacional genera cambios positivos en el usuario. Al igual que otras investigaciones, resaltan la importancia de considerar a la familia como elemento esencial en el proceso de rehabilitación y en la vida de las personas con enfermedad mental, constituyendo éstas una fuente de continuidad, soporte afectivo, económico y cultural. Concluyen que la relación familia-terapeuta es difícil y está influenciada por múltiples factores y que, aunque el terapeuta ocupacional considera por su formación o experiencia que es necesario incluir a la familia durante el proceso de intervención, los datos apuntan a que en realidad no lo hace.

En el año 2011, en la ciudad de Granada, España, Wagner, et al, realizaron un estudio cualitativo cuyo objetivo consistía en examinar los temas y cuestiones existenciales del cotidiano de personas con esquizofrenia y de sus cuidadores, teniendo en cuenta la percepción tanto de estos últimos como de los portadores. Se trabajó con grupos focales a través de entrevistas abiertas, donde fueron incluidos 146 sujetos con esquizofrenia y 80 cuidadores que provenían de servicios primarios y secundarios de salud de Argentina, Brasil, Chile, España, Inglaterra y Venezuela. Fueron identificadas cuatro cuestiones existenciales omnipresentes en los discursos: la necesidad de realización como persona y de encontrar un sentido en la vida; la necesidad de ser respetado y no sufrir discriminación; el conflicto recurrente de la pérdida de autonomía y la importancia de comprender la enfermedad y de reconocerse como enfermo. Plantean de esta manera, a modo de conclusión, que hace falta desarrollar un nuevo tipo de

cuidado en salud, en el que la consideración por la persona con esquizofrenia y la valoración de su subjetividad sean tan importantes como el tratamiento biológico.

Resaltando la importancia de la participación de la red de apoyo social, De la Revilla, De los Ríos Álvarez y Luna del Castillo (2007) realizaron un estudio transversal de tipo descriptivo. Tuvieron como finalidad investigar variables personales y familiares que intervienen en la aparición de problemas psicosociales (PPS), además de conocer el papel de los acontecimientos vitales estresantes (AVE) y la red y apoyo social en su génesis, y construir un perfil del paciente con PPS a partir de un muestreo sistemático de 314 pacientes. Los autores destacan que ha aumentado el número de investigaciones que han puesto de manifiesto que la red y el apoyo social tienen un efecto protector sobre los procesos de salud y enfermedad. Se realizó una entrevista personal en la que se evaluó en cada caso la red social y el apoyo social, entre otros aspectos. Se utilizó el Cuestionario DukeUNC para medir el apoyo social y además dos preguntas abiertas sobre el número de personas a las que puede solicitar ayuda y la calidad de relaciones que mantiene con ellos, que expresan si el individuo tiene red social y si cuenta con apoyo dentro y fuera del entorno familiar. Concluyen que la acumulación de acontecimientos vitales estresantes, sin contar con suficiente red social y apoyo social favorece la aparición de problemas psicosociales. Además, en lo que respecta al apoyo social, se constata que los pacientes que tienen un buen apoyo presentan menos PPS, posiblemente porque el mismo funciona como un sistema protector.

Guaresti y Lopizzo, en el año 2001 llevaron a cabo un estudio cuantitativo cuyo objetivo consistía en evaluar la implementación de tratamientos familiares desde Terapia Ocupacional con pacientes con patología psiquiátrica e indagar acerca de los alcances del rol del profesional en dichos tratamientos. Se realizaron entrevistas estructuradas a los profesionales tratantes, a cada grupo familiar en forma conjunta y se utilizó además como técnica de recolección de datos la observación participante y no participante del grupo familiar. Su implementación tuvo el objetivo de favorecer la adaptación activa del paciente a su grupo familiar, facilitando conjuntamente su reinserción socio-laboral. Reconocieron que es importante que el terapeuta ocupacional conociera y comprendiera de forma integral cada dinámica familiar, para de este modo identificar y responder a las necesidades singulares de cada familia. Concluyen que la posibilidad de que el grupo familiar participara de este tipo de abordaje fue fundamental para lograr el cambio en el paciente, así como en su grupo familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

Casanova Rodas, L., Rascón Gasca, M., Alcántara Chabelas, H., & Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud mental*, 37(5), 443-448. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2014.052

Centeno, M. e Ibañez, M. (2012). *El rol de los hermanos adultos en el cuidado de pacientes con Trastorno Mental Grave*. Tesis de grado. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

De la Revilla, L., De los Ríos Álvarez A. y Luna del Castillo, J. (2007). Factores que intervienen la producción de los problemas psicosociales. *Atención Primaria*, 39 (6), 305-11. DOI: 10.1157/13106286

Guaresti, M y Lopizzo, S. (2001). *Intervención de terapia ocupacional en tratamientos familiares destinado a pacientes con patología psiquiátrica*. Tesis de grado. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Cs de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Ocaña Exposito, L. (2012). El papel que desempeñan las familias de personas con enfermedad mental durante el proceso de terapia ocupacional en el ámbito sociocomunitario. *TOG (A Coruña)*, 9(15), 18. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original10.pdf> (acceso 14 de Junio de 2016).

Rodríguez González, C. (2015). *La familia en el proceso de recuperación de la persona con Trastorno Mental Grave: una mirada desde la otra perspectiva*. Trabajo de fin de grado. Grado en Terapia Ocupacional. Facultad de Mar del Plata, Buenos Aires de la Salud. Universidad de Coruña, España. Disponible en: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16870/Rodr%C3%ADguezGonz%C3%A1lez_Cristina_TFG_2015.pdf?sequence=2 (acceso 26 de Junio, 2016).

Wagner, L. et al (2011). Cuestiones existenciales en la esquizofrenia: percepción de portadores y cuidadores. *Revista de Saúde Pública da USP, São Paulo, 45(2), 401-408.* DOI: 10.1590/S0034-89102011000200019

PARTE II

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

TRASTORNO MENTAL GRAVE

La salud mental es reconocida por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, promulgada en el mes de Diciembre del año 2010, “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, art. 3, 2010). Es un componente esencial en el bienestar psíquico y social de las personas, fundamental para desarrollarse activa e independientemente en la vida cotidiana así como para integrarse en la sociedad. Los trastornos mentales, implican una pérdida de dicho bienestar, generando grados variables de dificultades personales, laborales o sociales (Centeno & Ibañez, 2012).

La población estudiada en la presente investigación se reduce a personas con TMG, quienes presentan como rasgos particulares una persistencia del trastorno en el tiempo y un grado considerable de disfunción global.

A lo largo de la historia se han dado diferentes definiciones del concepto de TMG, siendo una de las más representativas y que ha adquirido mayor consenso la propuesta en el año 1987 por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH). El mismo lo define como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social” (Grupo de

Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009: 21).

Resulta pertinente tener en cuenta a otros autores que han dado diferentes definiciones del concepto, así como de Trastorno Mental Severo y Trastorno Mental Crónico, que guardan relación compartiendo similares criterios.

Henri-Ey hace referencia al concepto de Enfermedad Mental Crónica, como aquella de carácter permanente pero no irreversible caracterizada por constituir trastornos mentales durables, estables y, a veces progresivos, además de modificar la personalidad del sujeto (Pesce Calo, 2014).

Por otra parte, Virginia Otero (2003) define a los enfermos mentales crónicos como “aquellas personas que sufren ciertos trastornos graves y crónicos que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a tres o más áreas de su vida diaria, como la higiene, el auto cuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, ocio y que dificultan el desarrollo de su autonomía o autosuficiencia económica” (Otero, 2003, en Pesca Calo, 2014: 10).

Pablo Rivero Corte en la Guía Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, señala que “los TMG engloban diversos diagnósticos psiquiátricos con cierta persistencia en el tiempo y que presentan graves dificultades en el funcionamiento personal y social como

consecuencia de la enfermedad, reduciendo la calidad de vida de la persona afectada” (Rivero Corte, 2009: 7).

Asimismo, la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002), menciona algunos elementos en común acerca de la persona con Trastornos Mentales Severos, entre los que se incluyen:

- Mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Dificultades para interactuar socialmente, pérdida de redes sociales de apoyo, que en muchos casos se limitan sólo a su familia y situaciones de aislamiento social.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales.
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y favorece la dependencia económica y marginación.
- Como personas y ciudadanos que son compartidos con el resto de la población problemas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.) Y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a los problemas psiquiátricos y psicosociales propios de este colectivo (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002).

En consecuencia, las personas afrontan diversas dificultades en su desempeño diario, que, en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma social, apoyo, escasez de recursos de atención, etc.), influyen en la posibilidad de riesgo de exclusión social. Entre las principales áreas en las cuales la persona puede presentar dificultades se distinguen:

- Autocuidados: en relación al cuidado de hábitos saludables de higiene, arreglo personal, control de la medicación, y otros aspectos que impactan en la salud de la persona.
- Autonomía personal: relacionado con la capacidad de gestionar satisfactoriamente las diferentes actividades de la vida cotidiana, como el manejo de dinero, la vivienda, dificultades en la utilización del ocio y tiempo libre y dependencia económica.
- Control de la conducta: dificultad en el manejo de situaciones generadoras de estrés.
- Capacidad de tener iniciativas y motivación: por lo cual resulta difícil construir y llevar a cabo proyectos vitales viables, así como involucrarse en proyectos colectivos (Guinea, 2007).

Visto de esta forma, el desempeño y la evolución de las personas con TMG van a estar condicionados por factores ambientales y personales. Los primeros, hacen referencia a las oportunidades a las cuales tiene acceso, la posibilidad de participación en actividades y tratamiento, la pertenencia a determinados grupos sociales, el estilo de vida condicionado por el entorno, así

como otros factores socio-demográficos. Los factores personales se relacionan con los estilos de afrontamiento de la enfermedad y personalidad, educación, experiencias pasadas, circunstancias de su salud o existencia de otras enfermedades concomitantes (Guinea, 2007).

Siguiendo a Gilbert Aguilar, cabe considerar que existen personas con características y necesidades muy diferentes, relacionándose éstas a la edad, evolución, síntomas y duración, habiendo así un grado variable de discapacidad, restricción o falta de habilidad para ejecutar una actividad como resultado del déficit o deterioro (Gilbert Aguilar, 2003).

A partir del recorrido bibliográfico se halló como aspecto relevante la consideración de tres dimensiones para caracterizar a la persona con TMG, propuesta por el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 (NIMH, 1987).

1. **Diagnóstico:** incluye a los trastornos psicóticos, excluyendo los orgánicos, y algunos trastornos de personalidad. La inclusión de estos últimos es aún cuestionada, aunque se podrían clasificar como TMG ya que algunos de ellos cursan con síntomas psicóticos y graves alteraciones conductuales que pueden persistir toda la vida.

De esta manera, se incluirá a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009):

1. Trastornos esquizofrénicos (F20.x)
2. Trastorno esquizotípico (F21)
3. Trastornos delirantes persistentes (F22)
4. Trastornos delirantes inducidos (F24)
5. Trastornos esquizoafectivos (F25)
6. Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)
7. Trastorno bipolar (F31.x)
8. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
9. Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)
10. Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

Todas estas categorías diagnósticas tienen la consideración de psicóticas, entendiendo por tales no sólo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

2. **Duración de la enfermedad y el tratamiento:** superior a 2 años. Este criterio engloba al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y discrimina aquellos casos que, si bien presentan síntomas o diagnósticos de gravedad, todavía no un pronóstico claro, debido al escaso tiempo de evolución.

3. **Presencia de discapacidad:** actualmente es considerada como la disfunción moderada a severa del funcionamiento global, medida a través del GAF (Global Assessment of Functioning, APA, 1987), que indica el nivel de afectación en el desempeño de roles sociales, familiares, laborales y de autocuidado. Suelen presentar déficit en autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en funcionamiento cognitivo.

Sobre lo expuesto, es importante destacar que cada persona se encuentra atravesada por su propia historia, por lo que más allá de compartir ciertos criterios diagnósticos, las necesidades y problemas de las personas con TMG son múltiples y variados, considerando a cada una como única y singular, en función de la interacción diacrónica y sincrónica de múltiples factores familiares, psicológicos, sociales, biológicos que acontecen en su vida.

TRATAMIENTO EN TRASTORNO MENTAL GRAVE

En los últimos años se produjo un cambio de miradas con respecto al tratamiento de las personas con TMG, que fue desde el concepto de “curación” hasta el de “recuperación”, el cual hace referencia al proceso de mejoría de una persona con discapacidad, a partir del mejor uso de sus capacidades actuales dentro de su contexto social. La atención de la enfermedad mental no se reduce ahora sólo a la aminoración de síntomas, sino que debe hacer frente a las diversas necesidades consecuentes. De este modo, la atención de estas personas

exige integrar las intervenciones psicofarmacológicas y psicosociales en una red de salud mental formada por equipos interdisciplinarios (Gallach Solano, 2010).

A su vez, la Ley Nacional de Salud Mental hace hincapié en el derecho de la persona a recibir el tratamiento que menos restrinja sus derechos y libertades, respetando sus decisiones en relación a la atención y el tratamiento, así como la libertad de comunicación y elección de acompañamiento (sea familiares o afectos) antes, durante y luego del tratamiento, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, art. 3, 2010).

Bennet, especialista en el área, afirma que: “El objetivo de la rehabilitación psiquiátrica debe ser facilitar a la persona discapacitada a que haga el mejor uso de su capacidad residual en el mejor contexto social posible” (Watts & Bennet, 1990, en Gilbert Aguilar: 38). En el proceso de tratamiento se busca que la persona con TMG supere o compense sus dificultades psicosociales y de integración social. Se pretende acompañarlos en su desarrollo en la comunidad de la manera más autónoma y digna posible, así como en el desempeño de los diferentes roles y demandas que implican vivir y relacionarse en sus entornos cotidianos.

Desde el modelo comunitario, se hace hincapié en un tratamiento integral que responda a todas las necesidades de la persona: sanitarias, educativas, sociales y laborales. Se tiene como objetivo general mejorar la calidad, la equidad y garantizar la continuidad de cuidados a lo largo de las distintas fases

del proceso de enfermedad, adaptándose a las distintas etapas de la vida (Gilbert Aguilar, 2003).

Por esta razón, la rehabilitación psicosocial ha venido configurándose como un campo de intervención de creciente importancia e interés. La misma es definida por la Asociación Española de Neuropsiquiatría como un “conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan a las intervenciones farmacológicas y de manejo de los síntomas, se orientan fundamentalmente a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de esquizofrenia, así como de otras enfermedades mentales graves y crónicas” (Gilbert Aguilar, 2003: 38). Este modelo se centra en tres pilares básicos: la rehabilitación, la intervención familiar y el trabajo comunitario. Esto implica:

- Orientación hacia la persona: la persona constituye el eje central del proceso de recuperación, es por eso que el diseño de los programas de intervención y las instituciones deben estar orientados hacia ella, sin dejar de lado las intervenciones psicosociales, sobre su familia y entorno.
- Participación personal: implica la participación en forma activa de la persona y su familia en el proceso de recuperación.
- Autodeterminación y posibilidad de elección: es la propia persona la que toma las decisiones durante su proceso de recuperación, siempre guiado por profesionales.

- Potencial para crecer: es importante transmitir una perspectiva optimista del proceso de recuperación.

El trastorno mental, de este modo, supone significativos cambios tanto en la vida personal como en el entorno, en especial el familiar, generándose así un quiebre en las expectativas de los mismos. Es por eso que la recuperación busca retomar estas expectativas de vida superando los cambios a partir de diferentes intervenciones, y teniendo en cuenta, desde una concepción integradora, la vida, los intereses y las motivaciones de la persona más allá de la eficacia de las intervenciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Centeno, M. e Ibañez, M. (2012). *El rol de los hermanos adultos en el cuidado de pacientes con Trastorno Mental Grave*. Tesis de grado. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

CIE-10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (2003). Washington: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf. (acceso 30 de Junio de 2016).

Gallach Solano, E. (2010). *Abordaje psicosocial de personas con enfermedad mental severa. De la cronicidad a la recuperación*. Recuperado de https://books.google.com.ar/books?id=IxlyQ_kGqa4C&pg=PA11&dq=Abordaje+psicosocial+de+personas+con+enfermedad+mental+severa.+De+la+cronicidad+a+la+recuperaci%C3%B3n.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwje8-XWylPQAhXGGpAKHWtTDFgQ6AEIGjAA#v=onepage&q&f=false (acceso 28 de Agosto de 2016).

Gilbert Aguilar, C. (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del Trastorno Mental Severo*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, España. Recuperado de:

http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf
(acceso 3 de Julio de 2016).

Guaresti, M y Lopizzo, S. (2001). *Intervención de terapia ocupacional en tratamientos familiares destinado a pacientes con patología psiquiátrica*. Tesis de grado. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Guía de Practica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; (2009). Nº 2007/05. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICs_compl.pdf (acceso 10 de Julio de 2016).

Guinea, R. (2007). *Modelo de atención a las personas con Enfermedad Mental Grave*. Colección Documentos Serie Documentos Técnicos. Recuperado de: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenenfermental.pdf> (acceso 3 de Julio de 2016).

Ley Nacional de Salud Mental Nº 26657 (2010). Publicada en el boletín oficial Nº 32041, el 3 de Diciembre de 2010.

National Institute of Mental Health (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC, Estados Unidos: NIMH.

Pesce, C. (2014). *Importancia de la rehabilitación psicosocial con pacientes psicóticos*. Trabajo final de grado. Licenciatura en psicología. Facultad de psicología. Universidad de la República, Uruguay. Recuperado de: [http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/Trabajo%20final%20de%20grado.%20Carla%20Pesce%20\(1\).docx](http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/Trabajo%20final%20de%20grado.%20Carla%20Pesce%20(1).docx) . (acceso 15 de Julio de 2016).

CAPÍTULO II

RED DE APOYO SOCIAL

El interés sobre el apoyo social “tuvo desde sus orígenes una fuerte tradición antropológica y se centró fundamentalmente en el estudio de aquellos que se encontraban en desventaja social o que sufrían diversas prácticas de discriminación. Entre ellos podemos mencionar los trabajos realizados con migrantes, sectores populares, desocupados, madres solteras, personas con discapacidades, enfermos mentales y crónicos, adictos y adultos mayores” (Gracia Fuster, 1997, en Arias, 2009: 149).

Desde la epidemiología, a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, se comprobó que el aislamiento y la desintegración social traen aparejadas consecuencias negativas sobre la salud y ajuste social (Durkheim, 1897/1951; Simmel, 1902; Thomas y Znaniecki, 1920; Mc-Kenzie, 1926; Park y Burgess, 1926; Faris y Dunham, 1939). A partir de estudios sobre el estrés, se constató la influencia del mismo sobre el desarrollo de la enfermedad, y cómo las diferentes maneras de sobrellevarla y la existencia de vínculos sociales actúan como factores protectores (Hinkle y Wolff, 1958; Lazarus, 1966). Por otra parte, desde el ámbito de la psicología comunitaria, se puso énfasis en las características del entorno social de la persona como influyentes en el desarrollo de recursos y estrategias de afrontamiento (Barker, 1968; Sarason, 1974) (Gracia Fuster, 1997).

Es entonces como, a mediados de la década del 70, surge el apoyo social como un nuevo campo de investigación e intervención. A partir de la realización de diversos estudios experimentales, tanto con animales como humanos, científicos y profesionales de distintas disciplinas (Cassel, 1974, Caplan,

1974 y Cobb, 1976) llegaron, finalmente, a la conclusión de que el apoyo social actúa como “protector de la salud”, previniendo y reduciendo las consecuencias negativas, físicas y psicológicas de los sucesos vitales estresantes (Gracia Fuster, 1997).

Desde entonces, “la influencia del apoyo social en la salud y el ajuste psicológico y social ha despertado el interés de disciplinas como la psicología, la epidemiología, el trabajo social, la sociología o la psiquiatría social, así como de profesionales y responsables de la salud pública y de la intervención social, produciéndose una convergencia de ideas, resultados de investigación y nuevas formas de entender la provisión de ayuda que son indicativas de la importancia que ha adquirido este constructo” (Gracia Fuster, 1997: 22).

REVISION DE CONCEPTOS

Kathleen (1984) considera la red social como un conjunto de relaciones humanas que tiene un impacto duradero en la vida de cualquier persona. Desde esta perspectiva, la red está conformada por los sujetos significativos cercanos al individuo y constituye el ambiente social primario en que éste se desenvuelve. En este sentido, la componen los miembros de la familia nuclear, los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo y los conocidos de la comunidad (Kathleen, 1984 en Orozco, Abello Llanos & Sierra García , 2003). Es decir que la red social

no se restringe únicamente a los lazos familiares biológicos, sino que también incluye aquellos vínculos no biológicos que brindan diferentes formas de apoyo.

A lo largo de la vida de una persona estas redes atraviesan diferentes momentos, con etapas o periodos de expansión, estabilización y/o reducción. Por lo tanto, no se las puede considerar estáticas, sino que actúan como sistemas abiertos en permanente construcción y reconstrucción (Dabas, 1993; Sluzki, 1996). En el proceso de constitución de esta red “intervienen factores individuales, como la capacidad de iniciativa, o rasgos de personalidad, como la introversión o extroversión. También influyen de manera decisiva factores culturales o étnicos” (Bravo Ortiz, 1999). Cada persona, a partir de su juicio, valores, afectos y emociones, construirá su propia representación de la red.

Es importante distinguir el concepto de red social del término apoyo social, ya que si bien los mismos guardan relación, presentan diferencias significativas. El primero hace referencia a la dimensión estructural de los vínculos de la persona con los demás, mientras que el segundo representa el soporte ofrecido hacia la persona, a través de conductas y acciones, por parte de los integrantes de dicha red (Mitchell, 1969, Maddison & Walker, 1967, en Pedro, Rocha & Nascimento, 2008).

De este modo, el concepto de “red social” abarca el conjunto de relaciones sociales, mientras que el concepto “red de apoyo social” es más restringido, haciendo referencia al subconjunto de esas relaciones que brindan

apoyo (Gracia Fuster, 1997). Se entiende así, que la existencia de redes sociales no necesariamente implica la provisión de apoyo.

Según Gracia Fuster “el aspecto importante de las redes de apoyo es que son personas emocionalmente significativas para el individuo y son quienes potencialmente brindan el apoyo social. Es decir, estas redes sociales cumplen la función de proveer el apoyo social, el cual genera herramientas necesarias para la persona dentro de su contexto cotidiano” (Gracia Fuster, 1997, en Orcasita Pineda & Uribe Rodríguez, 2010: 70), cumpliendo así un papel primordial en el desarrollo del bienestar de la persona.

Caplan (1974) distingue dos tipos de apoyo, ambos fundamentales para la persona. Por un lado, el *apoyo social objetivo* relacionado con los recursos reales, es decir, la cantidad de soporte que la persona ha recibido en un periodo de tiempo determinado; y por otro, el *apoyo social percibido* que hace referencia a una dimensión subjetiva, a partir de la valoración que hace el individuo del apoyo recibido y sus fuentes en cuanto a la satisfacción y adecuación a sus necesidades. Barrón considera que “ambos tipos de apoyo deben ser evaluados separadamente, pues ocurre con frecuencia que algunos sujetos se sienten apoyados aunque no reciban apoyo o en forma contraria, no perciben el apoyo aunque lo reciban” (Caplan, 1974 y Barrón, 1996, en Orcasita Pineda & Uribe Rodríguez, 2010).

Además de los vínculos más cercanos e íntimos del individuo considerados como fuente de apoyo, existe un nivel más externo y general, que según Lin (1986) abarca las relaciones que se establecen con la comunidad, que reflejan la integración, participación e identificación de la persona en la sociedad, generando un sentido de pertenencia en la misma. Constituyen así un apoyo formal complementario, del cual forman parte los diferentes servicios y programas, tanto públicos como privados, ofrecidos por la comunidad (Lin 1986, en Gracia Fuster, 1997).

Gracia Fuster (1997), expone que “existe un amplio acuerdo entre los investigadores en distinguir al menos tres funciones fundamentales del apoyo social: el apoyo emocional, el apoyo instrumental (también denominado apoyo material, tangible o ayuda práctica) y el apoyo informacional (que incluye además el consejo, orientación o guía)” (Gracia Fuster, 1997: 24).

El *apoyo emocional*, en términos de expresiones de afecto, empatía y respeto, genera en la persona sentimientos de confianza, seguridad y autoestima. El *apoyo instrumental* constituye la ayuda tangible y material, es decir, el apoyo financiero, tiempo dedicado y disponibilidad de recursos, bienes y servicios. Finalmente, el *apoyo informacional* implica la participación de la red en cuanto aconsejar, asesorar, informar o guiar (Bullock, 2004, House, 1981, en Pedro, Rocha S. & Nascimento, 2008).

Por otra parte, según Sluzki (1996), la red de apoyo social puede evaluarse a partir de características estructurales, funcionalidad y atributos de los vínculos que la componen.

Con respecto a las *características estructurales* destaca el “tamaño de la red” (número de personas que la conforman, con las cuales se tiene contacto social), la “densidad” (grado de interrelación entre los miembros), la “distribución” (ubicación de las relaciones en los cuadrantes y círculos del “mapa de red”), la “dispersión” (distancia espacial, en término geográfico, entre los miembros), y la “homogeneidad o heterogeneidad” (similitud o diferencia de características sociales, culturales y demográficas entre los miembros de la red).

En relación a las *características funcionales*, referidas a la calidad del apoyo social destacando la valoración subjetiva y disponibilidad de éste, incluye la “compañía social”, el “apoyo emocional”, la “guía cognitiva y consejos” y la “ayuda material, de servicios y acceso a nuevos contactos”.

Por último, los *atributos de los vínculos* aluden a las “funciones prevalecientes” de los mismos, su “multidimensionalidad” (cantidad de funciones que cumple), “reciprocidad”, “intimidad”, “frecuencia de los contactos” e “historia”. (Sluzki, 1996, en Arias, 2009).

RED DE APOYO SOCIAL EN TRASTORNOS CRÓNICOS

En los últimos años se ha destacado, dentro del área de salud mental, la importancia de los factores psicosociales como determinantes para la salud,

umentando así, el interés por el estudio acerca del impacto que tiene el apoyo social sobre la salud y enfermedad de las personas (Barrón, 1996; Méndez & Barra, 2008, en Orcasita Pineda & Uribe Rodríguez, 2010).

“Existe una amplia evidencia de que una red social personal estable, sensible, activa y confiable es salutogénica, es decir, protege a la persona de las enfermedades, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida” (Sluzki, 1996: 114). Si bien, el apoyo brindado por la red social puede no ser permanente, la persona suele disponer de este frente a situaciones de conflicto, favoreciendo el desarrollo de soluciones creativas (Arias, 2009).

“El apoyo social reduce las consecuencias negativas que la enfermedad produce tanto al paciente como a sus cuidadores, observándose menor riesgo de recaídas, específicamente cuando se tienen mayores habilidades sociales, por consiguiente, hay una disminución en la frecuencia de las hospitalizaciones, estabilidad sintomatológica y emocional, y por ende, calidad de vida favorable” (Lin, 1977, Culter, Tatum & Shore, 1987 en Casanova-Rodas, 2014: 444).

Dozier, Harris & Bergman (1987), a través investigaciones epidemiológicas, han demostrado que existe mayor recaída de esquizofrenia en personas socialmente más aisladas, evidenciando así, la correlación existente entre una escasa red social y enfermedad.

Según Sluzki, la red de apoyo social actúa como un sistema de “retroalimentación cotidiana”, favoreciendo la aparición de comportamientos

correctivos y de actividades personales que se asocian a la sobrevivencia como por ejemplo, hábitos saludables de sueño, adhesión a régimen medicamentoso y a cuidados de la salud en general (Sluzki, 1996). Si bien una red de apoyo social cumple con estas funciones tan importantes, al mismo tiempo, puede ser una fuente de demanda y generadora de estrés a través de presiones, actitudes y opiniones hacia la persona.

Aquellas personas que posean y perciban su red de apoyo social como favorecedora, tendrán más herramientas de afrontamiento ante situaciones conflictivas, mayor autoestima, autoconfianza, control personal y bienestar subjetivo, siendo importantes recursos para poder adaptarse adecuadamente a las exigencias medioambientales (Palomar, & Cienfuegos, 2007, en Orcasita Pineda & Uribe Rodríguez, 2010).

Así como la red de apoyo social cumple un rol activo en el proceso terapéutico de la persona con algún tipo de trastorno, ya sea físico y/o mental, la presencia del mismo afectará en diferente medida y en diversos aspectos al funcionamiento de la misma. Se podrán ver reflejadas alteraciones en la esfera emocional, física y/o socioeconómica, dificultades para mantener la independencia, y restricción de actividades y contactos sociales (Calvo Botella, 2007).

Se ha destacado entonces, que las enfermedades, principalmente las crónicas, tienden a afectar negativamente a la red social. Según Sluzki “existe

evidencia de que la presencia de enfermedad en un miembro deteriora la calidad de su interacción social y, a la larga, del tamaño (el número de habitantes accesibles) de su red social” (Sluzki, 1996: 114).

“Toda red posee cierta inercia. La enfermedad tiende a debilitar al enfermo y como consecuencia, el sujeto reduce su iniciativa de actividad en la red, lo que es, a la larga, suficiente para reducir la participación de los otros, cosa que desvitaliza el intercambio interpersonal, en una suerte de círculo vicioso. La presencia de una enfermedad crónica en una persona reducirá su red social, contribuyendo al círculo vicioso enfermedad-declinación de la red” (Sluzki, 1996: 120).

Es así como “la evidencia nos demuestra que existe una relación positiva entre apoyo social y bienestar individual; relación que deriva tanto del apoyo real recibido como del percibido” (Barrón, 1996, en Galindo Villora, 2011).

Partiendo de los supuestos anteriores, y a modo de síntesis, se resalta el valor que tiene la presencia de una red de apoyo social estable y activa en la vida de la persona con un trastorno crónico. Esta red será, entonces, emocionalmente significativa para la persona y favorecerá la generación en ella de herramientas necesarias para afrontar situaciones conflictivas y desempeñarse lo más exitosamente posible en su vida cotidiana. Cumplirá un papel fundamental para su bienestar, brindando diferentes tipos de apoyo, ya sea ofreciendo afecto, compañía social, consejos, así como la provisión de recursos materiales, entre

otros. Se destaca, a su vez, la importancia que tiene no sólo la presencia de una red de apoyo social, sino también la percepción que la persona tiene de la misma, su satisfacción para con ella y la existencia de relaciones afectivas recíprocas, considerándosela un elemento clave para su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abello, R. & Madariaga, C. (1999). Las redes sociales ¿para qué?. *Psicología desde el Caribe*, 2 (3), 116-135. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/754/413> (acceso 29 de Julio de 2016).
- Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, 1(1), DOI: 10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n1p147-158
- Bravo Ortiz, M. (1999). *Redes sociales y evolución de la esquizofrenia*. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: http://www.sie.es/crl/archivo_pdf/redes%20sociales%20y%20evolucion%20de%20la%20esquizofrenia.pdf (acceso 25 de Julio de 2016).
- Calvo Botella, H (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia Salud y drogas. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 7(1), 45-56. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83970104.pdf> (acceso 20 de Julio de 2016).
- Casanova Rodas, L., Rascón Gasca, M., Alcántara Chabelas, H., & Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud mental*, 37(5), 443-448. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2014.052

Galindo Villora, B. (2011). *Satisfacción y apoyo social familiar en una muestra de personas con Trastorno Mental Grave*. Trabajo de investigación fin de grado de Trabajo Social. Universidad de Castilla, La Mancha. Recuperado de: <http://www.uclm.es/bits/archivos/trabajos/BEATRIZ%20V%20C3%8DLLORA%20GALINDO.pdf> (acceso 18 de Agosto de 2016).

Gracia Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Recuperado de: [https://books.google.com.ar/books?id=OyCPgNt1iRsC&printsec=frontcover&dq=%09Gracia+Fuster,+E.+\(1997\).+%E2%80%9CEI+apoyo+social+en+la+intervenci%C3%B3n+comunitaria%E2%80%9D.+Espa%C3%B1a,+Ed.+Paid%C3%B3s.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwIU0_DZ0IPQAhUPmJAKHeKbA1kQ6AEIJTAC#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ar/books?id=OyCPgNt1iRsC&printsec=frontcover&dq=%09Gracia+Fuster,+E.+(1997).+%E2%80%9CEI+apoyo+social+en+la+intervenci%C3%B3n+comunitaria%E2%80%9D.+Espa%C3%B1a,+Ed.+Paid%C3%B3s.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwIU0_DZ0IPQAhUPmJAKHeKbA1kQ6AEIJTAC#v=onepage&q&f=false) (acceso 28 de Agosto de 2016).

Martínez, F., et al (2000). Redes sociales de personas con esquizofrenia. *Cuadernos De Trabajo Social*, 13, 299-322. España. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=119512> (acceso 2 de Septiembre de 2016).

Navarro Bayón, D., GarcíaHeras Delgado, S., Carrasco Ramírez, O. y Casas Toral, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Psychosocial Intervention*, 17(3), 321-336. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008003300008&lng=es&tlng=es (acceso 15 de Septiembre de 2016).

Orcasita Pineda, L. Teresa, & Uribe Rodríguez, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 4(2), 69-82. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862010000200007&lng=en&tlng=es (acceso 29 de Septiembre de 2016).

Orozco, C., Abello Llanos, R. y Sierra García, O. (2003). *Redes sociales: infancia, familia y comunidad*. Recuperado de: https://books.google.com.ar/books/about/Redes_sociales.html?id=pfk1vY_IIIAC&redir_esc=y (acceso 29 de Septiembre de 2016).

Pedro ICS, Rocha S., Nascimento LC. (2008). Red y apoyo social en enfermería familiar: revisión de conceptos. *Revista Latino-americana de Enfermería* 16(2). DOI: 10.1590/S0104-11692008000200024 .

Sluzki, C. (1996). *La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica*. Buenos Aires, Argentina/Barcelona, España: Gedisa.

Vega Angarita, O.M., & González Escobar, D.S.. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 16. DOI: 10.4321/S1695-61412009000200021

CAPÍTULO III

PERCEPCIÓN

El concepto de percepción ha sido objeto de estudio de diferentes disciplinas, por lo que no presenta un único significado. Se considera necesario hacer un breve recorrido por algunos de estos campos, para luego destacar aspectos del concepto, que se suponen centrales en este estudio.

Siguiendo la rama filosófica, Kant plantea que “percepción es la conciencia empírica, es decir, una conciencia en la cual al mismo tiempo hay sensación” (Kant, 1787: 96). El autor considera a la sensación como el contenido al que la percepción da forma, mediante las intuiciones del espacio y del tiempo.

Dentro de este mismo enfoque, Merleau-Ponty considera a la percepción como “un proceso parcial, porque el observador no percibe las cosas en su totalidad, dado que las situaciones y perspectivas en las que se tienen las sensaciones son variables y lo que se obtiene es sólo un aspecto de los objetos en un momento determinado” (Merleau – Ponty, 1975, en Vargas, 1994: 49).

Por otra parte desde el campo de la psicología, se define a la percepción como “el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización” (Vargas, 1994: 48).

Dentro de ese marco, se considera que la elaboración de juicios es un concepto fundamental, planteándose como una serie de procesos en permanente

interacción, teniendo el sujeto un papel activo en la elaboración de las percepciones propias de cada grupo social (Vargas, 1994).

No obstante, Allport considera que la percepción es “la captación de las complejas circunstancias ambientales como la de cada uno de los objetos. Si bien, algunos psicólogos se inclinan por asignar a esta última consideración a la cognición más que a la percepción, ambos procesos se hallan tan íntimamente relacionados que casi no es factible, sobre todo desde el punto de vista de la teoría, considerarlos aisladamente uno del otro” (Allport, 1974, en Vargas, 1994: 48).

Asimismo, desde un punto de vista antropológico “la percepción es entendida como la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, que tienen como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para la producción de símbolos. A través de la vivencia, la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos, contruidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad” (Vargas, 1994: 50).

Desde este enfoque, la percepción es considerada biocultural y entendida como la apropiación subjetiva de la realidad, ya que la misma toma significado a partir de pautas culturales e ideológicas aprendidas desde la infancia.

El grupo de socialización de la persona, su cultura de pertenencia y clase social son factores que condicionan su construcción. El reconocimiento de experiencias cotidianas permite evocar conocimientos adquiridos previamente y compararlos con nuevas experiencias, explicando y entendiendo así su propia realidad (Vargas, 1994).

“En la cotidianidad se suele pensar que lo percibido corresponde exactamente con los objetos o eventos de la realidad y pocas veces se piensa que las cosas pueden ser percibidas de otra manera, porque se parte de la evidencia, raras veces cuestionada, de que lo percibido del entorno es el entorno mismo y ni siquiera se piensa que las percepciones sean sólo una representación parcial de dicho entorno, pues lo que se presenta como evidente sólo lo es dentro de un cierto contexto físico, cultural e ideológico. En este sentido, la percepción es simultáneamente fuente y producto de las evidencias, pues las experiencias perceptuales proporcionan la vivencia para la construcción de las evidencias; al mismo tiempo, son confrontadas con el aprendizaje social donde los modelos ideológicos tienen un papel importante en la construcción de elementos interpretativos que se conciben como la constatación de la realidad del ambiente” (Vargas, 1994:50).

De igual manera, la Psicología Social también ha profundizado sobre el concepto, convirtiendo a la Percepción Social en su objeto de estudio, y definiéndola como “el proceso mental por el cual el ser humano recibe, selecciona,

transforma y organiza la información del exterior para crear conocimiento” (Leyens & Codol, 1993, en Molina Saorín, Nunes Corredeira, & Vallejo Ruiz, 2012: 952).

En un principio, el término de Percepción Social estuvo vinculado a la influencia de los factores sociales y culturales en la percepción, es decir cómo el medio social la afecta. No obstante, con el paso del tiempo tomaron importancia la formación de impresiones, el reconocimiento de las emociones, en otras palabras, la percepción que el individuo tiene de su medio físico y social (Arias Castilla, 2007).

Desde esta teoría “percibir consiste básicamente en formular hipótesis y tomar decisiones, dicho proceso está determinado por necesidades, valores sociales, aprendizajes y en general por las características permanentes y temporales de los individuos” (Morales, 1999, en Arias Castilla, 2007: 20).

Haciendo referencia al concepto, Araya Umaña considera a la percepción social como “producciones mentales de tipo social, que cumplen funciones pragmático-sociales, orientando la interpretación-construcción de la realidad y guiando tanto las conductas como las relaciones sociales” (Araya Umaña, 2002: 42).

Desde las afirmaciones anteriores, se consideran como aspectos centrales del concepto los siguientes:

- La percepción, entendida como el reconocimiento que el individuo hace de las personas y de su entorno, un conjunto de atribuciones y juicios sobre ellas;
- Estas atribuciones, a su vez, tienen un carácter subjetivo y singular que va a estar determinado por la propia experiencia, valores, creencias, entornos sociales y realidades vivenciadas desde la primera infancia;
- Este carácter subjetivo implica que de una misma realidad puedan surgir diferentes percepciones, sin ser erróneas o correctas, teniendo cada una de ellas el misma validez e importancia;
- No tiene un carácter estático, sino que es un proceso dinámico que varía a partir de la sumatoria de nuevas experiencias.

A modo de síntesis, Tauil expresa que “el modo de definir la realidad condiciona nuestros comportamientos y nuestros modos de pensar. Pensamos dentro de un contexto particular, y podemos ser nosotros u otros los que definen ese contexto. Por ende y, en consecuencia, podemos hacer algo para cambiarla si fuera necesario o conveniente” (Tauil, 2009: 82).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Álvarez Gómez M, M Correa, Uribe Ríos M. (2009). Percepciones Sociales Frente a la Comunicación del Tratamiento y Apoyo Recibido por La Población habitante de la calle con la tuberculosis. *Medicina UPB*, 20, 22-32. Recuperado de: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/101> (acceso 9 de Julio de 2016).

Araya Umaña, S (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Cuaderno de Ciencias Sociales*, 127. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. San José, Costa Rica. Recuperado de: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ICAP/UNPAN027076.pdf> (acceso 12 de Julio de 2016).

Arias Castilla, C. (2007). Enfoques teóricos de la percepción que tienen las personas. *Colombia Horizontes Pedagógicos*, 8, 9-22. Recuperado de : revistas.iberamericana.edu.co/index.php/rhpedagogicos/article/download/590/549 (acceso 18 de Julio de 2016).

Dipaolo, N. y Gullo, L. (2013). *Percepción de Violencia en Adolescentes Una perspectiva desde Terapia Ocupacional en Promoción de la Salud*. Tesis de grado. Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de

la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Kant (1970). *Critica de la Razón Pura*. Recuperado de https://books.google.com.ar/books?id=_OiA_170g_cC&printsec=frontcover&dq=Critica+de+la+Raz%C3%B3n+Pura&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj78YKz1IPQAhVEj5AKHct7DU0Q6AEIGjAA#v=onepage&q=Critica%20de%20la%20Raz%C3%B3n%20Pura&f=false (acceso 9 de Julio de 2016).

Molina Saorín, J., Nunes Corredeira, R., Vallejo Ruiz, M. (2012) La percepción social hacia las personas con síndrome de Down: la escala EPSD-1. Educación e Investigación. *Revista de la Facultad de Educación. Universidad de San Pablo*, 38 (4), 949-964. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022012000400011 (acceso 10 de Julio de 2016).

Tauil, Carlos (2009). *Creatividad Deliberada*. Buenos Aires, Argentina: Punto y Coma.

Vargas Melgarejo, L. M. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Revista Alteridades*, 4(8), 47-53. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf> (acceso 11 de Julio de 2016).

CAPÍTULO IV

DISPOSITIVOS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO: HOSPITAL DE DÍA

El Hospital de Día, como dispositivo de tratamiento ambulatorio, se ha convertido en tema de creciente interés en el ámbito de la salud mental, planteándose como una alternativa frente a la institucionalización de la persona con TMG.

En los últimos años, la aparición del Modelo Social como una nueva mirada, considera a las personas con trastorno mental como sujetos plenos de derecho y no como meros objetos de socialización. Visto desde una perspectiva integral, respetándose su voluntad y consentimiento, las personas son consideradas protagonistas de su propia recuperación, determinados por una trama de vínculos significativos internos y externos, emergentes de un contexto histórico y portadores de una ideología propia (Odorizzi, 2004). De este modo y, desde el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la efectividad de las intervenciones requiere la participación de equipos interdisciplinarios, considerando que, si bien los saberes de cada disciplina son diferentes, su complemento es fundamental para el proceso de atención. Es así como a través de una red asistencial compuesta por varios niveles de atención y diferentes dispositivos, dentro del cual se incluye el Hospital de Día, se lleva a cabo la puesta en marcha de una gran variedad de recursos humanos y técnicas terapéuticas adaptadas a las necesidades de la persona con TMG y que contemplan, al mismo tiempo, a la familia y la sociedad (Vásquez Rojas, Goretty Polanía Dussan, & Siglyndy Reyes Riveros, 2012).

De acuerdo con Silvia Destuet, el Hospital de Día es un dispositivo institucional intermedio que funciona durante toda la semana que, si bien es intensivo, tiene la ventaja de que al ser ambulatorio la persona no se aparta de su entorno habitual social y familiar, sirviendo como puente entre la comunidad y la intervención, teniendo como objetivos la “resocialización y rehabilitación” de la persona. La autora menciona que las personas llegan al Hospital de Día a partir de una “demanda social” que hace referencia a lo que la red de apoyo y la sociedad espera o pretende, para luego buscar despejar esta demanda social, dando lugar a que surja una demanda particular, es decir, que el sujeto pueda implicarse en su hacer (Destuet, 1999).

De este modo, en el Hospital de Día se ofrecen las herramientas necesarias para que la persona adquiera y le sirvan como soporte para desempeñarse en su inserción social, laboral y económica. Depende de la calidad del tratamiento su éxito, el cual puede estar orientado a ese ideal social guiado por la razón de la sociedad u orientarse en el sujeto, buscando una resocialización y rehabilitación, pero según lo particular de ese sujeto.

Dejando atrás el enfoque aislado del individuo centrado puntualmente en su patología psiquiátrica, tal como lo propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, y teniendo en cuenta la consideración por parte de la misma de las particularidades de la persona y su interacción con el entorno familiar y social en el aquí y ahora, se propone la implementación de un tratamiento a partir de considerar a la persona como sujeto activo, protagonista de su proceso

terapéutico, teniendo en cuenta la historia que cada persona trae consigo y su red de apoyo social (Auge de Depino, et al, 1993).

Resaltando los derechos y libertad de la persona con trastorno mental, la Dra. Iglesias en una Conferencia sobre la nueva Ley de salud mental en la Institución Casabierta afirma que “La nueva ley pone al sujeto como protagonista. Un sujeto que nunca tuvo voz, que nunca tuvo derecho y que nunca tuvo expresión. Y lo coloca en el lugar central, tanto para el derecho como para el ámbito de la salud. Ahora son sujetos de derecho y no objetos a proteger o sujetos peligrosos a controlar” (Iglesias, 2011 en Maccagno & Vitolo, 2013: 7).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Auge de Depino, M., et al (1993). *El Hostal. Una experiencia de tratamientos sin encierro en psicopatologías graves*. Buenos Aires, Argentina: Psicoterapias Integradas editores.

Destuet, S. (1999). *Terapia Ocupacional. Encuentros y marcas*. Buenos Aires, Argentina: C.O.L.T.O.A.

Maccagno, G. y Vitolo, F. (2013). La Ley Nacional 26.657 de Salud Mental. Comentarios y controversias. *Noble*, 1. Recuperado de: http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/83.pdf (acceso 11 de noviembre de 2016).

Odorizzi, E. 2004. *Criterios de salud mental en un hospital de día: Una historia de vida institucional del hospital de día, del hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos, Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero*. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Argentina. Recuperado de: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.493/te.493.pdf> (acceso 1 de julio de 2016).

Vásquez Rojas, R., Goretty Polanía Dussan, I. y Siglyndy Reyes Riveros, M. (2012). ¿Qué pasó después del cierre de los hospitales de día de psiquiatría para niños y adolescentes?. *Revista de la Facultad de Medicina*,

60(3), 215-220. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100112012000300005&lng=en&tlng=es (acceso 1 de Julio de 2016).

CAPÍTULO V

TERAPIA OCUPACIONAL Y TMG

La intervención en Terapia Ocupacional tiene como objetivo promover la salud, el bienestar y la calidad de vida de la persona, considerándose fundamental la participación de la misma en su proceso terapéutico. El terapeuta ocupacional ofrece los medios para que la persona pueda, implicándose en aquellas actividades y ocupaciones que le son significativas, alcanzar una vida satisfactoria, productiva y autónoma.

En referencia al área de Salud Mental, campo de intervención de la Terapia Ocupacional, el profesional forma parte de un equipo interdisciplinario, articulando múltiples estrategias, visiones y principios de abordaje terapéutico, de igual relevancia y pertinencia. Ejerce acciones graduadas y sistematizadas, promoviendo así, el desarrollo de las capacidades potenciales de cada persona a partir de sus habilidades remanentes (Martijena, 1999 en Eberhard Aguirre & Torrico Mayol, 2013).

Durante el proceso terapéutico se debe considerar la propia visión de la persona, sin tener en cuenta su diagnóstico o reducirlo a clasificaciones o etiquetas. Partiendo de su historia de vida, experiencias, deseos y prioridades, se intenta comprender su realidad para poder intervenir de forma oportuna (Talavera Valverde, 2007). “Cada paciente se nos presenta, si lo escuchamos, con un sinfín de recursos, deseos, ideales que le son propios” (Destuet, 1999: 34). Visto de esta forma “en el vínculo terapéutico debe primar la necesidad del paciente, esto no significa satisfacer de inmediato todas las demandas, sino tener una buena

disposición para escuchar, conocer, tolerar y también limitar” (Paganizzi, et al, 1991: 60).

Es de suma relevancia tener en cuenta, además, la red de apoyo social de la persona y considerarla como un agente terapéutico más. Como se mencionó en apartados anteriores, al hablar del concepto de red de apoyo social se hace referencia tanto a los lazos familiares biológicos como al entorno social habitual que brindan apoyo. Se evidenció que la presencia de una red de apoyo social estable y activa influye en el bienestar y la salud de la persona, por lo que uno de los objetivos del tratamiento en la Terapia Ocupacional es el mantenimiento de dichas redes o la creación de nuevas que desempeñen esa función de apoyo (Barrón, 1992 en Martínez, et al, 2000). “Obviar su implicación en el desarrollo e implementación de los programas de atención, sería ignorar las necesidades para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas” (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009: 144).

Atendiendo a estas consideraciones, el conocimiento anticipado por parte de los terapeutas ocupacionales acerca de la estructura y de las posibilidades de las redes de apoyo social, permite una planificación de tratamiento específica y posible para cada caso en particular (Arias, 2009). De igual manera, “a medida que los terapeutas ocupacionales descubren formas para llegar a conocer a las familias y comprender sus perspectivas, surgen oportunidades para que elaboren experiencias más ricas y más significativas” (Crepeau, Cohn & Schell, 2005: 78).

En este sentido y, teniendo en cuenta que la red de apoyo social es el soporte más cercano de la persona con TMG, se considera importante conocer la visión que la misma tiene sobre ella. A pesar de su relevancia, se destaca el poco interés que se ha tenido a lo largo del tiempo sobre el reconocimiento de los pensamientos, emociones, valores y percepciones de la persona. Existe un claro pasaje desde una visión médico biológica en el tratamiento de la salud hacia una mirada holística e integral que considera a la persona como sujeto activo, pero que aún no logra tomar la relevancia que merece, por lo que se considera fundamental incluir su percepción durante el proceso terapéutico, siendo la subjetividad de la persona tan importante como el tratamiento psicofarmacológico.

A partir de esta mirada holística e integral, y considerando a la persona como un ser único, cada realidad social va a estar marcada por diferentes significados relacionados con las experiencias vividas, entendiéndola por este motivo como una construcción propia y singular. El modo en que la persona vive y percibe la participación de su red de apoyo social condicionará la forma en la que se desempeñe en la realidad social, e influirá en su tratamiento.

Con respecto a lo anteriormente mencionado y, a modo de conclusión, resulta pertinente aclarar que para el análisis de la red de apoyo social y su correspondiente abordaje durante el proceso terapéutico, se deben incluir todas las fuentes de percepción y no restringirse sólo a una de ellas: redes de apoyo social, profesionales del equipo interdisciplinario y de la persona con TMG, de

modo que las mismas se complementen para alcanzar una intervención lo más completa y eficaz posible.

“Ni las percepciones del paciente ni las del profesional son totalmente compatibles con la realidad, lo cual significa conocimientos del mundo libres de sesgos y prejuicios”.

(Crepeau, Cohn & Schell, 2005: 58)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación.

Revista de Psicología da IMED, 1(1), DOI: 10.18256/2175-5027/psico-
imed.v1n1p147-158

Crepeau, E., Cohn, E. y Schell, B. (2005). *Willard & Spackman – Terapia Ocupacional*. 10 edición. Madrid, España: Madrid Médica Panamericana.

Destuet, S. (1999). *Terapia Ocupacional. Encuentros y marcas*. Buenos Aires, Argentina: C.O.L.T.O.A.

Eberhard Aguirre, A. & Torrico Mayol, P. (2013). Terapia Ocupacional en salud mental de corta estadía en clínica de atención privada. *Revista chilena de terapia ocupacional*, 13 (2), 45-55. DOI: 10.5354/0717-5346.2013.30214.

Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; (2009). Nº 2007/05. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICs_compl.pdf (acceso 10 de Julio de 2016).

Martínez, F., et al (2000). Redes sociales de personas con esquizofrenia. *Cuadernos De Trabajo Social*, 13, 299-322. España. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=119512> (acceso 12 de Octubre de 2016).

Paganizzi, L et al (1991). *Terapia Ocupacional: Del hecho al dicho*. Buenos Aires, Argentina: Psicoterapias Integradas Editores.

Talavera Valverde, M. (2007). Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave. *TOG*, 5: 52. Recuperada de : <http://www.revistatog.com/num5/Revision2.htm> (acceso 10 de Octubre de 2016).

PARTE III

ASPECTOS METODOLÓGICOS

ENFOQUE

Se utiliza un enfoque *cualitativo* con el fin de estudiar la realidad en su contexto natural, intentando obtener una comprensión profunda sobre la percepción de la persona con TMG acerca de su red de apoyo social y la participación de la misma en el tratamiento. De este modo, la tarea fundamental del investigador cualitativo es entender el mundo complejo de la experiencia vivencial desde el punto de vista de quienes la experimentan, buscando una comprensión holística y profunda del fenómeno de interés. En el mismo, los individuos estudiados y el investigador se involucran en un proceso interactivo, en el que entra en juego la subjetividad e interesa lo que los mismos dicen o expresan (Salgado Lévano, 2007) (Polit & Hungler, 2000).

DISEÑO

En la investigación cualitativa el diseño es más flexible y abierto, se implementa y se va ajustando a las condiciones del escenario o del ambiente. El presente estudio se basa en un diseño fenomenológico, enfocado en las experiencias individuales subjetivas de los participantes. Se busca conocer cuál es el significado, la estructura y la esencia de la experiencia vivida por una persona respecto a un fenómeno específico, siendo en este la percepción de la persona con TMG acerca de su red de apoyo social y la participación de la misma en el tratamiento. Se pretende así, describir y entender dichos fenómenos desde el punto de vista de cada participante, a través de la utilización de diferentes técnicas de recolección de datos (Salgado Lévano, 2007).

TIPO DE ESTUDIO

Se optó por un diseño *exploratorio descriptivo* debido a que la problemática a estudiar ha sido escasamente explorada y conocida. A la hora de llevar a cabo un análisis de la red de apoyo social y su correspondiente abordaje, no suele considerarse la percepción de la persona con TMG si no que, se recurre a otras fuentes para la obtención de dicha información (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2006).

De este modo, se buscó conocer cuál es la percepción acerca de la participación en el tratamiento que tiene la persona con TMG sobre la red de apoyo social y, a partir de ello, realizar un análisis y descripción profunda de dicho fenómeno.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Personas con Trastorno Mental Grave en tratamiento ambulatorio en Hospital de Día Casabierta en la ciudad de Mar del Plata en diciembre de 2016.

MUESTRA

La muestra quedó conformada por diez (10) personas, de ambos sexos, con diagnóstico de Trastorno Mental Grave que permanecen en tratamiento ambulatorio en Hospital de Día Casabierta en la ciudad de Mar del Plata en diciembre de 2016.

TIPO DE MUESTREO

Se optó por un *muestreo no probabilístico por conveniencia*. Con este último concepto se hace referencia a un método de muestreo que implica el empleo de una muestra integrada por las personas cuya disponibilidad como sujetos de estudio sea más conveniente (Polit & Hungler, 2000).

Con respecto al tamaño de la muestra, en la investigación cualitativa éstas suelen ser pequeñas, aunque no hay criterios ni reglas firmemente establecidas acerca del tamaño de la misma. Ésta debe determinarse con base en las necesidades de información, por ello, uno de los principios que guía el muestreo es la *saturación de datos*, esto es, hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información y se llega a la redundancia (Polit & Hungler, 2000).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> -Personas con TMG compensados psíquicamente; -Estar bajo tratamiento ambulatorio en Hospital de Día Casabierta durante el mes de diciembre del año 2016; -Tener entre veinte (20) y cuarenta y cinco(45) años de edad; - Participar voluntariamente del estudio con la firma del consentimiento informado (Anexo 2) 	<ul style="list-style-type: none"> -Presencia de alteraciones orgánicas.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas cualitativas de recolección de datos buscan llegar al fondo del asunto que se está investigando, poniendo énfasis en descubrir y describir lo peculiar de cada persona. Por este motivo, no se estructura el modo en que se recoge la información, independientemente de la estrategia seleccionada. Dentro de las diferentes técnicas cualitativas de obtención de información mediante entrevista, se opta por la *entrevista en profundidad*, la cual consiste en una entrevista no estructurada, conformada por un conjunto de preguntas abiertas cuyo número y temática no están predeterminadas. Se acompaña de un guión de entrevista con el objetivo de guiar la conversación hacia los temas de interés de la investigación, sin proporcionar formulaciones textuales de preguntas ni sugerir las opciones de respuestas (Anexo 1) (León & Montero, 2004).

La recolección de datos se llevó a cabo a través de:

- Recopilación documental de Historias Clínicas para registrar diagnóstico.
- Entrevista en profundidad a personas con TMG (Se anexa guión). (Anexo 1)

PROCEDIMIENTOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las investigadoras concurren al Hospital de Día Casabierta con el objetivo de contactar a los sujetos sociales, con previa autorización de la Coordinadora General de dicha institución. Se invitó a las personas con TMG a participar voluntariamente de la investigación, brindando información necesaria

acerca de la misma y aclarando dudas emergentes. Se aplicó el consentimiento informado (Anexo 2) mediante el cual se aseguraron que hayan comprendido y aceptado los objetivos y su participación en la investigación.

La entrevista en profundidad se administró en el Hospital de Día Casabierta en forma individual. La estructura de la misma se desarrolló en torno a 3 ejes relevantes para la obtención de información pertinente al tema de investigación (Anexo 1):

1- Características socio demográficas:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Nivel de instrucción
- Situación laboral
- Grupo de convivencia actual

2- Red de apoyo social:

- Estructura de la red
- Apoyo emocional
- Apoyo instrumental
- Apoyo informacional

3- Participación de la red de apoyo social en el tratamiento.

Las entrevistas fueron realizadas en un sólo encuentro, con un tiempo de duración estimado de 90 minutos cada una. Para registrar la información se utilizó un diario para escribir comentarios, notas importantes y datos descriptivos en el transcurso de la misma la cual, además, se grabó mediante grabadora de voz con el objetivo de poder recuperar la información obtenida en el momento para su posterior revisión y análisis.

PLAN DE ANÁLISIS

Se establecieron en la presente investigación ejes de análisis para los diversos temas abordados y, con el fin de agrupar la información obtenida, se construyeron categorías de análisis. A cada entrevista se le asignó un número de caso de forma consecutiva, por ejemplo: Caso 1, mujer, 38 años.

El objetivo fue generar una síntesis expresada en testimonios de los actores sociales para alcanzar la comprensión de la realidad humana de las personas con TMG. La estrategia se orientó a la identificación de pensamientos, emociones y valoraciones de cada persona, buscando generar relaciones que trasciendan lo meramente descriptivo, dando cuenta de la percepción que tiene la persona con TMG acerca de la red de apoyo social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: mcgraw-hill / Interamericana, 4^a Edición.
- León, O. y Montero, I. (2004). *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Orcasita Pineda, L., & Uribe Rodríguez, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 4(2), 69-82. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862010000200007&lng=en&tlng=es (acceso 29 de Septiembre de 2016).
- Pedro ICS, Rocha S., Nascimento LC. (2008). Red y apoyo social en enfermería familiar: revisión de conceptos. *Revista Latino-americana de Enfermería* 16(2). DOI: 10.1590/S0104-11692008000200024 .
- Polit, D. y Hungler, B. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Salgado levano, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liber*, 13 (13), 71-78 . Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&nrm=iso (acceso 04 de Noviembre de 2016).

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Al momento de invitar a los sujetos a participar del estudio se registró disposición desde el inicio por parte de la mayoría de ellos, exceptuando casos aislados que ofrecieron cierta resistencia por lo que, previo a dar inicio, manifestaron la necesidad de hacer ciertas consultas acerca del estudio como su finalidad, confidencialidad de los datos, entre otras. A su vez, se percibió un leve grado de ansiedad y temor de expresarse, principalmente al notar de forma directa la grabadora de voz y al estar la atención focalizada sobre ellos, pero la misma fue cediendo con el pasar de los minutos.

1. EJE: “Características Sociodemográficas”

Nº de Caso	Características Sociodemográficas
Caso N°1, mujer, 21 años.	<p>Mujer de 21 años, que actualmente se encuentra soltera y sin hijos, habiendo tenido pareja únicamente a la edad de 15 años. En cuanto a su nivel de instrucción, realizó el primario y el secundario en forma completa. Se encuentra realizando sus estudios universitarios, los cuales al comienzo de este año se vieron interrumpidos por su situación actual, con proyectos de retomarlos e iniciar una nueva carrera en forma simultánea. En relación a cursos de formación, completó sólo uno, dejando inconclusos el resto.</p> <p>En lo que respecta a su situación laboral actual se</p>

	<p>encuentra desempleada desde hace un año, habiendo trabajado anteriormente en forma independiente en la venta de productos artesanales de elaboración propia.</p> <p>En relación a su grupo de convivencia, desde la niñez hasta la actualidad, vive sólo con sus padres, pero años atrás convivió con sus cuatro hermanos, lo que cambió ya que se encuentran casados y en sus respectivos hogares.</p>
<p>Caso N°2, mujer, 45 años.</p>	<p>Mujer de 45 años, que se encuentra divorciada desde hace diez años. Su matrimonio duró catorce años, habiendo tenido dos hijos, uno de diecisiete años y otra de dieciséis años. En cuanto a su nivel de instrucción, realizó el primario y el secundario en forma completa. Inició una carrera universitaria, la cual no finalizó por problemas de salud de su padre. En relación a cursos de formación realizó dos cursos, con proyecto de iniciar uno nuevo el próximo año.</p> <p>En lo que respecta a su situación laboral actual se encuentra desempleada desde hace diez años, habiendo trabajado anteriormente como empleada en una Universidad por un lapso de diez años y además en un negocio familiar.</p>

	<p>En relación a su grupo de convivencia en la actualidad vive con una compañera del Hospital de Día, desde hace dos años. Antes convivió con sus dos hijos y su ex marido, lo que se modificó luego de la separación.</p>
<p>Caso N°3, mujer, 43 años.</p>	<p>Mujer de 43 años, que actualmente se encuentra en pareja desde hace 4 meses y sin hijos. En cuanto a su nivel de instrucción, realizó el primario y el secundario, finalizando este último de forma tardía. Inició una carrera universitaria, la cual no finalizó por desinterés, refiriendo haberla realizado por imposición de su padre. En relación a cursos de formación, realizó cuatro cursos.</p> <p>En lo que respecta a su situación laboral actual se encuentra desempleada, desde hace menos de cinco años. Habiendo trabajado anteriormente como camarera en un restaurant durante dos años, en un centro de depilación durante dos años, vendiendo ropa en forma independiente durante siete meses y grabando música durante aproximadamente un año y medio.</p> <p>En relación a su grupo de convivencia en la actualidad vive en su propia casa con una compañera del Hospital de Día, convivencia gestionada por los profesionales de la institución desde hace dos años. Anteriormente vivió</p>

	<p>con su madre y padrastro, y por mala convivencia decidió irse a vivir sola.</p>
<p>Caso N°4, mujer, 20 años.</p>	<p>Mujer de 20 años, que actualmente se encuentra soltera y sin hijos, habiendo tenido pareja hasta hace ocho meses durante un lapso de dos años. En cuanto a su nivel de instrucción, realizó el primario y el secundario en forma completa, con proyectos de iniciar sus estudios universitarios el próximo año. En relación a cursos de formación, realizó dos talleres y un curso el cual tuvo que abandonar por su condición de salud. En lo que respecta a su situación laboral actual se encuentra desempleada, desde hace aproximadamente un año. Habiendo trabajado anteriormente por temporada en fotografía, venta de comida casera y café y telemarketer. En relación a su grupo de convivencia en la actualidad vive con su mamá, padrastro y hermano. Teniendo tres hermanos más que viven en otra ciudad y fuera del país. Anteriormente vivió con sus padres, y sólo con su madre un tiempo luego de la separación.</p>
<p>Caso N°5, mujer, 44 años.</p>	<p>Mujer de 44 años, viuda desde hace ya trece años, habiendo estado casada por veinte años. Tuvo otra pareja con quien estuvo sólo dos años. Tiene dos hijas,</p>

	<p>una de cada relación, de diecinueve y once años. En cuanto a su nivel de instrucción, realizó el primario completo y el secundario en forma incompleta, con proyectos de completarlo el próximo año. En relación a cursos de formación, realizó diez años de danzas clásicas con orientación para profesorado.</p> <p>En lo que respecta a su situación laboral actual se encuentra desempleada desde hace catorce años, habiendo trabajado anteriormente desde los diecinueve hasta los treinta años en el área de promociones y eventos. En relación a su grupo de convivencia, en la actualidad vive con su padre y sus dos hijas, habiendo vivido años atrás con su marido, hasta su fallecimiento.</p>
<p>Caso N°6, hombre, 36 años.</p>	<p>Hombre de 36 años, sin hijos, soltero actualmente y sin relaciones previas. En cuanto a su nivel de instrucción, realizó el primario y el secundario de forma completa, e inició una carrera universitaria años atrás, la cual no finalizó por desinterés. En relación a cursos de formación, realizó recientemente uno sobre manipulación de alimentos y cocina. En lo que respecta a su situación laboral actual se encuentra desempleado desde hace diez años, habiendo trabajado anteriormente en el área</p>

	<p>de mantenimiento en un club de deportes. En relación a su grupo de convivencia vive con su madre y su padrastro, habiendo vivido años atrás solo, en la ciudad de Tandil, mientras realizaba sus estudios universitarios. Dicha situación se modificó al volver a Mar del Plata, y por su situación de salud.</p>
<p>Caso N°7, mujer, 27 años.</p>	<p>Mujer de 27 años, que se encuentra soltera desde hace tres años, habiendo tenido sólo una relación formal de seis años de duración con quien tuvo una hija. En cuanto a su nivel de instrucción, realizó el primario y el secundario en forma completa, y se encuentra, actualmente, realizando un profesorado de arte en la Malharro.</p> <p>En lo que respecta a su situación laboral actual se encuentra desempleada desde hace un año, habiendo trabajado anteriormente en un supermercado por un lapso de un año, una panadería por dos años y en el área de fotografía otros dos años.</p> <p>En relación a su grupo de convivencia, en la actualidad, vive con su mamá, su hermano y su hija, viviendo anteriormente con su pareja e hija hasta el momento de la separación, y luego sólo con su hija por unos meses</p>

	<p>hasta el momento de renovación de contrato, lo cual se dificultó por problemas económicos, teniendo que mudarse a lo de su mamá.</p>
<p>Caso N°8, mujer, 21 años.</p>	<p>Mujer de 21 años, que actualmente se encuentra soltera y sin hijos, habiendo tenido pareja hasta hace cuatro meses durante un lapso de 9 meses. En cuanto a su nivel de instrucción, realizó el primario y el secundario en forma completa. En relación a cursos de formación, realizó un curso de repostería, y uno de manipulación de alimentos, el cual no logró completar, pero tiene proyectos de intentarlo de nuevo el próximo año. En lo que respecta a su situación laboral actual se encuentra desempleada desde hace aproximadamente un año. Trabajó anteriormente en el área de limpieza de un camping por un lapso de dos años. En relación a su grupo de convivencia vive en la actualidad, así como siempre, con sus papas, y anteriormente también con su hermana, quien ahora vive con su pareja.</p>
<p>Caso N°9, mujer, 45 años.</p>	<p>Mujer de 45 años, viuda desde hace ya cuatro años, habiendo estado casada por dieciséis años, sin relaciones de pareja desde entonces. Tiene dos hijos, uno de veinticinco años de edad, y una de veintisiete</p>

	<p>años de edad. En cuanto a su nivel de instrucción, realizó el primario completo y el secundario en forma incompleta por decisión de su padre en ese entonces. En relación a cursos de formación, realizó cursos de costura, manicura y de dactilografía.</p> <p>En lo que respecta a su situación laboral actual se encuentra desempleada desde hace cinco años, habiendo trabajado anteriormente bajo dependencia en una bodega y en una papelería. Posteriormente tuvo un restaurante con su marido. En relación a su grupo de convivencia, en la actualidad vive en una institución psiquiátrica. Desde hace seis meses, por su situación actual y decisión de su hija, habiendo vivido anteriormente sola, y hace varios años con su marido e hijos.</p>
<p>Caso N°10, mujer, 38 años.</p>	<p>Mujer de 38 años, divorciada desde hace dos años con quien tuvo dos hijos, actualmente de nueve años de edad y otro de tres años. Se encuentra iniciando una nueva relación en los últimos dos meses. En cuanto a su nivel de instrucción, realizó el primario y el secundario en forma completa. En relación a cursos de formación, no realizó ninguno. En lo que respecta a su situación laboral</p>

	<p>actual se encuentra desempleada desde hace aproximadamente ocho años, comenzando un micro emprendimiento de artículos para fiestas infantiles. Trabajó anteriormente en el área promociones y como playera de estación de servicio por doce años. En relación a su grupo de convivencia vive con sus hijos, y anteriormente también junto con su ex pareja.</p>
--	--

De las diez personas entrevistadas la mayoría fueron de sexo femenino (nueve), habiendo sólo una (1) de sexo masculino.

Con respecto al **estado civil**, cinco (5) de los diez entrevistados refirieron estar solteros, dos (2) divorciados, uno (1) en pareja y dos (2) viudos. Del total, la mitad (5) mencionó tener hijos y la otra mitad (5) no tenerlos.

En cuanto a su **nivel de instrucción**, ocho (8) realizaron el primario y secundario en forma completa y dos en forma incompleta, refiriendo uno (1) de ellos tener planes de finalizar sus estudios.

En relación a la **formación universitaria**, sólo uno (1) especificó estar cursando estudios universitarios, cuatro (4) tenerlos incompletos y cinco (5) no haber realizado ninguno. Además, en lo que concierne a cursos de formación, uno (1) mencionó estar realizando, seis (6) mencionaron haber realizado uno o más cursos de formación completos, dos (2) tenerlos incompletos, y sólo uno (1) no haber realizado.

A cerca de su **situación laboral** el total de la muestra se encuentra desempleada, la mitad (5) de los entrevistados hace menos de cinco años que no trabajan, y la otra mitad (5) hace cinco o más años, no obstante, uno (1) de ellos refirió estar por comenzar un micro emprendimiento.

En cuanto a su **grupo de convivencia**, la mayoría (7) de los sujetos comentó vivir con personas con quienes comparten lazos biológicos, dos (2) vivir con amigas, y una (1) residir en una institución psiquiátrica.

El grupo de convivencia de la totalidad de la muestra varió en los últimos años por diferentes motivos. Tres (3) de los diez casos por cambios en su estado civil, dos (2) por variación de su grupo familiar, dos (2) por cuestiones de salud, dos (2) por conflictos familiares y finalmente un sólo caso (1) por cuestiones económicas.

2. EJE: “Red de Apoyo Social”

2.1 Estructura de la red

Al indagar sobre quiénes formaban parte de su red de apoyo social, seis (6) de los diez entrevistados expresaron que la componen **principalmente familiares**.

“Para mi es mi familia que son mis viejos y mis hermanos, el resto está en Córdoba y los pocos que están acá no me hablan...” (Caso N°1, mujer, 21 años).

“Yo creo que mis familiares, mis padres, mi hermana y cuñado porque son los que más estuvieron” (Caso N°8, mujer, 21 años).

Por su parte, algunos testimonios (3), refirieron que son **principalmente amigos** quienes la componen.

“Mi entorno son mis amistades, no tengo una contención familiar que me ayude a salir adelante...” (Caso N°3, mujer, 43 años).

“Mi amiga la que nunca me abandonó, la que viene a las familiares, una amiga que nunca veo que siempre está ocupada, pero que nunca me dejó de visitar en la clínica...” (Caso N°9, mujer, 45 años).

Finalmente, sólo uno (1) mencionó que la compone **principalmente un integrante del equipo terapéutico**.

“Mi acompañante terapéutica, porque es la única persona incondicional que siempre esta cuando la necesito y que me ayuda muchísimo” (Caso N°2, mujer, 45 años).

A su vez, en relación a la distancia geográfica espacial existente entre los miembros, seis (6) de los entrevistados refirieron que al menos un integrante de la misma **reside fuera de la ciudad de Mar del Plata**. Algunos testimonios fueron los siguientes:

“Sí, algunos en Córdoba, pero mantenemos relación a distancia, es más hace poco viajé, no es que están allá y no están presentes.” (Caso N°1, mujer, 21 años).

“Algunos de mis amigos viven lejos, pero siempre que vienen nos reunimos.” (Caso N°4, mujer, 20 años).

Por otra parte, los cuatro (4) restantes afirmaron que la totalidad **reside en la ciudad de Mar del Plata**.

“No, todos viven en Mar del Plata...” (Caso N°3, mujer, 43 años).

“Toda mi familia está acá en Mar del Plata...” (Caso N°8, mujer, 21 años).

Se preguntó acerca de la frecuencia y tipo de contacto que sostenían con los miembros de su red de apoyo social. Cuatro (4) de los entrevistados reconocieron mantener sólo **contacto personal**, siendo expresado en uno de los casos del siguiente modo:

“Y es más que nada personal, los veo en casa, ellos no usan Whatsapp y esas cosas...” (Caso N°8, mujer, 21 años).

El conjunto restante, conformado por seis (6) sujetos, refirió mantener, además, **contacto virtual** con al menos uno de ellos.

“Con mis familiares de Córdoba que no los veo muy seguido hablo por teléfono o por Facebook...” (Caso N°1, mujer, 21 años).

“...con mi padrastro también, pero a él no lo veo porque esta con un problema de salud. No lo veo hace tiempo, pero hablo por Whatsapp, ayer hable con él [...] con mi sobrino nos vemos por Facebook por video y

charlamos. Y con mi otro sobrino, nos mandamos mensajes de texto, pero muy cortantes.” (Caso N°3, mujer, 43 años).

En relación a la frecuencia, independientemente del tipo de contacto, la mayoría de los entrevistados (7) percibieron mantener un contacto **poco frecuente** con ellos.

“A mi papá lo veo poco, cuando me lo encuentro. Ahora en la actualidad no tengo tanta relación [...] Igual con mis amigos pasamos mucho tiempo sin vernos, pero lo que uno vivió una, las experiencias unen. Aprendí mucho de ellos...” (Caso N°6, hombre, 36 años).

“Una frecuencia no muy seguida porque todos tienen sus obligaciones, y a veces no pueden hacerse un tiempo para mí...” (Caso N°10, mujer, 38 años).

Por el contrario, tres (3) de ellos percibieron mantener un contacto **muy frecuente**, expresándolo de la siguiente manera:

“A mi familia la veo todos los días. [...] A mis amigos los veo los sábados, porque son los únicos días que puedo pero siempre nos armamos un espacio los fines...” (Caso N°8, mujer, 21 años).

“...con mi hijo, aunque vive lejos, hablamos por teléfono todos los días. Vino tres veces desde que se fue, la última vez fue hace tres años que vino para el bautismo de su ahijado...” (Caso N°9, mujer, 45 años)..

Por otra parte, si bien todos los entrevistados manifestaron tener una red de apoyo social, haciendo mención a aquellas personas más cercanas y significativas actualmente, se destaca una diferencia en cuanto a su perdurabilidad (sin contemplar al núcleo familiar biológico). La mitad de ellos (5) expresó que hace **menos de cinco años** forman parte de su entorno social.

“Con mi amiga la que vive conmigo, nos conocemos hace 3 años y vivimos juntas desde el 2014 [...] y mi otra amiga, más o menos desde hace un año y medio, dos años [...] mi acompañante terapéutico forma parte de mi entorno desde el año pasado...” (Caso N°2, mujer, 45 años).

La mitad restante (5) mencionó que forman parte de su entorno social hace **más de cinco años**.

“Y mis amigas son de toda la vida, de la primaria.” (Caso N°10, mujer, 38 años).

“Mis amigos los tengo desde que conocí al padre de mi hija, hace como 8 años y aún mantengo relación con alguno de ellos aunque me haya separado...” (Caso N°7, mujer, 27 años).

2.2 Apoyo emocional

Se ha destacado al apoyo emocional como la expresión de afecto, empatía, respeto y escucha hacia la otra persona (Bullock K., 2004, House, J. 1981, en Pedro I., Rocha S. y Nascimento L., 2008). En estos términos, seis (6)

de los diez entrevistados expresaron que lo reciben **principalmente de familiares**.

“Si todos de mi familia, muy presentes [...] siempre aceptaron el hecho de que yo tenía este problema y buscan la forma de ayudarme o acompañarme, sin decirme no te entiendo o no tenes nada.” (Caso N°1, mujer, 21 años).

Dos (2) de los entrevistados, por su parte, expresaron que es **principalmente de amigos** de quienes reciben apoyo emocional.

“... reconocimiento por ahí de alguna enfermera, pero más que nada de mi amiga la que vive conmigo, a pesar de que tratamos cada una de hacer su vida, tenemos diálogo nos contamos cosas, miramos películas, salimos [...] es ella la que me contiene[...] Cuando tuve problemas de salud en los pies, fui a la guardia y de las que tuve apoyo fue de mis dos amigas, se preocuparon por como estaba, si me faltaba algo y me visitaban, mi hermano ni apareció...” (Caso N°3, mujer, 43 años).

A su vez, hubo un (1) caso que mencionó que lo recibe **principalmente de algún integrante del equipo terapéutico**.

“En este momento la que más se preocupa por mí es mi acompañante terapéutica, porque cuando yo tengo un problema es la primera que está, siempre me escucha y me entiende...” (Caso N°2, mujer, 45 años).

Por último, sólo uno (1) de ellos expresó **no recibir** apoyo emocional.

“...y mi mamá tiende a ser una persona que no la conforma nada. Cuando yo estoy con una crisis que hace mucho que no tengo, y tengo que tomar la medicación ella está físicamente pero no me ayuda y menos con ganas con mis hijos [...] antes mi mamá, cuando yo estaba mal me apoyaba un poco más, pero siempre hizo las cosas y después me pasaba factura [...] de mi hermana nada, ni apoyo ni cariño, vos vas a su casa y no te dice lo normal, como pasa o sentate. Yo paso a su casa y me tengo que quedar parada. Así que la relación es complicada, ella se levanta según el día. Hola chau y nada más, no es expresiva [...] Antes cuando yo estaba mal, me contenía el papa de mis chicos, él siempre me contuvo, me cuidó y en ese sentido fue muy buen compañero. Pero bueno ya no porque nos separamos [...] básicamente yo siempre la remé sola...” (Caso N°10, mujer, 38 años).

2.3 Apoyo instrumental

Al consultar sobre el apoyo instrumental, es decir, apoyo financiero, disponibilidad de tiempo, bienes, recursos y servicios, entre otras cosas recibidas por parte de su red de apoyo social, (Bullock K., 2004, House, J. 1981, en Pedro I., Rocha S. y Nascimento L., 2008) la mayoría de la muestra (8) refirió **recibir apoyo financiero**.

“Mi apoderado es mi hermano, es a él a quien tengo que acudir económicamente, el me maneja mi alquiler, gastos y además me da plata cuando necesito...” (Caso N°3, mujer, 43 años).

“Y mi hermana, me ayuda mucho con mi hija menor. Ahora en el cumpleaños le compró algo y se lo dio en nombre mío. Mi papa me da techo y comida, a mí y a mis hijas. Además me compra cigarrillos y nos paga la obra social a mí y a mis hijas, eso me da tranquilidad...” (Caso N°5, mujer, 44 años).

Por otra parte, sólo dos (2) refirieron **no recibir apoyo financiero**, sustentándose económicamente a partir de pensiones, asignaciones familiares y/o alquileres. A continuación se señala uno de los testimonios:

“No de ellos no, tengo un subsidio de Pami, a cargo de mi ex esposo, por ser veterano de Malvinas. Pero por eso busco trabajo, los gastos que tengo son los que me cubre el subsidio, no alcanza. Encima no estoy cobrando y mientras tanto nadie me ayuda. [...] En casa con mi compañera compartimos los gastos, cada una se compra la comida y dividimos los gastos de los servicios. La casa es de ella...” (Caso N°2, mujer, 45 años).

Respecto a los restantes componentes del apoyo instrumental, seis (6) de las personas entrevistadas mencionaron **percibir disponibilidad de tiempo, ofrecimiento de ayuda, propuestas e invitaciones**.

“... mis amigos me invitan a tomar mates o vienen a comer a casa o vamos a algún barcito. Con mi familia somos re compañeros, salimos a pasear

todos juntos, más que nada los fines de semana, con mi hermano nos llevamos re bien..." (Caso N°4, mujer, 20 años).

Cuatro (4) de ellas, en cambio, mencionaron **no percibir disponibilidad de tiempo, ofrecimiento de ayuda, propuestas e invitaciones.**

"Ninguno, mi hermano me invita a su casa, pero invitación familiar es más una obligación. Mi hermana ahora se arregló con el marido, ya no tiene tiempo para que estemos nosotras y el marido no la deja. Al no necesitar más que le cuide a los hijos por estar de nuevo con su marido, su vida cambió y sus tiempos son otros [...] No es suficiente para mí, si yo no los llamo nadie aparece. No aparece ninguno, nadie." (Caso N°5, mujer, 44 años).

2.4 Apoyo informacional

Se investigó en relación al apoyo informacional, participación de la red de apoyo social en cuanto a aconsejar, asesorar, informar o guiar (Bullock K., 2004, House, J. 1981, en Pedro I., Rocha S. y Nascimento L., 2008).

De acuerdo con ello, la mayoría de la muestra (8) percibió **recibir apoyo informacional.** Estas creencias fueron expresadas de la siguiente manera:

"Si lo hablo, tengo una familia muy open mind. Si vos necesitas que te aconsejen están siempre, les hablo. A mis amigas les cuento lo que me pasa, y tengo una amiga que tiene problemas similares pero nunca estuvo

en un hospital de día. Siempre me ayudaron y respetaron...” (Caso N° 1, mujer, 21 años).

“Este es un grupo muy unido, nos apoyamos mutuamente. Es un ida y vuelta, es dar y recibir [...] Mi familia me apoya, pero no entiende el motivo de lo que me pasa, acá en el grupo puedo abrirme más.” (Caso N° 8, mujer, 21 años).

Por su parte, en contraste, dos (2) de las personas entrevistadas percibieron **no recibir apoyo informacional**.

“No, con mis amigas hago planes pero no le cuento mucho mis cosas porque me juzgan a veces, como con el tema de mi hermano [...] Yo prefiero al psicólogo, psiquiatra contarles a ellos.” (Caso N° 3, mujer, 43 años).

“La verdad que no tengo con quien charlar mucho. Para charlar mis cosas acudo a la chica que a veces viene a limpiar a casa porque con mi hermana directamente ni hablo y con mi mama prefiero contarle ciertas cosas, guardar mi privacidad. Me pasó que confiar en ella tanto era malo, me trajo problemas, cambié la estrategia trabajándolo en terapia.” (Caso N° 10, mujer, 38 años).

EJE 3: “Participación de la Red de Apoyo Social”

Al conversar con los entrevistados sobre la participación de la red de apoyo Social en el tratamiento, siete (7) mencionaron **percibir interés** por parte de los miembros de la misma frente a las propuestas ofrecidas por la institución.

“... No yo la verdad que de mi familia no tengo mucho para decir. No puedo recriminar nada, siento que me acompañan y están presentes. Lo que tengo que trabajar, es mi autonomía. La relación con mi mamá es muy dependiente, sobreprotectora.” (Caso N° 6, hombre, 36 años).

Por otra parte, tres (3) de los entrevistados mencionaron **percibir escaso interés**.

“No, no muestran mucho interés. Mi hermano no viene porque sabe lo que le van a preguntar, eso me dijo él [...] Para mí sería importante, porque es parte del tratamiento” (Caso N° 3, mujer, 43 años).

Acercas de la concurrencia de los miembros de su red de apoyo social a las actividades y eventos propuestos en la institución, la mitad (5) de la muestra refirió que **sí concurren**.

“...Sí, sí, suelen venir, siempre somos varios. Al cumple de Casabierta vinieron y a la fiesta de este miércoles van a venir mi papá, mi hermano y mi mamá con su pareja.” (Caso N°4, mujer, 20 años).

La mitad restante (5) refirió que los miembros de su red de apoyo social **no concurren**.

“No, a los eventos que hacemos acá no vienen, igual ya ni los invito porque sé que no van a venir...” (Caso N°5, mujer, 44 años).

Al ser indagados acerca de la asistencia de su red de apoyo social a las terapias familiares y multifamiliares, siete (7) de los entrevistados comentaron que **asisten**. Algunas expresiones fueron las siguientes:

“Sí, siempre alguien viene, antes mi acompañante terapéutico y ahora empezó a venir mi amiga porque estoy viviendo con ella, es algo que propuso Casabierta...” (Caso N°2, mujer, 45 años).

“Participan mis dos hijas, mi hermano y mi padre. Siempre vienen. La chiquita participa desde hace poco. Porque participa tanto en mi recuperación y mi cuidado, yo quiero que esté presente...” (Caso N°5, mujer, 44 años).

En contraste, tres (3) de los entrevistados comentaron que **no asisten**. A continuación se señala uno de los testimonios recabados:

“Mi mamá nunca puede venir, la última vez se había programado una familiar pero se fue de viaje un mes y no pudo venir [...] A veces es necesario, por esto mismo de que ellos me están planteando el objetivo de hacer algo afuera de mi casa y ella no lo respeta. El objetivo de acá de Casabierta es mantener lo que estoy haciendo, no porque a ella no le guste voy a dejar de hacerlo. Para eso sería el fin de la familiar, para trabajar con ella que yo estoy bien.” (Caso N° 10, mujer, 38 años).

De las diez personas entrevistadas, tres (3) percibieron que los miembros de su red de apoyo social **participan de forma adecuada en su proceso terapéutico**, expresándolo del siguiente modo:

“Sí, sí, yo creo que mi red de apoyo social es muy positiva. Además el tratamiento que recibo lo trasladan a mi casa todo el tiempo...” (Caso N° 1, mujer, 21 años).

“La red de apoyo es muy fuerte en mi casa, porque nos queremos mucho. Me apoyan mucho mis hermanos, la que esta acá la veo y a la otra nos escribimos mucho. Cuando hay recomendaciones de la institución mis papas cumplen, son muy obedientes. Cuando le dijeron que hablen conmigo, ellos se acercaron. Cuando yo estaba sola, ellos no sabían cómo acercarse, y el profesional los aconsejó y ellos siguieron sus consejos. Trasladan todo a mi casa [...] mi familia me ayuda mucho, con todo, me ayudan a salir adelante.” (Caso N°4, mujer, 20 años).

Por su parte, siete (7) de ellos percibieron que los miembros de su red de apoyo social **no participan de forma adecuada en su proceso terapéutico**, siendo algunos de los testimonios los siguientes:

“No, por ejemplo mi hermano en la última internación no quería saber nada, se quería desligar. Cuando yo estuve por ser trasladada me dejó en claro por mensaje que el lío era decisión mía y que se tenía que hacer cargo mi otro hermano o mi novio...” (Caso N° 3, mujer, 43 años).

“No, participan en todo pero nadie hace caso. Dicen bueno este mes pidan turno con el traumatólogo. Todavía lo estoy esperando al turno. Bueno este mes interconsulta con el infectólogo, sigo esperando también. Todo así. Todo muy bien acá, y cuando salimos de acá nadie acata las indicaciones. [...] No me acompañan, a veces me retiran las recetas de vez en cuando. El traslado de la combi, tengo que pedirle a una compañera que la hija me haga tramites. Agitante, un rollo. A mi hermano le interesa, pero no le importa si me llevan al médico o no.” (Caso N°5, mujer, 44 años).

Como se explicitó anteriormente, una red de apoyo social cumple funciones de gran relevancia para el bienestar y la salud de la persona pero, al mismo tiempo, puede ser una fuente de demanda y generadora de estrés a través de presiones, actitudes y opiniones. El total de la muestra mencionó considerar importante la presencia de su red de apoyo social en el tratamiento y, en relación a qué valor le asignan los actores sociales al apoyo social, cuatro (4) de los diez entrevistados relacionaron la importancia a la **guía y contención** que brinda su presencia en el tratamiento. Se exponen a continuación algunas percepciones recabadas al respecto:

“Es súper importante, te podes ir para cualquier lado sino tenés un apoyo. Yo soy consciente de lo que tengo, sé que sin apoyo o sin contención podría haber terminado en cualquier cosa. Vos te sentís mal, no sabes por qué no buscás ayuda y terminas en cualquier cosa. Si no tenés esa

contención, difícilmente comiences un tratamiento...” (Caso N° 1, mujer, 21 años).

“Es importante porque ayuda, sin tener esa contención uno se desestructura. Es complicado, la familia u otra persona que ordene es importante, ellos me apuntalan y me ayudan, lo mismo mis compañeros de Casabierta y mi tratamiento con la doctora y con la medicación, además del acompañante terapéutico. Todo eso me va ayudando, sin ellos sería más complicado...” (Caso N° 6, hombre, 36 años).

Asimismo, seis (6) de los diez entrevistados relacionaron la importancia a la **compañía y bienestar** que brinda su presencia en el tratamiento.

“...porque es una de las cuatro patas del tratamiento: voluntad, el psicológico, los psicofármacos y la familia. Para que una persona se mejore, tienen que estar estos factores a uno afianzados. Podés tomar la medicación, pero si tu familia no está no sirve, igual que los amigos si no te llevas bien o los perdés, te sentís triste...” (Caso N°4, mujer, 20 años).

“Porque se tienen que involucrar en mi salud, en el progreso de mi tratamiento y eso me hace sentir bien...” (Caso N°7, mujer, 27 años).

Al preguntar acerca de la posibilidad de influencia negativa en su bienestar emocional y/o evolución en el tratamiento por parte de su red de apoyo social, seis (6) de los entrevistados percibieron que **su red de apoyo social en ciertas ocasiones influye de manera negativa.**

“...Y, no sé, de parte de mi hermano influye de manera negativa, porque al no tener contacto con él no le importa, no me llama para ver está mi tratamiento y eso me pone mal, me angustia [...] a veces me han dado ganas de irme.” (Caso N° 3, mujer, 43 años).

“Me ha pasado de juntarme con malas personas y eso afecta mucho, porque te incitan a las drogas o están con vos y no te quieren, hacen cosas de falta de cuidado que te lastiman [...] Cuando no tenés a tu red te hacen mucha falta, no te dan ganas de hacer nada, te dan ganas de deprimirte, de suicidarte...” (Caso N°4, mujer, 20 años).

Por otra parte, cuatro (4) de ellos percibieron que **su red de apoyo social no influye de manera negativa.**

“Mi red es muy positiva, no imagino como podría influir de manera negativa, pero si no los tuviera me sentiría muy sola.” (Caso N°7, mujer, 27 años).

Al consultar sobre si modificarían su red de apoyo social, nueve (9) mencionaron que **modificarían al menos un aspecto de la misma.** Algunos testimonios fueron los siguientes:

“Me gustaría que haya más contacto con mi hermano, que me llame y me pregunte como estoy yo y mis cosas. Desde la presencia no cuento con él pero desde lo económico sí. Viene a verme poco, no muy seguido porque tiene una vida [...] Me gustaría irme a vivir a Beriso, pero mi hermano no me

acepta en su casa [...] Estoy cansada de ser siempre yo la que busca. Me gustaría tener más contactos con mis compañeros, porque a veces ponen excusas...” (Caso N° 3, mujer, 43 años).

“No sé. Por ahí uno espera más de lo que los demás le pueden dar. Yo siento que estoy en una situación compleja de salud, imposibilitada de moverme, acongojada porque tengo que venir acá todos los días. Un lugar de contención, porque en mi casa no tengo contención [...] yo tengo dos chicas en mi casa, yo tengo que cuidar a mis hijas y yo vengo acá por sentirme agredida por mi padre, para no escuchar los malos tratos.” (Caso N°5, mujer, 44 años).

Finalmente, sólo uno (1) de los casos mencionó que **no modificaría nada** de su red de apoyo social, expresándolo del siguiente modo:

“Estoy re conforme, no cambiaría nada, ellos me aceptan como soy y yo los acepto a ellos como son también.” (Caso N°4, mujer, 20 años).

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En lo que respecta a los *datos sociodemográficos*, es importante destacar que sólo un caso de la totalidad de la muestra se encuentra actualmente en pareja. Si bien la mayor parte entrevistada ha mantenido relaciones amorosas, expresan sus dificultades para hacer nuevos vínculos que perduren en el tiempo luego de instalada la patología. Esto podría deberse a un rasgo particular de la

persona con TMG, relacionado con la dificultad para sostener relaciones interpersonales consecuencia de un patrón de relaciones alterado, un comportamiento inadecuado al contexto y una alteración en el plano de la afectividad, lo que conlleva a lazos inestables o nulos. El afecto, la convivencia, la sexualidad, son necesidades vitales de todas las personas y, por ende, de gran importancia a tener en cuenta por lo que implican en la persona.

Vale mencionar que, a pesar de que el tipo de población estudiada, según lo expuesto en la fundamentación teórica, suele presentar falta de capacidad de iniciativa y motivación, siendo ésta un obstáculo para construir y llevar a cabo proyectos vitales, así como involucrarse en proyectos que impliquen la presencia de otras personas, gran parte de esta muestra demostró el interés y deseo de continuar con sus estudios e iniciar y/o retomar cursos de formación. Igualmente, a pesar de la expresión de deseo, gran parte de los casos entrevistados no logran la concreción del mismo, hecho que se pudo conocer a partir de sus testimonios.

Es interesante destacar que la totalidad de los entrevistados se encuentra desempleada, pero con iniciativa de conseguir trabajo principalmente para evitar la dependencia social y económica de su red de apoyo social. Esto se manifiesta a partir de la búsqueda de empleo, confección y distribución de Curriculum Vitae, realización de cursos de formación, entre otras cosas, que faciliten su alcance. Además, resulta llamativo el hecho de que la mayoría tuvo trabajos inestables previos, consecuencia de la dificultad que suelen presentar para acceder y mantenerse en el mundo laboral. Según la bibliografía consultada, existe

evidencia en cuanto a que, las personas con TMG, presentan dificultad en el mantenimiento del encuadre, manejo de situaciones generadoras de estrés y gestión satisfactoria de diferentes actividades o tareas. Por otra parte, su dificultad para acceder se relaciona con diferentes factores y barreras sociales, como lo son el estigma y el prejuicio social, además de las dificultades derivadas del mercado laboral actual.

El trastorno mental grave supone significativos cambios tanto en la vida personal como en el entorno más cercano. Al indagar sobre el actual grupo de convivencia de los entrevistados, la mayoría refirió cambios en los últimos tiempos a causa de diferentes motivos, principalmente derivados de su situación de salud específica. Dicha cuestión resulta razonable debido a que suelen aparecer ciertas dificultades para afrontar las demandas del ambiente, manejarse autónomamente y por ende una marcada dependencia de otras personas; y consecuentemente el entorno también puede verse afectado y condicionado.

En función de *la red de apoyo social* y en lo que respecta a su estructura, la mayoría percibió como su red de apoyo social actual a integrantes de su familia biológica, hecho que podría asociarse a la dificultad para interactuar socialmente y a la pérdida de redes sociales, que en muchos casos se restringen sólo a su familia y situaciones de aislamiento social.

En cuanto a la perdurabilidad de esta red, la mitad refirió que forman parte de su entorno social hace menos de cinco años, reflejándose una posible inestabilidad y necesidad de búsqueda de nuevas redes de apoyo social. Como se

mencionó anteriormente, el entorno social más cercano también puede verse afectado desembocando en el distanciamiento o variaciones en el vínculo. Sin dejar de considerar que, además, existen variables ajenas a la situación de salud, que generan cambios (divorcios, cambios de ciudad o de lugar de residencia, etc.).

En cuanto a la frecuencia de contacto con los sujetos que integran la red de apoyo social, se reconoce el hecho de que la mayoría percibe como poco frecuente el mismo. Expresan que es considerado de tal forma debido a que ellos mismos son quienes deben ir a buscarlo, y a que es escaso el interés y la constancia en la comunicación que reciben, ya sea virtual o personal.

Por otra parte, en lo que respecta a los diferentes tipos de apoyo percibidos por la persona con TMG, es interesante destacar el valor e importancia del apoyo emocional ya que su presencia genera sentimientos de autoconfianza, seguridad y autoestima, actuando como importantes recursos para el afrontamiento y adaptación a las exigencias del entorno. En cuanto al mismo, la mayoría de los entrevistados refirió percibirlo de parte de familiares, exceptuando un caso que refirió no percibirlo de ningún integrante de su red de apoyo social. Al indagar sobre el apoyo de tipo financiero, la mayoría mencionó requerir de ayuda económica, lo cual podría asociarse principalmente a su dificultad para acceder al mundo laboral y obtener independencia económica, aludida anteriormente. En cuanto a la disponibilidad de tiempo, ayuda, propuestas e invitaciones, un número considerable de la muestra expresó no percibir las por parte de su entorno social

cercano, condición que podría acentuar la pérdida de redes y situación de aislamiento social.

Acerca de la *participación de la red de apoyo social en el tratamiento* se obtuvieron en general percepciones positivas de la muestra en cuanto al interés y la participación de la misma, lo cual no implica que esta sea la adecuada. Dicho hallazgo se evidencia en los testimonios de la mayoría de los entrevistados quienes percibieron la participación de su red de apoyo social como inadecuada, asociada a falta de confianza, incumplimiento de indicaciones terapéuticas, falta de compromiso y constancia de su parte. A este hecho se hace necesario agregar que la mayoría de la muestra mencionó que incluso en ciertas ocasiones su red de apoyo social puede influir de manera negativa en su bienestar emocional y/o evolución de su tratamiento, motivo por el cual modificarían al menos un aspecto de la misma, interpretándose de este modo un posible impacto sobre ellos que no contribuiría a su proceso terapéutico.

Para finalizar, resulta pertinente mencionar que, existe en diversos aspectos una correlación con múltiples estudios del Estado Actual de la Cuestión, los cuales, al igual que la presente investigación, resaltan el valor de la red de apoyo social de cada persona. Entre ellos podemos destacar el estudio realizado por De la Revilla, De los Ríos Álvarez y Luna del Castillo (2007) quienes afirman que la red y el apoyo social tienen un efecto protector sobre los procesos de salud y enfermedad. Investigaciones resaltan además su especial importancia en poblaciones con trastornos crónicos en tratamiento, como Ocaña Expósito (2012),

quien concluye que es fundamental la participación activa de la familia durante el proceso de Terapia Ocupacional, constituyendo una fuente de continuidad, soporte afectivo, económico y cultural. Existe, asimismo, una correlación entre nuestro estudio y los de González (2015) y Centeno e Ibáñez (2012), por destacar el bienestar de la red de apoyo social como elemento clave a tener en cuenta en el proceso terapéutico. Esto se debe a su interdependencia con el bienestar de la persona, considerando a la red como una estructura en la cual la alteración de uno de sus componentes modifica y afecta a los demás. A su vez, Wagner, L. (2011), plantea que hace falta desarrollar un nuevo tipo de cuidado en salud, en el que la consideración por la persona con trastorno mental y la valoración de su subjetividad sean tan importantes como el tratamiento biológico, existiendo una correlación con nuestros hallazgos, los que apuntan a incluir la percepción de la persona con TMG.

PARTE IV

CONSIDERACIONES FINALES

Retomando la problemática que dio inicio a la presente investigación, se considera que a partir del recorrido realizado se ha logrado conocer y profundizar sobre la percepción que tiene la persona con TMG acerca de su red de apoyo social y la participación de la misma en el tratamiento. En este sentido, los hallazgos han permitido dar respuesta al interrogante planteado acerca de si es o no importante tener en cuenta, a la hora de plantear diferentes intervenciones, la visión de la persona con TMG.

A partir de los resultados obtenidos, en complemento con la información bibliográfica consultada y analizada, se entiende a la red de apoyo social y a la percepción de la persona acerca de la misma, como un importante campo de investigación a tener en cuenta por diferentes motivos.

Por un lado, una red de apoyo social estable, sensible y activa es salutogénica, desempeña un rol vital y facilitador en el transcurso de la vida de una persona, así como también puede llegar a ser fuente de demanda, generadora de estrés y de alteraciones en la esfera emocional. Este aspecto se pudo evidenciar desde el relato de los entrevistados quienes destacaron su importancia en cuanto a guía, contención, compañía y bienestar, mencionando también, posibles efectos negativos que su ausencia generaría, como la dificultad para el comienzo y constancia en el tratamiento, y, según sus palabras, sentimientos de “angustia”, “tristeza”, “desolación”, entre otros.

A su vez, el área social es una de las más afectadas en las personas con TMG, habiendo una desvitalización en el intercambio y participación con otros,

lo que se constata, según lo referido por ellos, en la inestabilidad en sus relaciones de pareja, quiebre en el vínculo con sus familiares y cambios constantes en sus círculos amistosos (los que se reducen, en la mayoría de los casos, a compañeros del dispositivo Hospital de Día).

Por otra parte, es importante tener en cuenta que la persona en tratamiento de tipo ambulatorio no se aparta de su entorno habitual social y familiar, y que además, al ser una de las características de la persona con TMG la falta de autonomía e independencia, el estilo de vida que lleve va a estar condicionado por este entorno. En relación a esto, diferentes casos manifestaron su falta de libertad a la hora de tomar decisiones relacionadas a la crianza de sus hijos, el manejo de su dinero, dependencia para su movilidad y realización de trámites específicos.

Interviniendo sobre su entorno, fortaleciendo los lazos sociales, y promoviendo experiencias positivas, a través del mantenimiento de las redes, creación de nuevas o generando cambios en aquellas que resulten dañinas, es probable que se influya en el bienestar de la persona y así mismo, a modo de retroalimentación, en la participación de su red de apoyo social en el tratamiento. Este supuesto se asocia con los aspectos mencionados por los entrevistados acerca de lo que modificarían o no de su red de apoyo social. Algunos casos que lo ejemplifican son aquellos que expresan, por un lado, necesitar mayor contacto personal, visitas e invitaciones de amigos y compañeros, y, por el otro, casos que expresan necesitar mayor contención por parte de su entorno familiar.

Por último, al tener en cuenta que la percepción parte en gran medida de la experiencia sensible, es posible que, al fomentar desde nuestro rol nuevas experiencias enriquecedoras y satisfactorias, la subjetividad y perspectiva de la persona puedan ir modificándose, lo que influirá también en la esfera emocional y construcción de nuevas realidades.

En función de lo expuesto, se pudo confirmar la necesidad de conocer tanto a la persona en tratamiento como a su red de apoyo social, para así trabajar en conjunto sobre ellas utilizando diferentes herramientas, conocimientos y recursos a favor del proceso de intervención. Como futuras terapistas ocupacionales, adherimos entonces a intervenir desde una mirada holística e integral de la persona, ya que si bien se considera como un supuesto instalado, aún no logra tomar la relevancia que merece. Para ello, se insiste en que es necesario empoderar a las personas con TMG, darle escucha a sus subjetividades, respetar sus decisiones y fomentar la plena libertad de comunicación, sin restringirse a algunas fuentes, destacando, desde la singularidad de cada una, la misma validez e importancia. De esta manera, se potenciará su rol como sujeto activo y modificador de su propia realidad, siendo el protagonista del proceso terapéutico.

Se hace oportuno resaltar otros hallazgos significativos que, si bien no se desprenden del objetivo principal del estudio, surgieron al conocer su percepción y se consideran valiosos e importantes para tener en cuenta. Se destacan aspectos asociados a la inestabilidad laboral de las personas con TMG,

iniciativa respecto a nuevos proyectos, pero ausencia de sostén en el tiempo y concreción de los mismos, siendo otras posibles áreas de intervención para los terapeutas ocupacionales.

Se debe hacer mención de las limitaciones del presente trabajo, asociadas a la muestra por haber quedado ésta constituida en su mayoría por mujeres, exceptuando un varón, por lo que no se pudieron establecer diferencias por género en relación a los diferentes aspectos que se indagaron. Se sugiere en futuras investigaciones ampliar la cantidad de casos, así como complementar desde una metodología cuantitativa, incorporando un instrumento validado que permita medir el apoyo social percibido.

Se considera pertinente, además, desde el Hospital de Día proponer diferentes intervenciones que, guiadas por las demandas y temáticas emergentes, se focalicen en tratar cuestiones asociadas a la red de apoyo social, trabajando desde un equipo interdisciplinario. Por ello, se cree conveniente que se propongan desde los diferentes talleres que funcionan en el dispositivo, espacios que den lugar a la expresión, intercambio y escucha, donde el objetivo de intervención terapéutica ponga énfasis en las percepciones que las personas con TMG tengan sobre su red de apoyo social. A su vez, es importante que se trabaje sobre dichas cuestiones junto con la red de apoyo social en las entrevistas familiares y multifamiliares; además resultaría interesante que, gradualmente luego de haberse implementado dichos espacios, se propongan actividades grupales con la red de

apoyo social que aporten significativamente al tratamiento, con el objetivo principal de fortalecer lazos.

Finalmente esperamos que la presente investigación constituya un aporte para el campo de la Terapia Ocupacional y de otras disciplinas relacionadas y, que permita la construcción de nuevos interrogantes y reflexiones que sigan abriendo camino a posibles investigaciones, contribuyendo al tratamiento y bienestar de la persona con TMG.

BIBLIOGRAFÍA

Abello, R. & Madariaga, C. (1999). Las redes sociales ¿para qué?. *Psicología desde el Caribe*, 2 (3), 116-135. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/754/413> (acceso 29 de Julio de 2016).

Álvarez Gómez M, M Correa, Uribe Ríos M. (2009). Percepciones Sociales Frente a la Comunicación del Tratamiento y Apoyo Recibido por La Población habitante de la calle con la tuberculosis. *Medicina UPB*, 20, 22-32. Recuperado de: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/101> (acceso 9 de Julio de 2016).

Araya Umaña, S (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Cuaderno de Ciencias Sociales*, 127. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. San José, Costa Rica. Recuperado de: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ICAP/UNPAN027076.pdf> (acceso 12 de Julio de 2016).

Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, 1(1), DOI: 10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n1p147-158

Arias Castilla, C. (2007). Enfoques teóricos de la percepción que tienen las personas. *Colombia Horizontes Pedagógicos*, 8, 9-22. Recuperado de :

revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/rhpedagogicos/article/download/590/549 (acceso 18 de Julio de 2016).

Auge de Depino, M., et al (1993). *El Hostal. Una experiencia de tratamientos sin encierro en psicopatologías graves*. Buenos Aires, Argentina: Psicoterapias Integradas editores.

Bardín, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid, España: Akal.

Bravo Ortiz, M. (1999). *Redes sociales y evolución de la esquizofrenia*. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: http://www.sie.es/crl/archivo_pdf/redes%20sociales%20y%20evolucion%20de%20la%20esquizofrenia.pdf (acceso 25 de Julio de 2016).

Calvo Botella, H (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia Salud y drogas. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 7(1), 45-56. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83970104.pdf> (acceso 20 de Julio de 2016).

Casanova Rodas, L., Rascón Gasca, M., Alcántara Chabelas, H., & Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud mental*, 37(5), 443-448. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2014.052

Centeno, M. e Ibañez, M. (2012). *El rol de los hermanos adultos en el cuidado de pacientes con Trastorno Mental Grave*. Tesis de grado. Lic. en Terapia

Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

CIE-10. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (2003). Washington: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf (acceso 30 de Junio de 2016).

Crepeau, E., Cohn, E. y Schell, B. (2005). *Willard & Spackman – Terapia Ocupacional*. 10 edición. Madrid, España: Madrid Médica Panamericana.

De la Revilla, L., De los Ríos Álvarez A. y Luna del Castillo, J. (2007). Factores que intervienen la producción de los problemas psicosociales. *Atención Primaria*, 39 (6), 305-11. DOI: 10.1157/13106286

Destuet, S. (1999). *Terapia Ocupacional. Encuentros y marcas*. Buenos Aires, Argentina: C.O.L.T.O.A.

Dipaolo, N. y Gullo, L. (2013). *Percepción de Violencia en Adolescentes Una perspectiva desde Terapia Ocupacional en Promoción de la Salud*. Tesis de grado. Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Eberhard Aguirre, A. & Torrico Mayol, P. (2013). Terapia Ocupacional en salud mental de corta estadía en clínica de atención privada. *Revista chilena de terapia ocupacional*, 13 (2), 45-55. DOI: 10.5354/0717-5346.2013.30214.

Fernandez Nuñez, L. (2006). Fichas para investigadores ¿Cómo analizar datos cualitativos? Butlletí LaRecerca, 7. Instituto de Ciencias de Educacion. Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf> (acceso 17 de enero de 2017).

Galindo Villora, B. (2011). *Satisfacción y apoyo social familiar en una muestra de personas con Trastorno Mental Grave*. Trabajo de investigación fin de grado de Trabajo Social. Universidad de Castilla, La Mancha. Recuperado de: <http://www.uclm.es/bits/archivos/trabajos/BEATRIZ%20V%20C3%8DLLO RA%20GALINDO.pdf> (acceso 18 de Agosto de 2016).

Gallach Solano, E. (2010). *Abordaje psicosocial de personas con enfermedad mental severa. De la cronicidad a la recuperación*. Recuperado de: https://books.google.com.ar/books?id=lxlyQ_kGqa4C&pg=PA11&dq=Abordaje+psicosocial+de+personas+con+enfermedad+mental+severa.+De+la+cronicidad+a+la+recuperaci%C3%B3n.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwje8-XWyIPQAhXGGpAKHWtTDFgQ6AEIGjAA#v=onepage&q&f=false (acceso 28 de Agosto de 2016).

Gilbert Aguilar, C. (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del Trastorno Mental Severo*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, España. Recuperado de: http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf (acceso 3 de Julio de 2016).

Gracia Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Recuperado de: [https://books.google.com.ar/books?id=OyCPgNt1iRsC&printsec=frontcover&dq=%09Gracia+Fuster,+E.+\(1997\).+%E2%80%9CEI+apoyo+social+en+la+intervenci%C3%B3n+comunitaria%E2%80%9D.+Espa%C3%B1a,+Ed.+Paid%C3%B3s.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwIU0_DZ0IPQAhUPmJAKHeKbA1kQ6AEIJTAC#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ar/books?id=OyCPgNt1iRsC&printsec=frontcover&dq=%09Gracia+Fuster,+E.+(1997).+%E2%80%9CEI+apoyo+social+en+la+intervenci%C3%B3n+comunitaria%E2%80%9D.+Espa%C3%B1a,+Ed.+Paid%C3%B3s.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwIU0_DZ0IPQAhUPmJAKHeKbA1kQ6AEIJTAC#v=onepage&q&f=false) (acceso 28 de Agosto de 2016).

Guaresti, M y Lopizzo, S. (2001). *Intervención de terapia ocupacional en tratamientos familiares destinado a pacientes con patología psiquiátrica*. Tesis de grado. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Guía de Practica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; (2009). Nº 2007/05.

Recuperado de:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf (acceso 10 de Julio de 2016).

Guinea, R. (2007). *Modelo de atención a las personas con Enfermedad Mental Grave*. Colección Documentos Serie Documentos Técnicos. Recuperado de: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenerfermental.pdf> (acceso 3 de Julio de 2016).

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: mcgraw-hill / Interamericana, 4ª Edición.

León, O. y Montero, I. (2004). *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid, España: McGraw-Hill.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010). Publicada en el boletín oficial N° 32041, el 3 de Diciembre de 2010.

Kant (1970). *Critica de la Razón Pura*. Recuperado de https://books.google.com.ar/books?id=_OiA_170g_cC&printsec=frontcover&dq=Critica+de+la+Raz%C3%B3n+Pura&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj78YKz1IPQAhVEj5AKHct7DU0Q6AEIGjAA#v=onepage&q=Critica%20de%20la%20Raz%C3%B3n%20Pura&f=false (acceso 28 de Agosto de 2016).

Maccagno, G. y Vitolo, F. (2013). La Ley Nacional 26.657 de Salud Mental. Comentarios y controversias. *Noble*, 1. Recuperado de: http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/83.pdf (acceso 11 de noviembre de 2016).

Martínez, F., et al (2000). Redes sociales de personas con esquizofrenia. *Cuadernos De Trabajo Social*, 13, 299-322. España. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=119512> (acceso 2 de Septiembre de 2016).

Molina Saorín, J., Nunes Corredeira, R., Vallejo Ruiz, M. (2012) La percepción social hacia las personas con síndrome de Down: la escala EPSD-1. Educación e Investigación. *Revista de la Facultad de Educación. Universidad de San Pablo*, 38 (4), 949-964. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022012000400011 (acceso 10 de Julio de 2016).

National Institute of Mental Health (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC, Estados Unidos: NIMH.

Navarro Bayón, D., GarcíaHeras Delgado, S., Carrasco Ramírez, O. y Casas Toral, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Psychosocial Intervention*, 17(3), 321-336. Recuperado

de:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008003300008&lng=es&tlng=es (acceso 15 de Septiembre de 2016).

Ocaña Exposito, L. (2012). El papel que desempeñan las familias de personas con enfermedad mental durante el proceso de terapia ocupacional en el ámbito sociocomunitario. *TOG (A Coruña)*, 9(15), 18. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original10.pdf> (acceso 14 de Junio de 2016).

Odorizzi, E. 2004. *Criterios de salud mental en un hospital de día: Una historia de vida institucional del hospital de día, del hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos, Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero*. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Argentina. Recuperado de: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.493/te.493.pdf> (acceso 1 de julio de 2016).

Orcasita Pineda, L. & Uribe Rodríguez, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 4(2), 69-82. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862010000200007&lng=en&tlng=es (acceso 29 de Septiembre de 2016).

Orozco, C., Abello Llanos, R. y Sierra García, O. (2003). *Redes sociales: infancia, familia y comunidad*. Recuperado de:

https://books.google.com.ar/books/about/Redes_sociales.html?id=pfk1vY_IAC&redir_esc=y (acceso 29 de Septiembre de 2016).

Paganizzi, L et al (1991). *Terapia Ocupacional: Del hecho al dicho*. Buenos Aires, Argentina: Psicoterapias Integradas Editores.

Pedro ICS, Rocha S., Nascimento LC. (2008). Red y apoyo social en enfermería familiar: revisión de conceptos. *Revista Latino-americana de Enfermería* 16(2). DOI: 10.1590/S0104-11692008000200024 .

Pesce, C. (2014). *Importancia de la rehabilitación psicosocial con pacientes psicóticos*. Trabajo final de grado. Licenciatura en psicología. Facultad de psicología. Universidad de la República, Uruguay. Recuperado de: [http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/Trabajo%20final%20de%20grado.%20Carla%20Pesce%20\(1\).docx](http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/Trabajo%20final%20de%20grado.%20Carla%20Pesce%20(1).docx) (acceso 15 de Julio de 2016).

Polit, D. y Hungler, B. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México: McGraw-Hill/Interamericana.

Rodríguez González, C. (2015). *La familia en el proceso de recuperación de la persona con Trastorno Mental Grave: una mirada desde la otra perspectiva*. Trabajo de fin de grado. Grado en Terapia Ocupacional. Facultad de Mar del Plata, Buenos Aires de la Salud. Universidad de Coruña, España. Recuperado de :

http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16870/Rodr%C3%ADguezGonz%C3%A1lez_Cristina_TFG_2015.pdf?sequence=2 (acceso 26 de Junio, 2016).

Salgado Levano, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liber*, 13 (13), 71-78. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&nrm=iso (acceso 04 de Noviembre de 2016).

Sluzki, C. E. (1996). *La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica*. Buenos Aires, Argentina/Barcelona, España: Gedisa.

Talavera Valverde, M. (2007). Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave. *TOG*, 5, 52. Recuperada de : <http://www.revistatog.com/num5/Revision2.htm> (acceso 10 de Octubre de 2016).

Tauil, Carlos (2009). *Creatividad Deliberada*. Buenos Aires, Argentina: Punto y Coma.

Vargas Melgarejo, L. M. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Revista Alteridades*, 4(8), 47-53. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf> (acceso 11 de Julio de 2016).

- Vásquez Rojas, R., Goretty Polanía Dussan, I. y Siglyndy Reyes Riveros, M. (2012). ¿Qué pasó después del cierre de los hospitales de día de psiquiatría para niños y adolescentes?. *Revista de la Facultad de Medicina*, 60(3), 215-220. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112012000300005&lng=en&tlng=es (acceso 1 de Julio de 2016).
- Vega Angarita, O.M., & González Escobar, D.S.. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 16. DOI: 10.4321/S1695-61412009000200021
- Wagner, L. et al (2011). Cuestiones existenciales en la esquizofrenia: percepción de portadores y cuidadores. *Revista de Saúde Pública da USP, São Paulo*, 45(2), 401-408. DOI: 10.1590/S0034-89102011000200019

ANEXOS

ANEXO 1

GUIÓN DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD A PERSONAS CON TMG, EN LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA, DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2016.

FECHA:		N° de entrevista:
TEMA	SUBTEMA	POSIBLES PREGUNTAS
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad / sexo	- ¿Cuántos años tenés?
	Estado civil	-¿Estás casado/a o en pareja? -¿Desde hace cuánto tiempo? -¿Tenés hijos/as?
	Nivel de instrucción	-¿Realizaste la primaria y el secundario? Completo o incompleto... -¿Realizaste algún estudio terciario, universitario, curso/programa de formación laboral? Completo o incompleto...
	Situación laboral	-¿Trabajas actualmente? ¿Dónde?

		-Anteriormente... ¿Trabajabas? ¿Dónde? ¿Por cuánto tiempo trabajaste?
	Grupo de convivencia actual	-¿Dónde vivís? -¿Quiénes viven con vos? -¿Siempre viviste en ese lugar y con las mismas personas? -En caso de que no... ¿Por qué cambio tu lugar/grupo de convivencia?
RED DE APOYO SOCIAL	Estructura de la red	-¿Quiénes forman parte de tu entorno social? (ya sea familia, amigos, vecinos o allegados...) -¿Alguno de ellos reside en otra ciudad ajena a Mar del Plata? -¿Con qué frecuencia los ves o mantenés algún tipo de contacto? -¿Hace cuánto tiempo forman parte de tu entorno social?
	Apoyo emocional	-¿Recibís afecto por parte de ellos?

		<p>-¿Recibís elogios o felicitaciones por tus logros?</p> <p>-¿Se preocupan por cómo estás, te sentís, etc.?</p> <p>-¿Te tratan con respeto?</p> <p>-¿Escuchan tus opiniones, intereses y prioridades?</p>
	<p>Apoyo instrumental</p>	<p>-En caso de ser necesario...</p> <p>¿Brindan apoyo financiero?</p> <p>¿Recibís ayuda cuando la pedís? Ya sea de bienes o servicios...</p> <p>-¿Recibís visitas de ellos o invitaciones?</p> <p>-¿Sentís que tienen disponibilidad de tiempo para vos?</p>
	<p>Apoyo informacional</p>	<p>-¿Sentís que podés compartirles tus problemas personales?</p> <p>-¿Suelen aconsejarte en situaciones específicas?</p> <p>-¿Te asesoran o guían frente a</p>

		<p>cuestiones que no sabes cómo resolver?</p> <p>-¿Te brindan la información que sea necesaria cuando la pedís?</p>
<p>PARTICIPACION DE LA RED DE APOYO SOCIAL EN EL TRATAMIENTO</p>		<p>-¿Muestra interés tu red de apoyo social frente a las propuestas ofrecidas por la institución?</p> <p>-¿Concurren con frecuencia y participan de las actividades propuestas en la institución? Talleres, eventos institucionales, etc.</p> <p>-¿Concurren a las terapias familiares?</p> <p>-¿Concurren a las terapias multifamiliares?</p> <p>-¿Por qué crees que su presencia es importante en tu tratamiento?</p> <p>-¿Crees que participan de forma adecuada en lo que respecta a</p>

		<p>tu proceso terapéutico?</p> <p>-¿Crees que tu red de apoyo social puede influir de manera negativa? ¿En qué ocasiones?</p> <p>-¿En qué aspectos consideras que tu red de apoyo es satisfactoria?</p>
--	--	---

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Iniciales del participante:

Título del Trabajo de Investigación: “Percepción de personas con Trastorno Mental Grave acerca de la participación de la red de apoyo social en el tratamiento”.

- Se me ha invitado a participar de la siguiente investigación y explicado que la misma consiste en un estudio sin fines de lucro, que se desarrolla en el marco de una Tesis de Grado, que forma parte de un requisito curricular para obtener el título de Licenciada en Terapia Ocupacional. Se me realizará una entrevista en profundidad con el objetivo de conocer cuál es mi percepción acerca de la participación de mi red de apoyo social en el tratamiento. Responderé preguntas al respecto y permitiré que graben las entrevistas.
- Toda información obtenida será considerada confidencial y usada sólo a efectos de investigación. Mi identidad será mantenida en el anonimato.
- Mi participación en el estudio es enteramente voluntario y soy libre de rehusar a tomar parte o a abandonar en cualquier momento.
- Consiento en participar en este estudio. He recibido una copia de este impreso y tenido la oportunidad de leerlo y realizar preguntas al respecto.

Investigadores:

- Duda, María Guillermina. Estudiante avanzado de Lic. en Terapia Ocupacional U.N.M.D.P.
- Florencio, Julieta. Estudiante avanzado de Lic. en Terapia Ocupacional U.N.M.D.P.
- Sieghart, María Paz. Estudiante avanzado de Lic. en Terapia Ocupacional U.N.M.D.P.

Fecha:

Firma de los investigadores:

.....

.....

Firma del participante:

ANEXO 3

HOSPITAL DE DIA CASABIERTA

Dentro de este marco y en torno a la presente investigación, se pretende conocer cuál es la percepción que tienen acerca de su red de apoyo social las personas con TMG que concurren al Hospital de Día Casabierta, perteneciente a la ciudad de Mar del Plata. Dicho dispositivo es una institución psicoterapéutica de carácter privado destinada a adolescentes, adultos y adultos mayores con patologías crónicas, psiquiátricamente compensados. El grupo de personas concurrentes es heterogéneo respecto a sexo, edad y diagnóstico, entre los cuáles predominan psicosis, esquizofrenia, trastornos borderline, trastorno bipolar, adicciones, depresiones, trastornos de la personalidad, trastornos de alimentación, entre otros. Los mismos pueden asistir bajo la forma de jornada completa (9 a 17hs) o media jornada (turno mañana o turno tarde), en donde el tratamiento dependerá de la evolución y necesidades propias de cada persona.

Trabajando desde un equipo interdisciplinario, la institución se propone como objetivos mejorar su calidad de vida, evitando descompensaciones, y promover la reinserción socio-familiar y laboral.

El equipo terapéutico de profesionales se encuentra integrado por:

- Directora, Médica Psiquiatra.
- Coordinador General, Lic en Psicología.
- Coordinadora de Hospital de Día, Lic. en Terapia Ocupacional.

- Lic. en Psicología
- Lic. en Enfermería
- Lic. en Trabajo Social
- Profesor de Educación Física
- Lic. en Musicoterapia
- Profesora de Teatro
- Profesora de Expresión Corporal

Utilizando como marco de referencia las Teorías Psicodinámicas y Psicosocial y, operando a través de una modalidad grupal, la institución se organiza a través de diferentes recursos y estrategias terapéuticas, dentro de las cuales se encuentran un conjunto de talleres:

- Entrevistas de Admisión
- Talleres:
 - Talleres de Terapia Ocupacional: Taller de Apertura, Taller de Creatividad, Taller de Proyectos en Comunidad, Taller de Expresión Corporal.
 - Taller de Musicoterapia.
 - Taller de Educación física.
 - Taller de Reflexión (coordinado por Lic en Psicología).
 - Taller de Orientación Socio-Laboral (coordinado por Lic. En Trabajo Social).
 - Taller de Teatro.

- Taller de Control de Medicación (coordinado por Médica Psiquiatra).
- Taller de Educación para la Salud (coordinado por profesional en Enfermería).
- Psicoterapias Familiares
- Psicoterapias individuales
- Reunión de equipo semanal
- Asamblea comunitaria semanal
- Asamblea multifamiliar (coordinado por Psiquiatra y Lic. en Terapia Ocupacional).