

2016

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

Duda, María Guillermina

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1130>

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
.....

**PLAN DE TESIS PRESENTADO EN LA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Y TRABAJO SOCIAL
PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADAS EN
TERAPIA OCUPACIONAL**

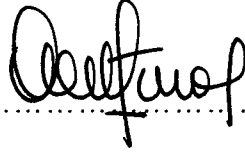
POR:

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

Noviembre de 2016, *Mar del Plata*

Directora:

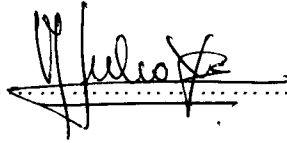
Lic. Mastromarino, Mariana



Licenciada en Terapia Ocupacional

Asesora Metodológica:

Lic. Xifra, María Julia



Especialista en Docencia Universitaria

Investigadoras:

Duda, María Guillermina

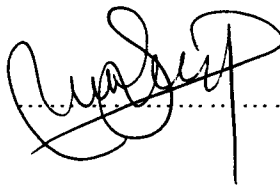
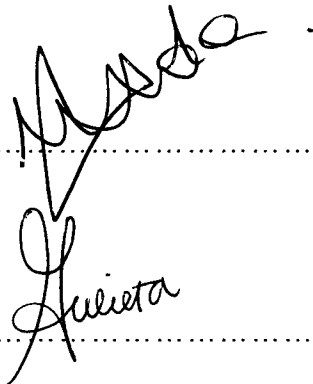
DNI: 37379867

Florencio, Julieta

DNI: 37399581

Sieghart, María Paz

DNI: 37101291



Duda, Florencio, Sieghart

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN..... 3

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN..... 8

PARTE I: Estado actual de la cuestión..... 10

PARTE II: Marco Teórico

Capítulo I: Trastorno Mental Grave..... 20

Capítulo II: Red de Apoyo Social..... 33

Capítulo III: Percepción.....47

Capítulo IV: Hospital de día Casabierta..... 55

Capítulo V: Pertinencia desde Terapia Ocupacional..... 63

PARTE III: Aspectos Metodológicos..... 70

BIBLIOGRAFÍA..... 79

ANEXOS..... 90

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 y otros, 1992 en Arias. C, 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, E., 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 del impacto de las redes de apoyo social sobre las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) que se encuentran en tratamiento ambulatorio en Hospital de Día Casabierta. 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

Duda, Florencio, Sieghart

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?, ¿se incluye su percepción en el tratamiento y se intenta comprender la realidad desde su visión 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 M. 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.

A este respecto, se cree necesario que el terapeuta ocupacional aborde esta temática y la incluya dentro de los objetivos de tratamiento y, a partir de la creación de un vínculo terapéutico T.O - paciente, favorecer el mantenimiento de dichas redes, 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.

Surge así una problemática de investigación, frente a la cual se propone explorar y conocer cuál es la percepción que tienen acerca de la participación de su red de apoyo social las personas con Trastorno Mental Grave, sin pretender descartar la validez e importancia de las demás fuentes, sino por el contrario, incluir todas las fuentes de percepción sin limitarse sólo a una de ellas. Se busca lograr entonces una intervención lo más completa y eficaz posible donde los principales beneficiarios sean las personas en tratamiento, centrándose en ellas y 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), 147-158. Recuperado de: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/20024/14899> (acceso 22 de Julio de 2016).
- 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%9CEl+apoyo+social+en+la+intervenci%C3%B3n+comunitaria%E2%80%9D.+Espa%C3%B1a,+Ed.+Paid%C3%B3s.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwui0_DZ0IPQAhUPmJAKHeKbA1kQ6AEIJTAC#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ar/books?id=OyCPgNt1iRsC&printsec=frontcover&dq=-%09Gracia+Fuster,+E.+(1997).+%E2%80%9CEl+apoyo+social+en+la+intervenci%C3%B3n+comunitaria%E2%80%9D.+Espa%C3%B1a,+Ed.+Paid%C3%B3s.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwui0_DZ0IPQAhUPmJAKHeKbA1kQ6AEIJTAC#v=onepage&q&f=false) (acceso 28 de Agosto de 2016).
- Sánchez, M. (1995) *Enfermería psiquiátrica y salud mental*. Lérida, España: Franz Vignier.

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 durante el segundo semestre del año 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 el año 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar la muestra según, edad, sexo y nivel de instrucción.
- 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, C. 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, L. y otros (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 M. e Ibáñez M. 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, L. (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, L. y otros, 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, L. De los Ríos Álvarez, A. y Luna del Castillo, J. (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, M. y Lopizzo, S. 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., y Soriano Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud mental*, 37(5), 443-448. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500011&lng=es&tlng=es (acceso 04 de septiembre, 2016).
- 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 (acceso 22 de septiembre, 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 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. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2299.pdf> (acceso 26 de Junio de 2016).

PARTE II

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

TRASTORNO MENTAL GRAVE

Duda, Florencio, Sieghart

La salud mental 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, M. e Ibañez, M., 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, C., 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, V., 2003, en Pesca Calo, C., 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, P., 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, R., 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, R., 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, C., 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 considera como la disfunción moderada a severa del funcionamiento global, medida a través del GAF (Global Assesment 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 las intervenciones psicosociales en una red de salud mental formada por equipos interdisciplinarios (Gallach Solano, E., 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 y Bennet, 1990, en Gilbert Aguilar, C.: 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, C., 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, C., 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).

- 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

Duda, Florencio, Sieghart

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, E., 1997, en Arias C., 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, E., 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, E., 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, E., 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, C., Abello Llanos, R. y Sierra García, O., 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, M., 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 J., 1969, y Maddison D., y Walker W., 1967, en Pedro I., Rocha S. y Nascimento L., 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, E., 1997). Se entiende así, que la existencia de redes sociales no necesariamente implica la provisión de apoyo.

Según Gracia Fuster, E., “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, E., 1997, en Orcasita Pineda, L. y Uribe Rodríguez, A., 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, L. y Uribe Rodríguez, A., 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, E., 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, E., 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 K., 2004, House, J. 1981, en Pedro I., Rocha S. y Nascimento L., 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 prevaletientes” de los mismos, su “multidimensionalidad” (cantidad de funciones que cumple), “reciprocidad”, “intimidad”, “frecuencia de los contactos” e “historia”. (Sluzki, C., 1996, en Arias C., 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,

aumentando 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, P. y Barra, E., 2008, en Orcasita Pineda, L. y Uribe Rodríguez, A., 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, C., 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 C., 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, D., Tatum, E. y Shore, J., 1987 en Casanova-Rodas, L., 2014)

Dozier, Harris y 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 sobrevida como por ejemplo, hábitos saludables de sueño, adhesión a régimen medicamentosos y a cuidados de la salud en general (Sluzki, C., 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, J. y Cienfuegos, Y., 2007, en Orcasita Pineda, L. y Uribe Rodríguez, A., 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, H., 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, C., 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, C., 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 A., 1996, en Galindo Villora, B. 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), 147-158. Recuperado de: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/20024/14899> (acceso 22 de Julio de 2016).
- 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%20l a%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. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500011&lng=es&tlng=es (acceso 04 de septiembre, 2016).

- 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%C3%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%9CEl+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%9CEl+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, Linda Teresa, & Uribe Rodríguez, Ana Fernanda. (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 I., Rocha S. y Nascimento L. (2008). Red y apoyo social en enfermería familiar: revisión de conceptos. *Revista Latino-americana de Enfermería* 16(2).doi: 10.1590/S0104-11692008000200024. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_24.pdf (acceso 4 de Septiembre de 2016).
- 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. Recuperado de : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009002200221&lng=es&tlng=es (acceso 5 de Septiembre de 2016).

CAPÍTULO III

PERCEPCIÓN

Duda, Florencio, Sieghart

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, I., 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 M., 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, M., 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, M., 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 M., 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, M., 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, M., 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 M., 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, J. y Codol, J., 1993, en Molina Saorín, J., Nunes Corredeira, R. y Vallejo Ruiz, M., 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, C., 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, C., 1999, en Arias Castilla, C., 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, S., 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, C., 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). *Crítica 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=0ahUKEwj78YKz1IPQAhVEj5

AKHct7DU0Q6AEIGjAA#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

HOSPITAL DE DÍA CASABIERTA

Duda, Florencio, Sieghart

El Hospital de Día, como dispositivo institucional intermedio, 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, E., 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, R., Goretty Polanía Dussan, I. y Siglyndy Reyes Riveros, M., 2012).

De acuerdo con Silvia Destuet, el Hospital de Día es un dispositivo de tratamiento ambulatorio 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, S., 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. Con respecto a esto, se propone la implementación de un tratamiento posible a partir de considerar a la persona como sujeto activo, protagonista de su proceso terapéutico, teniendo en cuenta además, la historia que cada persona trae consigo y su red de apoyo social (Auge de Depino, M., y otros, 1993).

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 que, según Silvia Destuet, buscan sostener y crear un espacio de expresión, realización e interrelación (Destuet, S., 1999):

- 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).

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, G., 2011 en Maccagno, G. y Vitolo, F., 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.
- Entrevista abierta a coordinadora del hospital de día "Casabierta", Lic. en Terapia Ocupacional, Mastromarino, M. (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).
- 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=S0120-00112012000300005&lng=en&tlng=es (acceso 1 de Julio de 2016).

CAPÍTULO V

PERTINENCIA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

Duda, Florencio, Sieghart

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, N., 1999 en Eberhard Aguirre, A. Torrico Mayol, P., 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. Teniendo en cuenta su historia de vida, experiencias, deseos y prioridades, se intenta comprender su realidad para poder intervenir de forma oportuna (Talavera Valverde, M., 2007). “Cada paciente se nos presenta, si lo escuchamos, con un sinfín de recursos, deseos, ideales que le son propios” (Destuet, S., 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, L. y otros, 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, A., 1992 en Martínez, F. y otros, 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, C. 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, E., Cohn, E. y Schell, B., 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 medico 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, E., Cohn, E. y Schell, B. 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), 147-158. Recuperado de: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/20024/14899> (acceso 22 de Julio de 2016).
- 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. Recuperado de: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/30214/31988> (acceso 18 de Octubre de 2016).
- *Guia de Practica Clinica 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). N° 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 y otros (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, A., 2007) (Polit, D. y Hungler, B., 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 caso la participación en el tratamiento de la red de apoyo social. 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, A., 2007).

TIPO DE ESTUDIO

Se opta por un diseño *exploratorio descriptivo* debido a que la problemática a estudiar ha sido escasamente explorada y reconocida. 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, R., 2006).

De este modo, se busca 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, durante el segundo semestre del año 2016.

MUESTRA

La muestra estará constituida aproximadamente por diez (10) personas tanto de sexo femenino como masculino que tengan entre veinte (20) y cuarenta (40) años de edad. Los mismos presentan diagnóstico de Trastorno Mental Grave y permanecen en tratamiento ambulatorio en Hospital de Día Casabierta, en la ciudad de Mar del Plata, durante el segundo semestre del año 2016.

TIPO DE MUESTREO

Se opta 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, D. y Hungler, B., 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, D. y Hungler, B. 2000).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN



CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
-Personas con TMG; -Estar bajo tratamiento ambulatorio en Hospital de Día Casabierta durante el segundo semestre del año 2016; -Tener entre veinte (20) y cuarenta (40) años de edad; -Haber dado consentimiento de aceptar participar de la investigación.	-Presencia de alteraciones orgánicas. -Presencia de brotes en los últimos seis (6) meses.

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, O. y Montero, I., 2004).

La recolección de datos se llevará 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

Las investigadoras concurrirán al Hospital de Día Casabieta con el objetivo de contactar a las unidades de análisis, con previa autorización de la Coordinadora General de dicha institución. Se invita a las personas con TMG a participar voluntariamente de la investigación, brindando información necesaria acerca de la

Duda, Florencio, Sieghart

misma y aclarando dudas emergentes. Se aplicará el consentimiento informado (Anexo 2) mediante el cual se asegurará que hayan comprendido, entendido y aceptado los objetivos y su participación en la investigación.

La entrevista en profundidad será administrada en el Hospital de Día Casabierta en forma individual. La estructura de la misma se desarrollará 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.

Para registrar la información se utilizará un diario para escribir comentarios, notas importantes y datos descriptivos en el transcurso de la entrevista y, además, la misma será grabada mediante grabadora de voz con el objetivo de poder recuperar la información obtenida en el momento, de la cual sea necesaria su revisión y análisis.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Se establecerán ejes de análisis para los diversos temas abordados a través de la entrevista en profundidad. Con el fin de agrupar la información obtenida, se construirán categorías de análisis que concentrarán las ideas, conceptos o temas similares descubiertos.

El análisis de las narrativas surgidas implica cuatro procesos cognitivos: comprensión, síntesis, teorización y recontextualización. El objetivo será generar una síntesis expresada en testimonios de los actores sociales para alcanzar la comprensión de la realidad humana de las personas con TMG. El material obtenido se analizará, examinará y comparará dentro de cada categoría; luego se comparará entre las diferentes categorías, buscando los vínculos que puedan existir entre ellas, y finalmente, se relacionarán con los fundamentos teóricos de la investigación.

La estrategia se orienta a la identificación de pensamientos, emociones y valores 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, con el fin de justificar la importancia del abordaje de esta temática por parte del terapeuta ocupacional, y su inclusión dentro de los objetivos de tratamiento, para alcanzar una intervención lo más completa y eficaz posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Hernández Sampieri, R. (2006). *Metodología de la investigación*. Mexico: mcgraw-hill / Interamericana.
- León, O. y Montero, I. (2004). *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- 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).

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), 147-158. Recuperado de: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/20024/14899> (acceso 22 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).

- Auge de Depino, M., otros (1993). *El Hostal. Una experiencia de tratamientos sin encierro en psicopatologías graves*. Buenos Aires, Argentina: Psicoterapias Integradas editores.
- 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%20a%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. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500011&lng=es&tlng=es (acceso 04 de septiembre, 2016).
- 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 (acceso 22 de septiembre, 2016).
- 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. Recuperado de: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/30214/31988> (acceso 18 de Octubre de 2016).
- Entrevista abierta a coordinadora del hospital de día "Casabierta". Julio 2016.
- 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%C3%8DLLORA%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=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-](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-XWyiPQAhXGGpAKHWtTDFgQ6AEIGjAA#v=onepage&q&f=false)

[XWyiPQAhXGGpAKHWtTDFgQ6AEIGjAA#v=onepage&q&f=false](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-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=0ahUKEwju0_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=0ahUKEwju0_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). N° 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.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/atenenfermental.pdf> (acceso 3 de Julio de 2016).
- Hernández Sampieri, R. (2006). *Metodología de la investigación*. Mexico: mcgraw-hill / Interamericana.
- 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=0ahUKEwj78YKz1IPQAhVEj5

AKHct7DU0Q6AEIGjAA#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&tling=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, Linda Teresa, & Uribe Rodríguez, Ana Fernanda. (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&tling=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).
- Paganizzi, L y otros (1991). *Terapia Ocupacional: Del hecho al dicho*. Buenos Aires, Argentina: Psicoterapias Integradas Editores.
- Pedro ICS, Rocha SMM, 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 . Recuperado de:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_24.pdf (acceso 4 de Septiembre de 2016).
- 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).
- Tauli, 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.

Recuperado de : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009002200221&lng=es&tlng=es (acceso 5 de Septiembre de 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. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2299.pdf> (acceso 26 de Junio de 2016).

ANEXOS

ANEXO 1

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

FECHA:		Nº 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 se 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?

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

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

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

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 preguntar al respecto.

Duda, Florencio, Sieghart

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:

Duda, Florencio, Sieghart