

Redes sociales de personas con esquizofrenia

Francisco MARTÍNEZ*
Susana OCHOA**
M.^a Cruz NEGREDO*
Pilar CASACUBERTA*
Elena PANIEGO*
Carmen THOMAS*
Elvira TORRENTE*
Marcia IRAZÁBAL*
Noel CAMPS*

Resumen

El estudio ha incluido una muestra de 67 personas diagnosticadas de esquizofrenia que siguen tratamiento en Centros de Salud Mental en el medio comunitario.

Este trabajo tiene como objetivo integrar el conocimiento sobre los aspectos sociales de las personas con esquizofrenia, características de la propia enfermedad y sus consecuencias (aspectos psicopatológicos, habilidades, necesidades,...) y buscar su representación en las redes sociales que configuran.

Hemos determinado que existe correlación entre la gravedad de los síntomas y el número de personas que componen la red social ($p = 0,041$) y entre la baja densidad de red y la mayor discapacidad en el funcionamiento familiar ($p = 0,019$).

El estudio sobre la red social permite conocer a la persona en el contexto en el que se desarrolla su vida social.

Abstract

The study has included a sample of 67 people meeting DSM-IV schizophrenia diagnostic who are being treated in the in the Community Mental Health Centres.

The objective of this project is to integrate the knowledge about social themes of schizophrenic people, illness characteristics, and its consequences (psychopatology, skills, needs...) and search for its representation in social networks.

There are correlations between more serious symptomatology and a number of people who are in the network ($p = 0,041$) and between less network density and more familiar functioning disability ($p = 0,019$).

Social network studies allow us to gain information about the social context of the person.

* Trabajador/a social.

** Psicóloga. Con la colaboración del equipo de investigación Nedes. San Joan de Déu, Serveis Salut Mental. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.

1. Introducción

El concepto de red social fue definido inicialmente por la antropóloga (Barnes, 1954) que consideró la red social como «el conjunto de personas que se relacionan con un individuo, que forman vínculos sociales, utiliza espacio y tiempo conjuntamente, se gustan o se disgustan, y se prestan ayudas recíprocas».

Walker, Mac Bride y Vachon (1967) definen la red social como «un juego de contactos personales, a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social, recibe apoyo emocional, ayuda material y servicio, información y nuevos contactos sociales».

Múltiples investigaciones han evidenciado asociaciones entre la pobreza de la red social y la enfermedad. Ya en 1964 Hammer estudia que los pacientes esquizofrénicos con una red protectora e interconectada evolucionan mejor que los pacientes sin vínculos que tenían un mayor índice de reingresos. Estudios más recientes establecen asociaciones con respecto a la recaída de esquizofrenia (Dozier, Harris y Bergman, 1987). También se ha encontrado relación en otros ámbitos de la salud como en infarto de miocardio (Red y colaboradores, 1983), y en relación con la mortalidad (Berkmann, 1984; House y colaboradores, 1986).

Se ha postulado que «la red social provee una retroalimentación cotidiana de las desviaciones de la salud que favorece comportamientos correctivos. La red social actuaría, por

tanto, como monitora de salud y favorecedora de las actividades personales que se asocian con sobrevida: rutina de dieta, ejercicio, sueño, adhesión a régimen medicamentoso, y en general, cuidados de salud; la relación social contribuye a dar sentido a la vida de sus miembros, favorece la organización de la identidad, otorga sentido a las prácticas de cuidados de salud». (Sluzki, 1996).

Se ha teorizado sobre la afectación negativa de las enfermedades crónicas en la red social, disminuyendo *la iniciativa* en la actividad de la red, y reduciendo *la reciprocidad*, ya que la persona tiene menos posibilidades de ofrecer comportamientos recíprocos con las personas que los cuidan y tienden a agotar a los miembros de la red.

Diversos estudios han demostrado que las personas con problemas psíquicos tienen redes sociales escasas, compuestas mayoritariamente por familiares (Mosher y Keith, 1980; Guimón, 1985-86). Investigaciones sobre la red típica de un individuo, en la población general, incluyen de 6 a 10 personas íntimas y que se conocen entre sí y aproximadamente 30 a los que se ve con regularidad (Hammer y cols. 1978). Otros obtienen cifras de 22 a 25 personas distribuidas entre familia, otros familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo. La cifra de personas íntimas en otros estudios es de 9,1 (Escobar, J. I., 1982) y en nuestro entorno más cercano cifras de 10,8 (Guimón y colaboradores, 1985). En un estudio comparativo de redes sociales (Argente, 1991) se obtiene un tamaño de 19,7

en el grupo control frente a 10,83 en pacientes esquizofrénicos y 13,6 en pacientes depresivos. La diversidad en las cifras se puede deber a las diferencias culturales para establecer la línea de división entre el concepto de conocido y el de amigo.

El concepto de red social no siempre es considerado sinónimo del concepto de apoyo social. Algunos autores consideran que la mera existencia de relaciones no implica necesariamente la provisión de apoyo. Apoyo social según Lin y colaboradores (1981), son «provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos».

Determinados autores consideran que el apoyo social tiene un efecto directo sobre el bienestar independientemente del nivel de estrés y otros consideran que el apoyo social no tiene influencia si no hay estresores sociales. A pesar de ello, todos comparten la hipótesis del efecto protector y su implicación terapéutica potencial. Las intervenciones basadas en estos trabajos intentan reforzar aspectos de las redes existentes en la vida de las personas con riesgo de trastornos (Monroe; Heller y Swindle, 1983), sobre todo teniendo en cuenta que es más asequible fortalecer el apoyo social que evitar la exposición a estresores. «En el ambiente social existen recursos que, convenientemente movilizados, pueden proteger a la persona de la influencia negativa de los eventos vitales que experimentan, así como fomentar la salud y el bienestar» (Barrón, A., 1992).

«La percepción de ayuda potencial provoca un aumento general del estado de ánimo positivo, de la autoestima, de la estabilidad de la propia situación vital, sensación de control sobre el ambiente y reconocimiento de la valoración personal» (Cohen, 1985).

2. Marco teórico

Esquizofrenia

Históricamente el término psicótico, que incluye a la esquizofrenia, ha sido definido de formas distintas, como pérdida de las fronteras del ego, como un grave deterioro de la evaluación de la realidad o como incapacidad para diferenciar entre el mundo interno y el externo.

Las personas incluidas en el estudio han sido diagnosticadas de esquizofrenia según el manual diagnóstico DSM-IV, que define la esquizofrenia como una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye al menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p.e., dos o más) de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos), con un deterioro en el funcionamiento social, laboral e interpersonal.

Esquizofrenia y Epidemiología. Prevalencia

Existe, todavía hoy, controversia sobre los datos de prevalencia de la

esquizofrenia. El estudio ECA (Keith et al. 1991) determinó un 14 por mil de la población, cifra superior a la encontrada en otros estudios. Habitualmente se describe una prevalencia que se sitúa entre el 0,5% y el 1% de la población general.

Un gran número de estudios ha mostrado diferencias en los países desarrollados y sobre todo en las ciudades, donde la esquizofrenia y otros trastornos mentales son más frecuentes en los grupos socioeconómicos más bajos (Dunham, 1993; Schoroeder, 1942; Klee et al., 1967; Gigs, Cooper, 1987). En el estudio de Eaton (1985) se llegó a la conclusión de que empleando tres categorías básicas de clase social se encuentra una diferencia de tres a uno entre la clase más favorecida y la menos.

Existen tres teorías principales que intentan explicar la relación entre índices socioeconómicos y la esquizofrenia. La teoría del rechazo social o desplazamiento, que dice que como resultado de su problemática son impulsados hacia la clase social más desfavorecida. La teoría del estrés social que propone que el estrés social que genera la pobreza incrementa el riesgo de padecer esquizofrenia. Y la teoría de la alteración del sistema nervioso que dice que las clases desfavorecidas tienen más riesgos de padecer problemas de desarrollo por complicaciones obstétricas, infecciones u otros factores. En la actualidad desde corrientes antropológicas se habla de la tendencia a la *centralidad*, vivir en zonas urbanas céntricas, donde el control social es menor y

la transgresión a las normas sociales son mejor aceptadas.

Häfner (1990) llegó a la conclusión de que después de casi un siglo de investigaciones sobre la esquizofrenia, todavía permanecen sin resolver gran número de cuestiones referentes a factores de riesgo específicos de la situación premórbida así como a los factores que determinan la presentación, curso y déficits sociales que presenta la enfermedad.

Los modelos causales, que relacionan un único agente con una enfermedad, no son aplicables actualmente en Psiquiatría, no existe etiología confirmada. La colaboración de otras disciplinas ofrece la posibilidad de incorporar, desde una perspectiva integradora, una etiología multifactorial que incluya aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En el campo de la intervención se ha demostrado su eficacia en el tratamiento y rehabilitación de las personas con esquizofrenia cuando se trabaja con ópticas multifactoriales (Goldstein, 1978), sobre la prevención de recaídas con medicación e intervención familiar (Stein y Test, 1980), sobre el tratamiento asertivo comunitario e integración de tratamientos (Hogarty, 1981).

Salud Mental en el Mundo

El tratamiento de la esquizofrenia en EEUU, excluyendo los gastos indirectos, alcanza el 0,5% del producto nacional bruto (Gunderson y Mosher, 1975).

La OMS estima un aumento considerable de las enfermedades mentales debido al envejecimiento de la población, los estilos de vida y las situaciones psicosociales adversas que aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad mental. Informes de la OMS (1995) dictaminan, que en tanto que la salud física ha mejorado en todo el mundo, la salud mental ha permanecido estancada o se ha deteriorado.

Los problemas mentales por sí solos constituyen el 8,1% de la Carga Mundial de Enfermedad (CME), medida que comprende todas las pérdidas causadas en el mundo por las enfermedades. Según el citado informe de la OMS, debido a los cambios demográficos, el número total de casos de esquizofrenia en las sociedades de bajos ingresos pasará de 16,7 millones en 1985 a 24,4 millones en el año 2000, lo que representa un aumento del 45%.

Salud Mental en Catalunya

La Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA, 1994) estableció que la probabilidad de padecer un trastorno mental (global, todo tipo de trastornos) es del 17,4% en la población de 15 años y más (18,9% en mujeres y 15,8 en hombres), observándose una mayor prevalencia en la probabilidad de padecer un trastorno mental en las clases más desfavorecidas.

Estudios epidemiológicos realizados con anterioridad (Herrera, R.; Autonell, J. y cols., 1983) concluían que una cuarta parte de la población de la

comarca del Baix Llobregat sufre trastornos mentales susceptibles de requerir algún tipo de ayuda.

Redes Sociales

Las redes sociales han sido definidas de diferentes formas, Barnes (1954) en su primera definición consideró la red social como un conjunto de personas, que forman vínculos y que se prestan ayuda, por lo que incluye aspectos relacionales y estructurales. Con anterioridad podemos encontrar referencias en el Sociograma (Moreno, 1934) o en precursores de la Teoría de los Grafos (Veblen, O., 1922; Bavelas, A., 1948) desarrollada posteriormente (Berge, C., 1967; Haray, F., 1971). La Teoría General de Redes (Brauer) y en trabajos desarrollados posteriormente, Redes de Petri (Petri, 1966) y el Q-análisis (Atkin, 1975).

Un gran número de autores en las últimas décadas ha desarrollado teorías que han influido en los campos de intervención social y de la salud.

En la actualidad podemos encontrar definiciones que ponen especial énfasis en la estructura de la red como elemento determinante y que explican al individuo como un actor social inmerso en el contexto social (Wellman, 1983). «Los procesos sociales y el comportamiento social deben ser explicados con relación a la red de relaciones que conectan a los actores» y su efecto sobre el acceso a los recursos, «estas relaciones determinan la distribución de los recursos escasos».

Otros autores incorporan al espacio estructural los aspectos relacionales (Moxley, 1989) que diferencia entre características estructurales, interaccionales y características de apoyo social de las redes sociales. Villaiba, C. (1993) dice que las redes sociales constituyen el principal apoyo natural de la persona al que acuden en primer lugar en caso de necesidad de ayuda, mientras que los servicios y programas, tanto públicos como privados, constituyen el apoyo formal, complementario y especializado con relación al apoyo natural.»

Las redes personales, familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc. cumplen una función importante en momentos de crisis y en los ciclos vitales (adolescencia, jubilación, enfermedad, muerte), momentos significativos que generan experiencia de apoyo, de pertenencia y de identidad.

Redes sociales y esquizofrenia

La mayoría de estudios sobre redes sociales realizados con personas que padecen esquizofrenia son estudios de redes egocéntricas, red de relaciones a partir del individuo estudiado. Inicialmente se mitificó el beneficio terapéutico de las redes sociales, por ser el espacio en el que tienen lugar las transacciones que generan el acceso a los recursos. Posteriormente se descubrió que las redes sociales ofrecen apoyo, pero al mismo tiempo hacen demanda y engendran estrés: «hay una considerable presión impuesta por las conexiones que tenemos y sus opiniones, acti-

tudes y en general el estilo de vida» (Hammer, M., 1981).

Un gran número de estudios determina que las personas con esquizofrenia tienden a redes personales que son más pequeñas que otros no esquizofrénicos (Pattison et al., 1975; Sokolovsky et al., 1978) y están caracterizadas por menor simetría de las relaciones (Tolsdorg, 1976; Sokolovsky et al. 1978). Las características básicas de la red social de la persona con esquizofrenia (Hammer, 1978) son los contactos restrictivos, la relativa inestabilidad de la red y el bajo nivel de conexiones con otras redes. La limitación para acceder a nuevas conexiones disminuye geoméricamente el potencial de crecimiento de una red, ya que los puntos de contacto con otras redes generan el efecto multiplicador.

Existen también diferencias en el tipo de relación y el rol que desarrollan (Cohen; Sokolovsky; 1971) y encuentran que las personas con esquizofrenia tienden a relaciones «uniplex». Los vínculos representan solo un tipo de contenido, frente a los no esquizofrénicos con relaciones «multiplex», relaciones que contienen más de un contenido ejerciendo diferentes roles y funciones. Se han descrito diferencias en la densidad de la red, que es el grado de interconexión entre los integrantes de la red y su conocimiento mutuo, aunque no eran muy significativas. Sugieren que las redes densas reducen la frecuencia de hospitalización, aunque es dependiente de otros factores como la psicopatología o el número de integrantes de la red.

Dozier, Harris y Bergman (1987), en su estudio sobre densidad de red y rehospitalización en pacientes adultos y jóvenes, llegan a la conclusión de que «moderados niveles de densidad de red social están asociados con menos días en el hospital». Hipotetizan que la red moderada es óptima para individuos psicológicamente vulnerables porque pueden mantener su red con bajo nivel de estrés. Muchos estudios han relacionado alta densidad de la red con grado de patología, pero algunos estudios relacionan baja densidad con el más alto grado de patología. Ellos consideran que ambas, «alta y baja densidad es problemática en pacientes jóvenes con repetidas rehospitalizaciones». No relacionan el número de personas de la red con días de hospitalización.

En estudios de redes de familiares que conviven con personas con esquizofrenia se ha descrito que si sus familiares tienen más contactos sociales se mejoran los resultados de los tratamientos (Brown, Birley and Wing, 1972).

3. Objetivos del estudio

El objetivo general de nuestro estudio es conocer la red social de personas con esquizofrenia que reciben atención en servicios de salud mental en la comunidad de la zona de referencia de la población de estudio.

Los objetivos específicos son determinar la estructura de la red social, su tamaño, densidad, grado y utilidad. Determinar, asimismo, las interacciones

de la red, su dirección, vínculos, conexiones y reciprocidad. Estudiaremos las relaciones que se producen entre la red social y las necesidades, sobre-carga familiar, funcionamiento psicosocial, habilidades de la vida cotidiana y sintomatología.

4. Hipótesis

El proyecto es en su formulación descriptivo-observacional. La finalidad principal es conocer la red social de las personas con esquizofrenia y posteriormente estudiar las posibles relaciones entre la red social y aspectos parciales del individuo (necesidades, funcionamiento psicosocial, habilidades, sintomatología y sobrecarga familiar) y contrastarlas con supuestos teóricos asumidos en la actualidad como supuestos verdaderos.

Supuestos teóricos a contrastar:

- A mayor gravedad psicopatológica menor red social.
- A menor red social aumento de la sobrecarga familiar.

5. Metodología. Diseño

Población de estudio

— El estudio está dirigido a personas con esquizofrenia que reciben atención en centros de salud mental ubicados en la comunidad.

El ámbito territorial corresponde a la zona de cobertura de los centros de

salud mental de Ciutat Vella de Barcelona, Cornellá, El Prat de Llobregat, Gavá y Cerdanyola, que forman parte de la red de asistencia de Sant Joan de Déu, Serveis Salut Mental, y que cubren un área poblacional de 394.064 habitantes mayores de 18 años.

Muestra

Se ha realizado con una muestra aleatoria simple de 84 individuos extraída del registro informatizado de usuarios que cumplen criterios de inclusión de los centros que participan en el estudio. Los índices de prevalencia en esquizofrenia se sitúan en el 1,15% estudio epidemiológico ECA, (Tien y Eaton, 1992), y en Europa dan una media del 0,6% (Warner, R.; Girolamo, G. OMS 1995), por lo que consideramos que dicha muestra, teniendo en cuenta la referencia de los estudios realizados sobre redes sociales, es de un valor elevado.

De la muestra seleccionada, 67 casos han sido incluidos definitivamente en el estudio. Los 17 casos restantes corresponden a personas que durante la fase de estudio han cambiado de zona de residencia (5), personas que han ingresado fuera de la zona de estudio (1), y personas que no han sido localizadas (11).

El volumen de casos realizados, 67, es un dato representativo de las personas que reciben tratamiento en la comunidad, teniendo en cuenta los datos de incidencia y prevalencia de la población general.

Los criterios de inclusión han sido:

- Diagnóstico de esquizofrenia según el manual DSM-IV.

- Atención en el Centro de Salud Mental de zona de residencia.

- Edad entre 18 años y 65 años.

Los criterios de exclusión:

- Retraso mental.

Pruebas y Tests. Instrumentos de trabajo

- Cuestionario de Red Social. Escobar, J. I.; Randolph, E. T.; The Social Network Questionnaire. (Adaptación castellana Guimón, J., y cols. 1985).

- Cuestionario Sociodemográfico de Discapacidad.

- Escala PANSS (evaluación estado clínico).

- Escala Life Skills Profile (Roser y colaboradores, 1989). Perfil de habilidades cotidianas.

- GAF; EEASL (Goldman y colaboradores, 1992). Funcionamiento global y actividad social y laboral.

- Cuestionario de Evaluación de Servicios.

- Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell. CAN.

- The Family Burden Interview Schedule-Short Form Richard Tessler, PH: D y Gail Gamache, Ph, D. (1994). Adaptado.

En primer lugar hemos utilizado el Cuestionario de Red Social. Tiene como objetivo estudiar la red de personas con las que un individuo se siente próximo, los ve, con los que habla y puede contar con ellos en caso de necesidad (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.).

Permite obtener datos básicos (sexo, parentesco, tiempo de relación, frecuencia, proximidad y naturaleza de la relación), y determinar a partir de situaciones habituales de necesidad, las posibilidades concretas de recibir ayuda y diferenciar si se ha recibido realmente la ayuda. Esta diferencia es básica en la obtención de datos de personas afectadas por esquizofrenia y ayuda a contrastar la real satisfacción de una necesidad.

Permite además evaluar la percepción que tiene la persona con esquizofrenia sobre la utilidad de las personas que conforman la red y la utilidad propia hacia la red. Asimismo podemos establecer el grado de conocimiento mutuo entre las personas que forman la red, su grado y su densidad.

A grandes rasgos podemos diferenciar los datos a obtener por medio de dos parámetros: estructural e interaccional.

Con el criterio estructural podemos establecer el número de personas que conforman la red, su densidad y la interconexión entre los diferentes miembros.

Desde el punto de vista interaccional podemos establecer la frecuencia de contactos y su naturaleza, la

reciprocidad, la direccionalidad de la ayuda y la percepción de utilidad.

Hemos recibido el apoyo del grupo de investigación Nedes, formado por psiquiatras, psicólogos, enfermería y trabajadores sociales, de Sant Joan de Déu, Seveis Salut Mental, para la utilización de un cuestionario socio-demográfico para determinar las características básicas de los sujetos de estudio, un cuestionario de evaluación de necesidades (CAN), y diferentes escalas que nos permiten evaluar aspectos psicopatológicos, habilidades de la vida cotidiana, discapacidad y calidad de vida (PANSS, GAF, LSP, QOL).

El cuestionario de sobrecarga familiar se ha realizado, pero ante la dificultad para analizar la información cuantitativamente queda pendiente para futuros trabajos.

Análisis de resultados y método

Se ha utilizado el programa estadístico SPSS. Para el análisis de datos, se ha utilizado media, mediana y moda, desviación estándar, comparación de medias, pruebas paramétricas (t. Student), pruebas no paramétricas (MacNemar) y medias repetidas. Se ha utilizado para el análisis de variables la correlación lineal, correlación de Pearson y Chi².

6. Características socio-demográficas

En primer lugar analizaremos las características de las personas que com-

ponen la muestra de las 67 personas con diagnóstico de esquizofrenia que participan en el estudio. Posteriormente analizaremos las características de la red social que configuran.

Edad

La edad media de la muestra es de 40 años, siendo el intervalo 31-40 años el de mayor frecuencia. El 84,1% de la población estudiada se sitúa en la franja de edad de 21-50 años.

Sexo

La distribución por sexos corresponde a 42 varones (62,%) frente a 25 mujeres (37,3%). La mayoría de estudios sobre incidencia de la esquizofrenia por sexos dicen que es similar entre varones y mujeres (Häfner, 1991). Sin embargo, algunos estudios han encontrado significativa la alta incidencia en varones (Lacono y Breiser, 1992; estudio Dosmed de la OMS, Jablensky et al. 1992). Sí que se han observado diferencias en la edad de inicio, más tardía en mujeres, y mayores dificultades de recuperación en varones. Se ha hipotetizado que la presentación más tardía en mujeres les proporciona un nivel superior de competencia social. Además, su menor exposición al estrés laboral, hasta la actualidad, funcionaba como protector de situaciones desencadenantes de crisis. El volumen de varones en tratamiento en los centros de salud mental en la comunidad suele ser mayor que el de mujeres en esta

patología, por lo que las muestras presentan estas diferencias.

Estado civil

La mayor parte de las personas estudiadas son solteras (el 71,6%), un 7,5% están separados o divorciados y sólo un 20,9% están casados o viven en pareja.

Nivel de instrucción

Un 32,8% de la población estudiada tiene los estudios primarios incompletos y un 34,3% finalizó estudios primarios. Solo un 9,1% finalizó estudios secundarios y un 1,5% estudios universitarios. El 69,7% de la muestra como máximo finalizó estudios primarios.

Situación laboral. Incapacidad. Ingresos económicos

La mayor parte de la población estudiada está en situación de incapacidad, invalidez o de baja laboral (68,2%). Sólo el 4,5% es ocupado activo (mes anterior) y mantiene actividad laboral. Un 7,6% corresponde a tareas del hogar.

El certificado de minusvalía es el documento que acredita el reconocimiento oficial de la disminución. El 66,2% tiene el certificado de minusvalía.

El 16,9% no tiene ingresos económicos propios de ningún tipo y sólo un 6,2% percibe ingresos por trabajo.

Los ingresos aproximados medios son de 58.210 ptas./mes, cantidad que se sitúa por debajo del Salario Mínimo Interprofesional.

Personas con las que vive

Un 20,9% ha formado su propia familia. La mayoría vive con sus padres u otros familiares (56,7%). Vive solo un 13,4%.

Cuando se valora la situación de cabeza de familia lo son sus padres o su pareja en un 67,1%.

Edad de inicio de la enfermedad

La edad media de inicio de la enfermedad se produjo entre los 22 y 23 años, edad que la mayoría de los estudios establecen como momento de mayor riesgo de inicio de la enfermedad.

Promedio de atención en salud mental

El número de contactos de los usuarios en los Centros de Salud Mental es de una media de 7,58 visitas/año con el psiquiatra y de 2,4 visitas/año con el Trabajador Social.

Cumplimiento terapéutico

El 86,4% corresponde a un cumplimiento alto o medio, un 9% moderado y un 4,5% sin vinculación. Teniendo

en cuenta las dificultades en la continuidad de los tratamientos que presentan las personas con esquizofrenia, podemos considerar que es una muestra de estudio representativa de las personas con seguimiento en la comunidad aunque no es posible determinar, en estos momentos, si los resultados pueden ser válidos para el grupo de enfermos que no aceptan los tratamientos en los centros ambulatorios o aquellos que permanecen ingresados en unidades de larga estancia.

Ingresos hospitalarios realizados durante el año anterior

Un 17% requirió ingreso en Unidad de Agudos (situaciones de crisis) y un 3,8% requirió ingreso en Unidad de Subagudos (ingresos programados), que suelen tener una duración aproximada de entre 3 y 6 meses.

7. Escalas. Valoración

GAF. Escala de evaluación de la actividad global

Es una escala que evalúa el funcionamiento global del sujeto y que cubre tres dimensiones principales de la psicopatología: alteraciones del funcionamiento diario, prueba de realidad y riesgo de violencia o suicidio.

La puntuación media del GAF en la muestra ha sido de 42,94 con valores de 15 a 85 y una Dv. Std. 11,64. Se considera que un GAF inferior a 50 deter-

mina la inclusión en la categoría de Trastorno Mental Severo.

La puntuación obtenida corresponde a cualquier sintomatología grave o alteración grave del funcionamiento, que la mayoría de los médicos pensaría que obviamente requiere tratamiento o atención.

PANSS (Escala de Síndrome positivo y Negativo de la Esquizofrenia)

La información se obtiene en una entrevista psiquiátrica semi-estructurada para la observación de las siguientes funciones: afectividad, psicomotricidad, cognición, percepción, atención, integración e interacción. Permite valorar la sintomatología positiva (activa), negativa y general.

Escala Psicopatología Positiva: **2,33.**

Escala Psicopatología General: **2,46.**

Escala Psicopatología Negativa: **3,93.**

Los valores obtenidos nos sitúan en una muestra con predominio de cronicidad, aunque los valores corresponden a un nivel de intensidad de síntomas que no interfieren gravemente en la vida cotidiana ya que los síntomas actuales son considerados consecuencia del continuum de la enfermedad. Desde un punto de vista social estas características son determinantes en las posibilidades de rehabilitación, aunque no por ello menos difícil-

les de solventar: «las consecuencias de la enfermedad son más graves que la propia enfermedad» (Anthony, W., 1978).

Existe un mayor predominio de síntomas de carácter negativo (embotamiento afectivo, retraimiento emocional, contacto pobre, retraimiento social, dificultades de pensamiento abstracto, ausencia de espontaneidad y pensamiento estereotipado), por encima de los síntomas positivos (activos) más frecuentes en situaciones de crisis (delirios, alucinaciones, etc.) o de los síntomas de carácter general (ansiedad, depresión, etc.)

Cuestionario de Evaluación de Necesidades. CAN

El Cuestionario de evaluación de Camberwell (CAN), es un instrumento para la evaluación global de las necesidades. Está concebido para evaluar las necesidades de las personas con grave enfermedad mental. Valora necesidades cubiertas y no cubiertas, y permite diferenciar la valoración que hace el profesional de referencia de la valoración que hace el propio usuario de su situación.

Contiene 22 áreas: alojamiento, alimentación, cuidado del hogar, cuidado personal, actividades diarias, salud física, síntomas psicóticos, información, angustia, seguridad de sí mismo, seguridad de los otros, alcohol, drogas, compañía, relaciones de pareja, sexualidad, cuidado de los hijos, educación básica, teléfono, transporte, dinero y ayudas

sociales. De cada una de las áreas determina si está cubierta o descubierta, el nivel actual de apoyo por parte de familiares y amigos, el nivel de apoyo de los servicios locales y la percepción del entrevistado acerca de lo apropiado y la efectividad de las intervenciones, así como la satisfacción.

El análisis global de necesidades determina que alrededor de 1/4 parte de las áreas consideradas básicas presenta algún tipo de necesidad, tanto si la necesidad no está cubierta y supone un problema grave, como si existe necesidad y no puede ser cubierta por el individuo por lo que precisa ayuda de la familia o de los servicios locales para su satisfacción.

Los profesionales han valorado que en una media de 6,04 áreas existe necesidad.

Los usuarios encuestados han valorado que en una media de 5,33 áreas existe necesidad.

Las necesidades más graves desde el punto de vista del usuario se refieren por orden de prioridad a la ocupación de actividades diarias, ayudas sociales, angustia y compañía. Desde el punto de vista del profesional las áreas no cubiertas en mayor grado fueron ocupación en actividades diarias, compañía, síntomas psicóticos y educación básica. Sorprende que a pesar de la gravedad de la situación social de las personas con esquizofrenia, la valoración de los profesionales no incluya el área de ayudas sociales entre las de mayor peso.

En el análisis global de datos no encontramos correlaciones significativas entre el número de áreas de necesidad y el número de personas que componen la red social. A pesar de ello y dado el gran volumen de datos todavía por analizar consideramos la posibilidad de realizar un estudio específico sobre las necesidades, el nivel de apoyo familiar y local y su relación con las redes sociales y la ayuda recibida desde la red.

Calidad de vida. QOL

La percepción de calidad de vida por parte de los usuarios se sitúa en una media de 76,96 que corresponde a un valor de satisfacción por encima de la indiferencia hacia el valor normal-bien. Este dato contrasta con la difícil situación social y personal de la población de estudio. Ante las elevadas posibilidades de fracaso en el intento de resolver una necesidad, se produce la aceptación y adaptación resignada que son reflejo de la falta de oportunidades de este colectivo.

Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. LSP

Se han valorado las áreas de autocuidado, comportamiento social interpersonal, comunicación, comportamiento social no personal y vida autónoma. El LSP total medio ha sido de 124,88.

LSP Total..... 124.88

El punto de corte para la interpretación del LSP se sitúa en el valor 120. Por encima de 120 corresponde a valores que permiten habilidades que no interfieren gravemente en la vida social en la comunidad.

Analizando los datos en dos subgrupos (hasta 120 y 120 o más) encontramos que del total de la muestra, el 67,3% puntúan 120 o más. Un 32,7% está por debajo de 120 puntos y que por tanto, presentan déficits en habilidades sociales básicas para el desempeño en la comunidad.

Discapacidad

Analizadas las áreas de cuidado personal, funcionamiento familiar, funcionamiento ocupacional y funcionamiento social encontramos que destacan graves dificultades en el funcionamiento ocupacional y social, y de importancia en el funcionamiento familiar y cuidado personal.

El 90,8% tiene dificultades en el funcionamiento social.

El 78,5% tiene dificultades en el funcionamiento familiar.

8. Red social

Esta parte del trabajo analiza la red social de los 67 casos incluidos en el estudio de todas las personas a las que ven, con las que hablan, con las que se sienten próximos y pueden contar en caso de necesidad.

Número de personas que componen la red

El número de personas que componen la red social de los casos estudiados va de un mínimo de 1 persona a un máximo de 15 personas. La media de personas se ha situado en 7,45 y el intervalo mayor está en el grupo de 7-9 personas con un 34,3%.

Un 41,7% de personas tienen una red de un máximo de 6 personas. Sólo un 24% tiene más de 9 personas en su red social. El número de personas que más se ha repetido (moda) es el de 8 y la mediana se sitúa en 7.

Cuando analizamos la correlación entre la edad de las personas con esquizofrenia y el número de red que tienen encontramos que existe tendencia ($p = 0,079$). Cuanto más joven es la persona mayor es el número de personas que componen la red.

Si analizamos la correlación entre la edad de inicio de la enfermedad y el número de personas que componen la red, encontramos que existe tendencia ($p = 0,091$) a menor edad de inicio mayor red social.

Hemos encontrado correlación significativa entre el número de personas que componen la red y la gravedad psicopatológica (PANSS). A mayor gravedad psicopatológica (puntuación PANSS total) menor número de personas en su red social ($p = 0,041$), por lo que el supuesto teórico propuesto en la hipótesis se confirma. Al desglosar el PANSS por tipo de sintomatología encontramos que la asociación se incre-

menta al cruzarla con síntomas positivos-activos ($p = 0,039$) y sólo muestra tendencia en los síntomas negativos ($p = 0,096$). Este dato nos puede hacer pensar que la presencia de este tipo de síntomas (alucinación, delirios,...) son los que en mayor grado pueden influir en la configuración de la red social y sobre todo de la red externa, que se estructura a través de la utilización de recursos de la comunidad, de ocio, educativos, laborales, y que permiten establecer redes de apoyo no familiares.

Sexo. Edad

La media de mujeres que componen la red social es de 3,85, mientras que la de los varones es de 3,43

La edad media de las personas que componen la red social es de 41,95 años.

En la franja de 30 a 50 años se sitúa el 77,4 % de la red social.

Parentesco en la red

El 71,07% de las personas que componen la red social de las personas con esquizofrenia son familiares.

La media de familiares de la red es de 5,16 frente a 2,1 de no familiares.

Destaca el bajo nivel de relación con personas en la comunidad (vecinos, amigos, compañeros de trabajo) y familiares no consanguíneos (esposos). El 46,3% no incluye amigos en su red y el 80,6% no incluye vecinos.

Contacto con la red. Frecuencia

Del total de contactos medios con personas de la red (7,26), casi la mitad (3,04) son de frecuencia diaria, lo que quiere decir que cada día, en promedio, tienen contacto con la mitad de las personas que configuran su mundo relacional básico. Sólo 9 personas de las 67 estudiadas no tienen contacto diario con personas de su red social.

Proximidad y cercanía de la red

Si establecemos 2 grupos (casa y fuera de casa), la media de contactos con personas de la red de los que viven en casa es de 3,6 frente a 3,85 de los de fuera de casa.

Aproximadamente la mitad de los contactos con personas de la red se producen con personas del mismo domicilio.

El 19,4%, 13 personas del estudio, no tienen, de las personas que han mencionado de su red, a ninguna de ellas en su propia casa, siendo su red externa al domicilio.

El 1,5%, una sola persona, no tiene red social fuera de su domicilio. El resto tienen alguna persona fuera de su casa.

Naturaleza de la relación

Cuando se consultó a las personas con esquizofrenia sobre la percepción que tenían de la relación con cada

una de las personas de su red y cómo la puntuaban en una escala de muy negativa a muy positiva, resultó que el 82.89% de las personas de la red fue considerada en el grupo que iba de positiva a muy positiva. Existe un alto grado de percepción positiva sobre las personas de la red social.

Tiempo que conoce a la red

La media del tiempo que conoce a los miembros de la red es de 25,88 años. Teniendo en cuenta que la media de edad de las personas con esquizofrenia que participan en el estudio es de 40 años, este resultado indicaría que son redes muy antiguas a las que se incorporan muy pocas personas en el transcurso de la vida.

De los 67 casos sólo en 2 casos se encontraron personas conocidas en la red desde hacía menos de 11 años.

Tipo de relación

La valoración se realiza teniendo en cuenta los criterios: 1) cara a cara 2) teléfono/carta. Casi la totalidad tienen contacto directo, cara a cara, con los miembros de su red social (94,89).

La relación con los miembros de la red es casi absolutamente cara a cara a través del contacto directo y personal. En estudios realizados sobre sobrecarga familiar se considera que el contacto diario, cara a cara, de más de 35 horas semanales aumenta la tensión familiar e incrementa la vulnerabilidad.

Situaciones de ayuda

A partir de situaciones en las que la gente generalmente necesita ayuda, se pregunta sobre lo que la persona haría o ha hecho en cada caso, si tiene a alguien que le puede ayudar, si no tiene a nadie o lo resolvería de otro modo, o si rechaza la ayuda. Además se confirma si alguna vez recibió ese tipo de ayuda. Se valoró desde situaciones que precisan ayuda de emergencia física, económica, lugar para dormir o divertirse, hasta la petición de consejos o pedir azúcar a un vecino.

La mayoría de las situaciones que puede cubrir una red próxima tienen posibilidad de ayuda cuando son de carácter puntual, sobre todo las que tienen que ver con el área de la salud, disminuyendo las posibilidades de recibir ayuda cuando se trata de problemas sociales graves (lugar para dormir). Destaca la grave dificultad para solicitar ayuda en el entorno comunitario próximo (pedir azúcar o clavos) y el rechazo a comentar problemas íntimos con las personas de la propia red social.

Recepción real de ayuda

Además de solicitar la información sobre las diferentes situaciones de necesidad de ayuda, preguntamos sobre la recepción real de esta ayuda y si la persona mencionada en alguna ocasión había realizado esta ayuda, con la finalidad de objetivar desde lo concreto y diferenciarlo de lo que puede ser una percepción subjetiva.

La media de recepción de ayuda recibida se sitúa en 10,43 frente a una media de 4,39 de casos en los que no se ha recibido la ayuda pero se solicitaría dicha ayuda.

El 70,37% corresponde a ayuda real recibida. Las personas encuestadas incluyen en su red mayoritariamente a personas que ya les han ofrecido algún tipo de ayuda concreta.

Utilidad de la ayuda

Si analizamos la valoración de utilidad que la persona con esquizofrenia hace de las personas de su red, encontramos que un 52.3% son catalogados dentro de las categorías de muy útil y extremadamente útil.

- Ninguna utilidad: 7,44%
- Ligeramente útil: 11,67%
- Moderadamente útil: 28,57%
- Muy útil: 28,16%
- Extremadamente útil: 24,14%

Reciprocidad de la red

Hemos determinado los valores de reciprocidad a partir de la comparación de datos entre el valor de utilidad que la persona con esquizofrenia da a cada persona de la red y el valor de utilidad que la persona con esquizofrenia se da a sí misma al valorar su utilidad hacia la otra persona, por tanto, es una valoración realizada desde la percepción de la persona entrevistada.

Cuando la red social no supera las 8 personas, la persona con esquizofrenia valora la utilidad de la red en mayor grado que su propia utilidad por lo que percibe la red como asimétrica y dependiente.

Cuando la red aumenta en número superior a 8 hasta el número 15, que es el número mayor de red encontrado en nuestro estudio, se incrementa la simetría de la red. Al analizar los datos por parentesco encontramos que en los valores entre el 8 y el 15 correspondían al grupo de amigos, vecinos y otros familiares no catalogados.

La simetría de la red está en función del tipo de parentesco. En las personas más próximas de la red (padres, cónyuge y hermanos) la relación es dependiente. La lejanía de la red, en cambio, configura relaciones con tendencia a la simetría, como son las relaciones con amigos, vecinos y compañeros de trabajo.

Si tenemos en cuenta que la red media es menor de 8 personas y que la componen mayoritariamente familiares, obtenemos que las redes en general son dependientes y asimétricas.

Densidad de la red

La densidad de la red es el grado de interconexiones entre los miembros de la red; determina el conocimiento mutuo entre todas las personas de una red.

$D = Na / N(N-1)/2$. Donde Na es el número de relaciones mutuas exclu-

yéndose el individuo y N es el número de personas que configuran la red. El valor resultante es un valor de 0 a 1, donde 0 es mínima densidad (los miembros de la red no se conocen entre ellos) y 1 que representa la máxima densidad posible, donde todos los miembros de la red se conocen entre ellos.

La densidad media de la población de estudio es de 0,82, lo que muestra alta densidad de la red. La media de densidad es similar en varones (0,80) que en mujeres (0,83). Casi todas las personas de la red de relaciones se conocen entre ellas, configuran una red cerrada alrededor de la persona. Los primeros estudios sobre redes de personas con esquizofrenia indicaban que las redes densas son más protectoras y reducen la rehospitalización, estudios posteriores han indicado que las redes con niveles moderados de densidad están asociados con menos días de hospitalización.

Hemos encontrado asociación entre la baja densidad de la red y la discapacidad en el funcionamiento familiar ($p = 0,019$). A mayor discapacidad en el funcionamiento familiar de la persona con esquizofrenia, es más baja la densidad de la red. Existen estudios que han relacionado el mayor grado de patología con la más baja densidad de red. En nuestro estudio no hemos encontrado relación entre patología y densidad, sí en cambio entre patología y número de personas en la red y entre la más baja densidad de red y la discapacidad en el funcionamiento familiar.

9. Conclusiones

El estudio de redes sociales se ha realizado sobre una población de 67 personas diagnosticadas de esquizofrenia. La edad media es de 40 años (67,2% varones y 37,3% mujeres), el 71,6% son solteros, con bajo nivel de estudios y alto grado de incapacidad laboral, la mayoría vive con sus padres u otros familiares. Reciben atención de salud mental en la comunidad con alto grado de cumplimiento terapéutico. Es una población con un alto grado de cronicidad.

Se detecta un alto grado de áreas con necesidad. Una cuarta parte de las necesidades consideradas básicas, a pesar de ello, tienen una percepción personal de calidad de vida «normal».

Un 32,7% presentan déficits importantes en habilidades sociales básicas para el desempeño en la comunidad y graves dificultades en el funcionamiento social y laboral, siendo de importancia en el área familiar y de cuidados personales.

Sus ingresos económicos medios están por debajo del salario mínimo interprofesional. Nos encontramos con una población con un grado elevado de dependencia familiar.

El número de personas que componen su red social es de una media de 7,45, de las que el 71,07% son familiares. El nivel de contacto con la comunidad es mínimo.

El contacto con la red es mayoritariamente de frecuencia diaria y cara a

cara. La mitad de los contactos con personas de la red se producen con personas del mismo domicilio.

La percepción que tienen de las personas de su red es altamente positiva. Las redes son muy antiguas y asimétricas, que no incorporan nuevas personas conocidas en el transcurso de la vida. Ofrecen más al sujeto de lo que él puede ofrecer.

La densidad de la red es muy elevada (0,82) donde casi todos los miembros de la red se conocen entre sí.

Hemos determinado que existe asociación entre la gravedad de los síntomas y el número de personas que componen la red y que se incrementa cuando se relacionan independientemente con los síntomas positivos-activos ($p = 0,039$). Este dato puede ser de gran importancia en el desarrollo de programas sobre el control de síntomas y su repercusión en las redes sociales, así como en la aplicación programas psicosociales (habilidades, entrenamiento social, formación psico-educativa) que tengan como finalidad preservar la red social.

Hemos podido determinar que existe asociación entre la baja densidad de red y la discapacidad en el funcionamiento familiar ($p = 0,019$). Cuando la densidad de la red es muy baja encontramos las mayores dificultades en el funcionamiento familiar. Las personas con mayor dificultad para relacionarse con los miembros de su familia o que en la familia se producen mayores dificultades de relación, configuran redes con personas que no se conocen unos a

otros. La atención a sus familias (información, soporte y contención), así como el refuerzo de las capacidades relacionales del individuo pueden incidir en el desarrollo de redes más sólidas y con capacidad de apoyo en la resolución de necesidades en la comunidad.

En el análisis de datos no hemos encontrado asociación entre el número de personas de la red o la densidad de la red cuando lo hemos correlacionado con datos globales de percepción de calidad de vida, necesidades y habilidades de la vida cotidiana. Cada uno de estos apartados merece un estudio especializado que esperamos se pueda desarrollar a partir de este primer estudio que nos ofrece una base sobre la que edificar nuevos proyectos.

Hemos utilizado la metodología clásica de investigación. El rigor metodológico garantiza credibilidad en las conclusiones pero supone pagar un alto precio y limitar la creatividad. Quedan fuera la espontaneidad, la improvisación y la conjetura, aunque como dice Oliveira en Rayuela, de Cortázar, nadie ha demostrado que la ciencia y la lógica sean uña y carne.

10. Consideraciones sobre red social y programas de rehabilitación.

Buscando aplicaciones prácticas

El sujeto con esquizofrenia suele optar por una posición pasiva y aislada

que determina un alto grado de dependencia y dificultad para ofrecer comportamientos recíprocos. Sus familias también tienden al aislamiento con el entorno, centran su vida en la persona enferma, pierden sus propias relaciones e incluso se distancian de la familia extensa, bloqueando la posibilidad de conexión con nuevas redes, ya que el contacto con otras redes multiplica la posibilidad de incrementar la propia red. La configuración final de la red, tanto de la familia como del afectado, es de una red cerrada.

Las redes, en general, tienden a estructurar actividades colaboradoras o competidoras entre los sujetos para asegurarse recursos escasos (Rodríguez, J. A. 1995). La competencia estructural por los recursos escasos es inherente al sistema social. Así, tanto los individuos como las familias con problemas de salud mental se sitúan en una posición de debilidad en la distribución y acceso a los recursos que ofrece la comunidad.

La posición del miembro en una red condiciona su acceso a los recursos existentes. La asimetría de las relaciones determina un acceso desigual y configuran redes jerárquicas con sujetos pasivos y dependientes. La red cerrada determina relaciones con tendencia a la resolución de necesidades autárquica, entre los propios miembros de la red, buscando resolución fuera de la red cuando la propia red no puede satisfacerlas. En el estudio de las situaciones en las que generalmente se necesita ayuda de otros, pudimos observar que están cubiertas las que

una red muy próxima puede resolver. En cambio tienen graves dificultades para solicitar ayuda en el entorno comunitario, de forma que cuando no pueden resolver una necesidad en el entorno próximo será difícil que encuentren resolución en la comunidad.

En el tipo de red que muestra el estudio, las posibilidades de ayuda se dan a través de ligámenes directos (familiares o amigos) no existiendo la posibilidad de satisfacer necesidades a través de vínculos indirectos que sitúan en sistemas sociales más amplios. Los flujos de información que facilitan el acceso a los recursos se transmiten en la conexión entre diferentes redes, por lo que la persona con esquizofrenia con acceso a una única red cerrada y habitualmente aislada de la conexión con otras redes queda al margen de los canales a través de los que circula la información.

Cuando un sujeto de la red puede intercambiar una función con otro miembro de la red se sitúa en un nivel de equivalencia estructural que le permite jugar el mismo papel. La persona con esquizofrenia tiene pocas posibilidades de establecer equivalencias con su red próxima o la comunidad, de ser recíprocos, tanto si lo analizamos desde el punto de vista de las características sociales definidas en el estudio (nivel de estudios, ingresos económicos, capacidad laboral, etc.), como desde el punto de vista relacional (discapacidad, déficits en habilidades sociales, etc.).

Las redes pequeñas, densas y homogéneas están relacionadas con

una identidad poco cambiante (Walker, 1977; Villalba 1995). La cercanía y densidad pueden ofrecer mucho apoyo pero tendrán menos probabilidad de estimular cambios u ofrecer ayuda en circunstancias que no son familiares a los miembros de la red. Una característica que hemos podido analizar conjuntamente con las características típicas (pequeña, densa y homogénea) y que confirma la dificultad de cambio es la antigüedad de la red, ya que muy pocas personas tenían nuevos conocidos desde hacia 11 años.

Las redes amplias, diversas, recíprocas, con una densidad media, estables y con intensos vínculos entre los miembros de la red son los que ofrecen mayores posibilidades para el desarrollo social de las personas (Villalba, C. 1995). Los estudios realizados con personas con esquizofrenia observaron inicialmente que la alta densidad de red tiene un efecto protector, posteriormente se comprobó que las redes moderadas son óptimas para individuos vulnerables.

Los programas de rehabilitación se iniciaron dentro de los hospitales psiquiátricos con la finalidad de preparar a personas con larga estancia hospitalaria hacia una vida más autónoma en la comunidad (pisos protegidos, retorno al medio familiar). Ahora forman parte de tratamientos en el contexto comunitario y se dirigen a personas con seguimiento ambulatorio teniendo como objetivo la integración sociocomunitaria.

Los programas de rehabilitación en la comunidad obligan a la persona

que participa a entrar en contacto con una red social más amplia. La dificultad se plantea en el tránsito de una red protectora y autárquica, habitualmente la familia, que provee y satisface una serie de necesidades, a pesar de los conflictos que se generan en su interior, hacia una red moderada, que incrementa el nivel de estrés, demanda mayor nivel de intercambio a sujetos con graves dificultades para ser recíprocos (escasez de recursos y dificultades de relación) y alta dificultad para tolerar el estrés que generan las nuevas relaciones. La disminución del estrés de la red inicial ¿es proporcional al incremento de estrés en la nueva red?. La práctica cotidiana nos hace pensar que no es así, que las modificaciones que implican cambios en la red social habitual generan estrés tanto en el individuo como en su familia, por tanto, cualquier cambio en la red debería incluir factores de protección que amortigüen sus consecuencias y permitan al individuo tolerar la nueva red.

¿Cómo se enmarcan los programas de rehabilitación en la asistencia que reciben las personas con esquizofrenia? Actualmente la prestación de servicios no se realiza desde un programa global y directo, estructurado, que contemple un objetivo claro que unifique todas las actividades o programas específicos que se realizan. Se ofrece atención ambulatoria al individuo y a veces a su familia, con visitas a diferentes profesionales, programas psicoeducativos, rehabilitación en centros de día, ingresos en hospital psiquiátrico u hospital de día. Cada actividad puede

depender de un servicio diferente que realiza sus actividades con las limitaciones propias de cada servicio (número de plazas, límites temporales, imposibilidad de coordinar estrategias con otros servicios, etc.) e intentan coordinar la temporalidad de las posibles intervenciones con la temporalidad que marca el estado y proceso de la persona destinataria de las intervenciones.

El destinatario se ve sometido a cambios continuos, con aproximación a redes sociales diferentes con el inevitable incremento de estrés que suponen los nuevos contactos y con el mismo nivel de protección, lo que en gran número de ocasiones supone la vuelta a la red inicial con una inestabilidad ya conocida y por tanto más segura, ya que ofrece una mínima protección.

Los resultados del estudio orientan hacia la prevención de la influencia de la sintomatología positiva (delirios, desorganización conceptual, comportamiento alucinatorio, excitación, grandiosidad, suspicacia/perjuicio y hostilidad) y de la discapacidad en el funcionamiento familiar, en la configuración y mantenimiento de la red social. Contemplar estos aspectos y su influencia en la participación en programas de rehabilitación, así como incorporar alternativas que mejoren la protección y tolerancia a los contactos que significan ampliar la red social, puede reforzar la propia red, posibilitar su desarrollo, incrementar los recursos propios de la red y su acceso a nuevos recursos, aumentar en definitiva la capacidad para participar en la vida social. En palabras de Silvia Navarro

(1998) «poniendo en contacto, relacionando, vinculando, creando y ampliando redes sociales que a modo de tela de araña irán dibujando el espacio comunitario».

Bibliografía

- ÁLVAREZ, A. (1995): «La dimensión subjetiva de la vida social: les xarxes socials». *RTS* n.º 140 pp 54-63. Col·legi Oficial de Dts i AASS de Catalunya.
- American Psychiatric Association (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. versión española 4.ª edición (DSM-IV). Ed. Masson. Barcelona.
- ANTHONY, W.; COHEN, M., y VITALO, R. (1978): «The measurement of rehabilitation outcome.» *Schizph. Bull.* 4: 365-383.
- ARGENTE, J. A. (1991): «Estudio comparativo de las redes sociales en pacientes esquizofrénicos y depresivos». *Folia Neuropsiquiátrica* Vol. XXVII-3.
- ATKIN, R. (1975): *Q-analysis. Theory and Practice*, Clchester, Department of Mathematics. University of Essex.
- BARNES, J.A. (1954): «Class and communities in a norwegian island parish». *Human relations*, 7 (39-56).
- BARRÓN LÓPEZ, A. (1990): «Apoyo social: definición». *Jano*, 38, (63-67).
- BAVELAS, A. (1984): «A mathematical model for group structure». *Applied Anthropology*, 7, 16-30.
- BERGE, C. (1967): *La Theorie des Graphes et ses applications*, Paris, Dunod.
- BREADHEAD, W. E.; KAPLAN, B. H.; JAMES, S. A.; WAGNER, E. M.; SCHOENBACH, V. J.; GRIMSON, R.; HEYDEN, S.; TIBBLIN, G.; GENLBACH, S. H. (1983): «The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health». *Am. J. Epidemiol.* 117: 537-621.
- CANALS, J. (1991): «Comunidad y redes sociales: de las metáforas a los conceptos operativos». *Revista de Servicios Sociales y Política Social* n.º 23, (7-18). De Col. G. De DTS y AASS.
- COHEN, C. I.; SKOLOVSKY, J. (1971): «Schizophrenia and social networks: Expatriates in the Inner City». *Schizophrenia Bulletin*, 4 (4), (546-560).
- COHEN, S.; SYME, I. (1985): *Social support and health*. Academic Press. New York.

- DABAS, E.; SLUZKI y cols (1993): *Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. De. Paidós, Buenos Aires.
- DOZIER, M.; HARRIS, M., y BERGMAN, S. (1987): «Social network density and rehospitalization among young adult patients», *Hospital and Community Psychiatry*, 38 (1), (61-65).
- EATON, W. W. (1985): «Epidemiology of schizophrenia». *Epidemiological reviews*, 7: 105-126.
- ESCOBAR, J. I.; RANDOLPH, E. T. (1981): «Social Networks Questionnaire». *Veterans Affairs Medical Center*. Los Angeles.
- GIGGS, J. A.; COOPER, J. E. (1987): «Ecological structure and the distribution of schizophrenia and affective psychoses in Nottingham». *British journal of psychiatry*, 151: 627-633.
- GOLDSTEIN, M. J. et al. (1978): «Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics». *Arch. Gen Psychiatry*, 35: 1169-1177.
- GUIMÓN, J.; RUIZ, A. y cols. (1985): «Red social en la población de Guecho». *Psiquis Vol 6*, 4/85, (121-130).
- GUIMÓN, J.; y cols. (1986): «Red social en pacientes psiquiátricos del País Vasco». *Actas Luso-Españolas Neurol. Psiqui.*, 14/2, (128-38).
- GUNDERSON J. G., MOSHER, L. R. (1975): «The cost of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 132: 901-6.
- HÄFNER, H. (1990): «New perspectives in the epidemiology of schizophrenia». *Search for the causes of schizophrenia*. Vol II. Berlin, Springer-Verlag, pp 408-431.
- HARAY, F. (1971): *Graph Theory*, Reading, Mass, Addison Wesley.
- HAMMER, M. (1981): «Social supports, social networks and schizophrenia». *Schizophr. Bull.* 7, (45-57).
- HAMMER, M.; MAKIESKY BARROW, J.; GUTWIRTH, L. (1978): «Social networks and schizophrenia». *Schizophrenia Bulletin*, 4 (4): 522-544.
- HERRERA, R.; AUTONELL, J. y cols. (1987): «Estudio epidemiológico en Salud Mental de la comarca del Baix Llobregat». *Informaciones Psiquiátricas* n.º 107 pp13-37.
- HOGARTY, Anderson, REISS, et al. (1981): «Family, Psychoeducation, social skills training». *Arch. Gen Psychiatry*, 48: 340-347.
- KEITH, S. J. et al. (1991): «Schizophrenic disorders in America». En: Robins L, Regier DA (eds.), *Psychiatric disorders in America*. New York, Free Press, pp 31-51.
- KLEE, G. D. et al (1967): «An ecological analysis of diagnosed mental illness in Baltimore». Washington, DC, American Psychiatric Association, pp 107-148.
- LIN, N.; DEAN, A.; ENSEL, W. M. (1981): «Social support scales: A metodological note». *Schizophr. Bull.* 7 (1), 73-89.
- MONTERO, I. (1993): «Funcionamiento social medido por medio del DAS II en una muestra de pacientes esquizofrénicos seguidos a lo largo de 2 años». *Psiquis* 10/93 (352-358).
- MORENO, J. L. (1934): «Who Shall Survive», Washington, D.C. 1934. (*Nervous and ental Disase Monograph*, 58).
- MOSHER, L. R.; KEITH, S. J. (1980): «Psychological treatment: individual, group, family and community support approaches». *Schizophrenia Bull.*, 6 (1): 10-41.
- MOXLEY, D. P. (1989): *The practice of case management*. Beverly Hills, CA. Sage.
- NAVARRO PEDREÑO, Silvia (1998): «Tiempo de interlunio: apuntes para repensar la primaria». *R.T.S. n.º 150* págs. 23-43.
- OLEA RENOVALES, M. J. (1993): «La red social en el estudio de los pacientes psiquiátricos». *An. Psiquiátria*. Vol 9 n.º 8 (355-362).
- PATTISON E. M. et al.: (1979): «Social network meditation of anxiety. *Psychiatry Ann.* 9, (56-67).
- PETRI, C. A. (1996): «Communication with Automata», *Final report*, Vol 1, sup.1, Picenton (New Jersey).
- REGIER, D. A., NARROW, W. E. et al. (1993): «The de facto U.S. Mental and Addictive Disorders Service System: Epidemiologic Catchment Area Prospective 1-year prevalence rates disorders and services». *Arch. Gen. Psychiatry* 50: 85-94.
- RODRÍGUEZ, J. A. (1995): «Análisis estructural y de redes». Centro de Investigaciones Sociológicas. *Col. Cuadernos metodológicos* n.º 16.
- SALCEDO, M.; PINILLA, B.; GUIMÓN, J. (1987): «La red social en personas psicológicamente afectadas». *Psiquis* 176/87 Vol. VIII/87.
- (1997): «Salud mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos». Oxford University Press. 1995. Traducción española: *Cuadernos Técnicos* 1. AEN.
- SCHRÖEDER, C. W. (1942): «Mental disorders in cities». *American Journal of Sociology*, 48: 40-48.
- SLUZKI, C.: *Red social. Frontera de la práctica sistémica*. Gedisa: Barcelona.
- STEIN, L., Test, M. (1980): «Alternative to mental hospital treatment. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation». *Arch. Gen Psychiatry*, 37: 392-397.
- TIEN, Ay., EATON, Wv. (1992): «Psychopathologic precursors and sociodemographic risk factors

- for the schizophrenia syndrome». *Archives of general psychiatry*, 49: 37-46.
- VEBLEN, O. (1922): «Analysis Situs», Cambridge, Amer. Math. Soc. Pub.
- VILLALBA, C. (1993): «Redes sociales: un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria». *Intervención Psicosocial*, 1993, Vol II n.º 4 págs. 69-85.
- WALKER, K. N.; MCBRIDE, A.; VACHON, M. (1977): «Social support network and the crisis of bereavement». *Soc. Sci. Med.* 11: 35-41.
- WARNER, R.; GIROLAMO, G. (1995): *Epidemiología de los trastornos mentales y los problemas psicosociales: Esquizofrenia*. OMS 1995. Ed. Meditor. Madrid. 1996.
- WELLMAN, B. (1983): «Network Analysis: Some base principles», en R. Collins (ed.), *Sociological Theory*, San Francisco: Jossey-Bass.