

Red social y apoyo social en enfermos mentales sin hogar

Social network and social support to homeless mentally ill

F. MANSILLA

RESUMEN

En este trabajo se analizan la red social y el apoyo social de los enfermos mentales sin hogar a través de la Escala de Red Social de Escobar y Randolph y de la Escala I.S.E.L. con una muestra de sujetos del Centro Municipal de Acogida de Madrid.

PALABRAS CLAVES: Red social. Apoyo social. Enfermo mental sin hogar.

SUMMARY

In this work, social network and social support to homeless ill through Escobar and Randolph Social Network Scale and Interpersonal Support Evaluation List analysed by sample of subjects of Centro Municipal Acogida San Isidro.

KEY WORDS: Social network. Social support. Homeless mentally ill.

El concepto de apoyo social ha sido utilizado en muy diversos sentidos, como red social, como contactos sociales significativos, como posibilidad de tener personas confidentes a las que se puede expresar sentimientos íntimos y como compañía humana.

En todo caso este concepto se ha identificado con una relevante relación humana y con aquellos factores del ambiente que promueven el curso favorable de la enfermedad (Beels, 1981 [1]).

También se han definido los sistemas de apoyo social como los vínculos entre individuos y grupos que sirven para improvisar competencias adaptativas en el manejo de los desafíos y problemas inmediatos, en crisis y en privaciones (Caplan, 1974 [2]).

House (1981) (3) distingue cuatro tipos de apoyos: emocionales, instrumentales, de información y de valoración. En esta misma línea, otros distinguen entre el apoyo emocional, el tangible y el informacional (Schaefer y cols., 1982).

Barrera y Ainlay (1983) (4) señalan que el apoyo social

se compone de cuatro factores: orientación directiva, ayuda no directiva, interacción social positiva y ayuda tangible.

Para otros autores, el apoyo social está integrado por empatía, estímulo, información, ayuda material y expresiones de participación (Dohrenwend y cols., 1987 [5]).

Por otro lado, Gore (1984) (6) señala la dificultad para evaluar el componente afectivo y da un gran valor a la información cuando se recibe de una persona significativa.

Es necesario destacar la importancia de la percepción del apoyo social, porque la realidad para el individuo es fundamentalmente la realidad percibida.

Cobb (1976) (7) dice que el apoyo percibido se puede identificar como la información que llega a tener una persona de una o más de las tres siguientes clases: información de que el sujeto es querido, información de que el sujeto es estimado y valorado e información de que el sujeto posee capacidad para establecer redes de comunicación y de relación.

El concepto de apoyo social, aunque paralelo al de red social no debe considerarse sinónimo de éste.

La estructura de la red social hace referencia al modelo de relaciones que constituyen el entramado social de la persona y los miembros de su red. Se han distinguido varios aspectos de la estructura: tamaño, densidad, proximidad, tipo e intensidad de las relaciones (Wellman, 1981) (8). Estas características estructurales son importantes porque afectan a la cantidad o disponibilidad de apoyo social. En muchos trabajos está implícita la idea de que las personas con muchas o muy estrechas relaciones, reciben más apoyo social que aquéllos que carecen de ellas.

Entre las distintas clasificaciones de las redes sociales de un individuo destaca la de Mosher y Keith (1980) (9), quienes distinguen: la "red personal inmediata", consistente en las conexiones que vinculan a una persona determinada con otras y las que vinculan a esas personas entre ellas. La "red personal de segundo orden" que incluye las conexiones que vinculan a miembros de la red inmediata con sus propias redes inmediatas. Y la "red extendida" que engloba conexiones adicionales que vinculan a ese conjunto de personas con poblaciones más amplias.

Para Bott (1971) (10), la red típica de un individuo consta de 6 a 10 personas a las que conoce íntimamente y que en su mayoría se conocen entre sí y aproximadamente otras 30 personas a las que ve con regularidad. La mayoría de los individuos se relacionan con cinco o seis grupos relativamente independientes formados por seis o siete personas con interacciones entre sí.

Psicólogo del Ayuntamiento de Madrid.

Correspondencia: Fernando Mansilla. Avda. del Manzanares, 160, 28019 Madrid.

Fecha de recepción: 27-7-92

Fecha de aceptación: 14-4-93

Otros estiman que una persona normal mantiene una relación consistente con veinticinco personas. Estas personas con las que uno se relaciona podrían estar situadas en cuatro subgrupos: familia, parientes, amigos y vecinos o compañeros de trabajo. Esta red social normal se caracteriza por una interacción frecuente, un afecto positivo y un componente instrumental de apoyo importante (Pattison y Pattison, 1981) (11).

Se ha señalado que las redes de los enfermos esquizofrénicos son más pequeñas y más densas que la de los sujetos normales o neuróticos (Pattison y Pattison, 1981) (11).

Tolsdorf (1976) (12) en pacientes con un primer episodio de esquizofrenia observó cambios en el tamaño y en la función de la red al comienzo, o incluso antes, de la primera hospitalización.

También se ha manifestado que se reduce y densifica la red en el periodo posterior al alta del paciente esquizofrénico (Hammer, 1981) (13).

Pero, podemos preguntarnos: ¿es más efectivo tener un solo confidente íntimo (lazo fuerte) o tener muchos amigos menos íntimos (lazos débiles)? Con un mismo tamaño de red, ¿es mejor que los miembros de la red se conozcan todos entre sí (densidad alta), o es mejor que no se conozcan unos a otros (densidad baja)? (Wellman, 1981) (8).

Se afirma que el apoyo social protege de la aparición de trastornos físicos y psíquicos (Henderson, 1981) (14). Pero el impacto del apoyo social sobre síntomas psíquicos puede ser diferente del impacto en síntomas físicos (Cohen y McKay, 1984) (15).

Desde esta perspectiva lo fundamental no es "cuánto" sino "qué clase" de apoyo es el más favorable.

Walker y cols. (1977) (16), afirmaron que la clase de apoyo que tendría mayor importancia dependería no sólo de la estructura o del tamaño de la red, sino de la calidad de las relaciones. Precisan que, en determinados momentos, una red social puede ser útil y otras no. Por ejemplo, en un paciente crónico, una red social abierta (dispersa) proporciona más apoyo que otra cerrada (densa). Sin embargo, en momentos de crisis, ocurriría lo contrario, es decir, una red densa podría ser más beneficiosa.

Brugha y cols. (1987) (17) señalan que en las depresiones "neuróticas" casi la mitad de las variables de soporte social estudiadas están significativamente relacionadas con la evolución. Mientras que en las depresiones "endógenas" sólo aparece como predictor significativo la presencia de una persona próxima y de confianza.

Otros encuentran que los predictores significativos de la evolución de los síntomas depresivos son el tamaño de la red social y la valoración subjetiva del apoyo social (George y cols., 1989) (18).

Los sistemas de apoyo "formal" los componen, entre otros, las intervenciones médicas, las intervenciones en crisis y los sistemas de rehabilitación psicosocial. Los sistemas de apoyo "informal" abarcan diversas redes sociales que emergen de forma natural, como las familiares, religiosas, de ocio y laborales (Turner, 1983) (19).

Algunas personas que conocen estas fuentes de apoyo disponibles, carecen sin embargo de apoyo porque se resisten a utilizar estos recursos (Eckenrode, 1983 [20]). Se han en-

contrado grupos de población con sintomatología que no solicitan ayuda formal (Dohrenwend y Dohrenwend, 1982) (21).

Es posible que algunas de las personas que no utilizan apoyo formal busquen y reciban apoyo informal. Parece evidente, sin embargo, que algunas personas ni lo buscan ni lo aceptan, independientemente de que esté a su disposición o no.

En los últimos años han ido diferenciándose tres grupos nuevos de población sin hogar con características y necesidades peculiares: La familia sin hogar (mayoritariamente mujer sola con cargas familiares), los jóvenes sin hogar y los enfermos mentales sin hogar.

Diversos estudios refieren cómo los sin hogar sufren al menos dos veces más problemas psiquiátricos que la población general (Fisher y cols., 1986 [22]), (Roth y Bean, 1986 [23]). Stark, presidente de la Coalición Nacional de los sin hogar de Estados Unidos indicó que los enfermos mentales son un tercio de la población sin hogar (Francis, 1987 [24]). Otro estudio sobre la búsqueda de apoyo informal muestra que casi un tercio de los afectados que habían experimentado mayor estrés diario se negaban a demandar ayuda (Brown, 1978 [25]).

Las razones de la mala utilización del apoyo que se han sugerido incluyen el miedo al estigma, la carencia de las destrezas personales necesarias para utilizar las transacciones de apoyo, las características de la personalidad que le inclina hacia la autodependencia y el desarraigo (Eckenrode, 1983 [20]).

Se posee poca información sobre las posibles redes de apoyo para los sin hogar porque casi todos los estudios han mostrado un interés superficial centrado principalmente en detallar los recursos de apoyo, ignorando el tipo de apoyo que recibe el sin hogar y cómo éste percibe ese apoyo.

Aunque parecen existir muchas razones que provocan la aparición de personas sin hogar, hay algo común a todas ellas: la carencia de soporte social que proporciona un lugar de residencia y, con ello, un lugar propio reconocido por el resto de la comunidad. Separados de familiares y amigos a causa de sus trastornos mentales, de la comisión de hechos delictivos o de rupturas familiares (divorcio, muerte, violación), los individuos con escasos recursos agotan con facilidad los fundamentos de apoyo y no pueden ya permanecer con aquellos de los cuales antes dependían. Una vez inmerso en el vagabundeo, el sin hogar se aleja de sus fuentes habituales de apoyo comunitario y personal y de ese modo borra los entramados de apoyo social. Los recursos de apoyo formal fallan: por ejemplo, con aquellos que han salido de los hospitales psiquiátricos o prisiones y a menudo no tienen un seguimiento adecuado.

A pesar de las dificultades para confirmar o excluir la presencia de psicopatología en este colectivo, la mayoría de los estudios señalan que el diagnóstico de esquizofrenia es el más frecuente, seguido de los trastornos afectivos, del abuso de sustancias y de trastornos de la personalidad (Sargent, 1989 [26]).

Los enfermos mentales crónicos pueden ser encontrados entre los residentes de los hospitales y otros dispositivos psiquiátricos, en diversas residencias comunitarias, en pensiones, en albergues o en la calle y asimismo los sin hogar pueden ser detectados en los mismos lugares.

Aunque para algunos autores los sin hogar con historia de hospitalización psiquiátrica son menos propensos que el resto de los sin hogar a vivir en un albergue (Gelberg y Linn, 1988 [27]).

Por último quizá sea pertinente recordar que en U.S.A., un grupo de la Asociación Psiquiátrica Americana dedicado al estudio de enfermos mentales sin hogar (Talbot y Lamb, 1984 [28]) han sugerido entre otras las siguientes recomendaciones:

1. Cualquier intento de solucionar los problemas de los enfermos mentales sin hogar debe comenzar con la cobertura de sus necesidades más básicas.

2. Debe establecerse un número suficiente de hogares comunitarios de diferentes niveles, supervisados y dotados de personal multiprofesional.

3. Debe disponerse de servicios de salud mental y de rehabilitación social adecuados completos y accesibles.

OBJETIVO

Analizar las redes sociales y el apoyo social de los enfermos mentales sin hogar.

METODO

Estudio longitudinal. La primera fase se realizó durante la segunda quincena del mes de mayo de 1989. La segunda fase se realizó tres años después durante la primera quincena del mes de junio de 1992.

MUESTRA

Compuesta por 31 sujetos residentes en el Centro Municipal de Acogida San Isidro de Madrid. 14 eran varones y 17 mujeres de edades comprendida entre 23 y 52 años. De distinto origen socioeconómico y cultural. Con diagnóstico de Esquizofrenia y en tratamiento farmacológico.

MEDIDAS

Los sujetos fueron entrevistados y se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Escala de Redes Sociales diseñada por J.I. Escobar y E.T. Randolph (Universidad de California).

2. Escala I.S.E.L. (Interpersonal Support Evaluation List), que recoge cuatro subescalas: tangible, de pertenencia, de valoración y de autoestima.

RESULTADOS

En cada una de las figuras y Tabla se muestran los apartados de los Cuestionarios empleados:

La figura 1 hace referencia al tamaño de la red social y al número de las personas que componen la red. En nuestro caso se sitúa en el intervalo de 2 a 8.

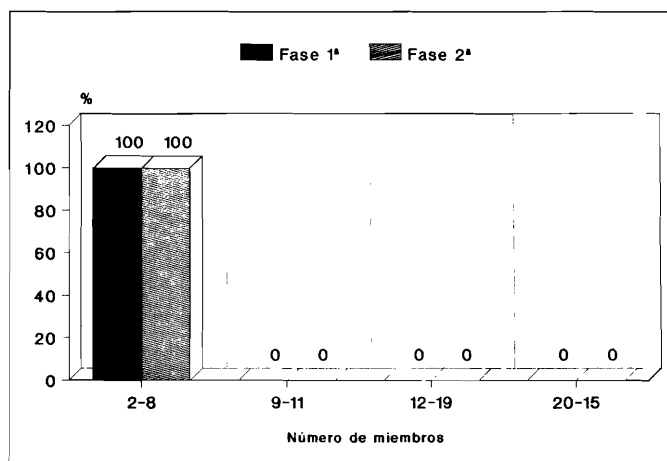


Fig. 1. Tamaño (Fase 1ª-2ª).

En las figuras 2 y 3 se distribuyen la presencia de miembros familiares y no familiares que componen la red.

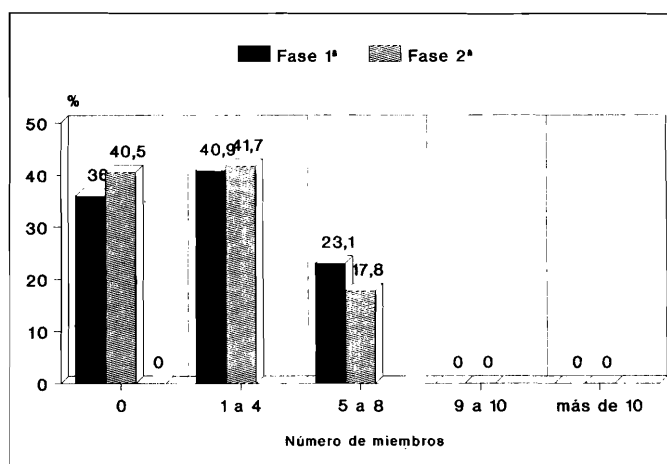


Fig. 2. Parentesco (familiares) (Fase 1ª-2ª).

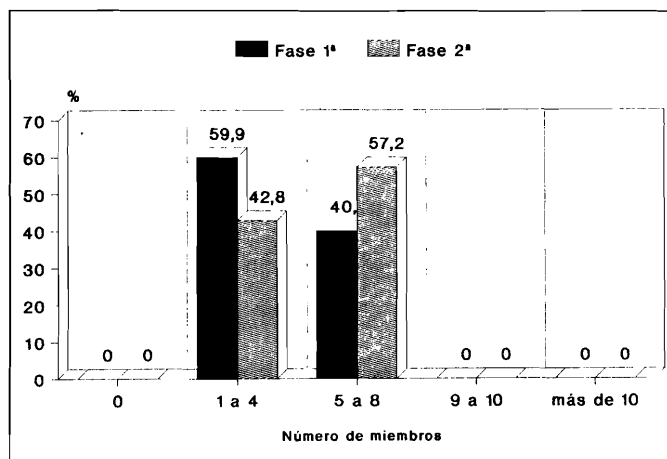


Fig. 3. Parentesco (no familiares) (Fase 1ª-2ª).

La figura 4 hace referencia a la frecuencia de encuentros interpersonales del enfermo mental sin hogar con los miembros de su red.

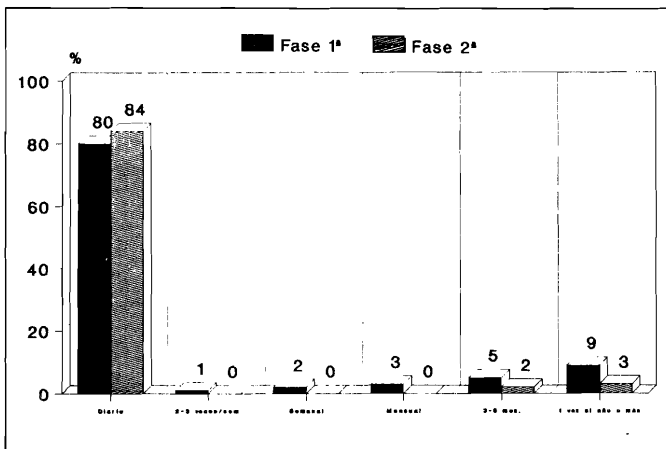


Fig. 4. Contacto (Fase 1.^a-2.^a).

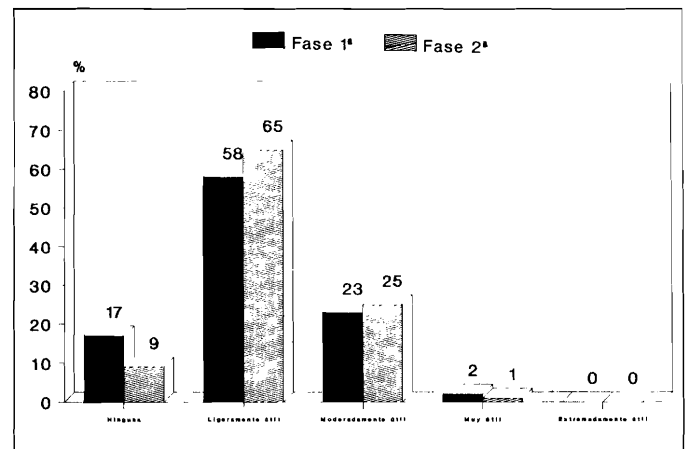


Fig. 7. Utilidad de la red para el enfermo (Fase 1.^a-2.^a).

En la figura 5 observamos la cercanía de los enfermos mentales sin hogar con respecto a los miembros de su red, que va del rango de "misma casa" a "otro país".

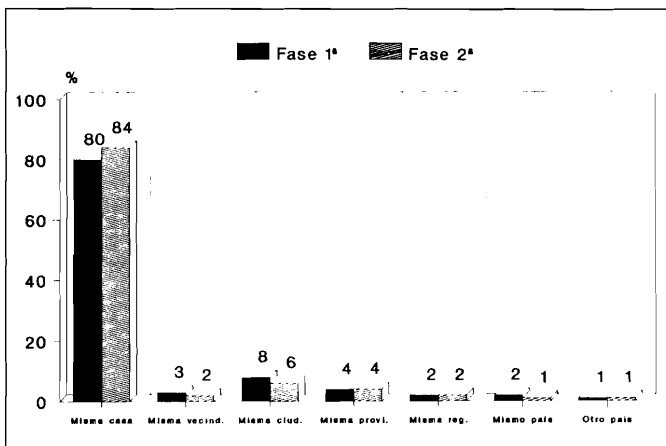


Fig. 5. Cercanía (Fase 1.^a-2.^a).

En las figuras 6 y 7 se muestran el grado y la dirección de la utilidad entre el paciente y los miembros de la red social. El grado se fija por una escala que va de 0 a 4 puntos y la dirección se establece por la utilidad de la red para el enfermo y viceversa.

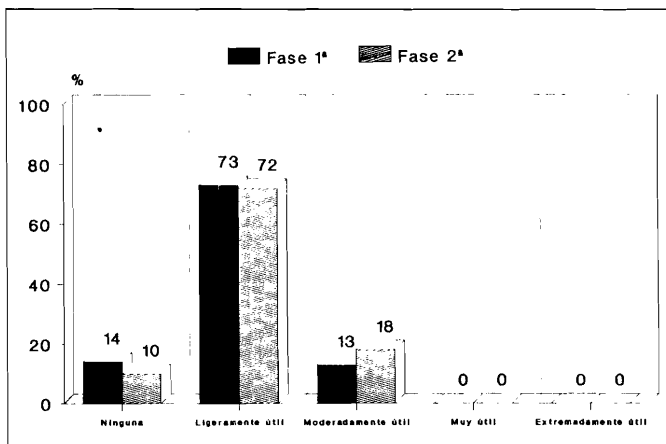


Fig. 6. Utilidad del enfermo para la red (Fase 1.^a-2.^a).

Por otro lado, hay que señalar que la densidad de la red se deriva del interconocimiento entre los miembros de la misma red y de los vínculos que se establecen entre ellos.

Por último, en la Tabla I se exponen los resultados de las subescalas de la Escala de Apoyo Social I.S.E.L. que corresponden a la media.

TABLA I

Fase 1. ^a	
	Nivel
Subescala tangible	bajo
Subescala de pertenencia	bajo
Subescala de valoración	bajo
Subescala de autoestima	bajo
Fase 2. ^a	
	Nivel
Subescala tangible	bajo
Subescala de pertenencia	bajo
Subescala de valoración	bajo
Subescala de autoestima	bajo

DISCUSION

El colectivo de enfermos mentales sin hogar es susceptible de incrementarse o reducirse estadísticamente dependiendo del lugar donde se realice el estudio o de si se incluye o no la población alcohólica y drogodependiente como enfermo mental. Arce y cols., (1983 [29]) y Basuk y cols., (1984 [30]) los incluyen como enfermos mentales. Es por ello, que existen resultados tan diferentes en cuanto a la población sin hogar enferma mental que da cifras que fluctúan aproximadamente entre el 12% y el 90% (Fischer y cols., 1986 [22]) (Gelberg y cols., 1988 [27]) (Francis, 1987 [24]). Descono-

emos estudios sobre las características de las redes sociales y el apoyo social de enfermos mentales sin hogar que residen por periodos más o menos largos en albergues, por lo que no tenemos la posibilidad de establecer similitud o diferencia con los resultados obtenidos en otros trabajos.

La mayoría de los estudios sobre esta población se agotan en la relación de las características sociodemográficas, en la relación de la utilización de los servicios de urgencias o del seguimiento del tratamiento.

Tienden a recluírse en una red reducida, lo que confirma las afirmaciones de Pattison (1981) (11) y Hammer (1981) (13), en cuanto a que las redes sociales de los esquizofrénicos son más pequeñas y más densas que las de los neuróticos o de los normales. La red social de los enfermos mentales sin hogar está compuesta fundamentalmente por otros enfermos mentales porque dentro del Centro es identificación en la patología el rasgo que más favorece la cohesión. Se agrupan los drogodependientes por un lado, los alcohólicos por otro y los enfermos mentales por otro.

La naturaleza de la relación cuando ésta hace referencia a la familia la consideran negativa pero cuando hace referencia a otros miembros de la red social la consideran positiva, quizá por el desarraigo familiar.

Por otro lado, se consideran ligeramente útiles para la red social y consideran a ésta ligeramente útil para ellos lo que se muestra en consonancia con las bajas puntuaciones en las subescalas de valoración y autoestima.

Los datos confirman aunque sólo sea de manera tangencial la hipótesis del proceso prolongado de descenso social (Drift-Down Hypothesis) de Benda y Dattalo (1988 [31]), lo que nos lleva a poder afirmar que los enfermos mentales sin hogar resultan como consecuencia de una cadena de acontecimientos vitales estresantes y de un deterioro progresivo y no como resultado de una única crisis como se desprende de la comparación de los datos de la 1.ª y 2.ª fase. A pesar de que Arce y Vergare (1987 [29]) señalen la existencia de personas sin hogar situacionales como consecuencia de una única crisis personal.

Los enfermos mentales sin hogar desean recibir ayuda pero la percepción de sus propias necesidades difiere de la per-

cepción de la de los responsables de los servicios. Mientras las prioridades referidas por los enfermos mentales sin hogar giran en torno a la cobertura de sus necesidades básicas, para los profesionales lo fundamental es el cumplimiento de un tratamiento psiquiátrico. Quizá porque los enfermos mentales con historia de hospitalización psiquiátrica no desean vivir en un albergue (Gelberg y Linn, 1988 [27]).

Las características de las redes sociales y el apoyo social indican que cuando dichos enfermos recalcan en el Centro de Acogida San Isidro han fallado la mayoría de los soportes sociales, lo que no nos hace muy difícil establecer hacia dónde deben dirigirse los esfuerzos: a cubrir las carencias económicas y residencial, lo que coincide con las recomendaciones del grupo de la A.P.A. (Talbot y Lamb, 1984 [28]).

CONCLUSIONES

1. Disponen de una red social compuesta en su mayor parte por otros enfermos mentales.
2. Los datos obtenidos con respecto al tamaño, interacción, cercanía y densidad nos sugiere un tipo de red dispersa, de tamaño pequeño y en su mayoría compuesta por no familiares.
3. Se consideran ligeramente útiles para la red social y consideran a ésta ligeramente útil para ellos.
4. La naturaleza de la relación cuando ésta hace referencia a la familia la consideran negativa y cuando hace referencia a otros miembros de la red social la consideran positiva.
5. La puntuación es baja en las escalas: tangible, de pertenencia, de valoración y de autoestima.
6. Los datos obtenidos confirman aunque sólo sea de manera tangencial hipótesis del proceso prolongado de descenso social (Drift Down Hypothesis).
7. Desean recibir ayuda pero la percepción de sus propias necesidades difiere de la percepción de los responsables de los servicios. Mientras las prioridades referidas por los enfermos mentales giran entorno a la cobertura de sus necesidades básicas, para los profesionales lo fundamental es el cumplimiento de un tratamiento psiquiátrico.

BIBLIOGRAFIA

1. Beels C CH. Social support and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1981; N.º 7: 58-72.
2. Caplan G. *Support Systems and Community Mental Health*. Behavioral Publications. New York 1974.
3. House JJ. *Work stress and social support*. Reading MA. Addison-Wesley 1981.
4. Barrera M, Ainley SL. The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology* 1983; N.º 11: 133-144.
5. Dohrenwend BP, Shrout PE, Link BG, Skodol AE. Social psychological risk factors for episodes of schizophrenia. En: H Häfner, WF Gattaz y W Jazarik. *Search for the causes of schizophrenia*. Springer-Verlag 1987.
6. Gore S. Stress-Buffering functions of social support. An Appraisal and clarification of research models. En: *Stressful life events*. Ed Dillons 1984.
7. Cobb S. Social support as a moderator of life events. *Psychosomatic Medicine* 1976; Vol 38, N.º 5: 300-314.
8. Wellman B. Applying network analysis to the study of support. En: BH Gottlieb (Ed). *Social network and social support*. CA Sage. Beverly Hills 1981; pp 171-200.
9. Mosher LR, Keith SJ. Psychological treatment: individual, group, family and community support approaches. *Schizophrenia Bulletin* 1980; 6 (1): 10-41.
10. Bott E. *Family and social network*. Tavistock Publications. London 1971.
11. Pattison EM, Pattison ML. Analysis of Schizophrenic Psychosocial Network. *Schizophrenia Bulletin* 1981; N.º 7: 135-143.
12. Tosdorf CC. Social network, support and coping: an exploratory study. *Family Process* 1976; N.º 15.
13. Hammer M. Social support, social network and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1981; N.º 7: 45-57.
14. Henderson S. Social relationships, adversity and neurosis. *British Journal of Psychiatry* 1981; N.º 138: 391-398.
15. Cohen S, McKay G. Social support, stress, and the buffering hypothesis: A Theoretical analysis. En: A Baum, JE Singer y SE Taylor (Eds). *Handbook of psychology and health*. NJ Erbaum. Hillsdale 1984; Vol 4: pp 253-267.
16. Walker KN, McBride A, Vachon MLS. Social support network and the crisis of bereavement. *Soc Sci Med* 1977; N.º 11: 35-41.

17. Brugha T, Bebbington PE, McCarthy B y cols. Social support and the type of depressive illness. *Acta Psychiatrica Scand* 1987; 76: 664-673.
18. George LK, Blazer DG, Hughes DC, Fowler N. Social support and the outcome of major depression. *British Journal of Psychiatry* 1989; 154: 478-485.
19. Turner RJ. Direct, indirect and moderating effects of social support upon psychological distress and associated conditions. En: HB Kaplan (Ed). *Psychological stress: Trends in Theory and research*. Academic Press. New York 1983; pp 105-155.
20. Eckenrode J. The mobilization of social support: Some individual constraints. *American Journal of Community Psychology* 1983; N.º 11: 509-528.
21. Dohrenwend BP, Donrenwend BS. Perspectives on the past and the future of psychiatric epidemiology: The 1981 Rema Lapouse Lecture. *American Journal of Public Health* 1982; N.º 72: 1271-1279.
22. Fisher PJ, Sam Shapiro BS, Breakey WR y cols. Mental health and social characteristics of homeless: a survey of mission users. *American Journal Public Health* 1986; 76 (5): 519-524.
23. Roth D, Bean GJ. New perspectives on homeless: finding from a state-wide epidemiological study. *Hospital Community Psychiatry* 1986; 37 (7): 712-718.
24. Francis MD. Long-term approaches to end homelessness. *Public Health Nursing* 1987; 4 (4): 230-235.
25. Brown. Social and psychological correlates of help-seeking behavior among urban adults. *American Journal of Community Psychology* 1978; N.º 6: 425-43.
26. Sargent M. Update on programs for the homeless mentally ill. *Hospital Community Psychiatry* 1989; 40 (10): 1015-1026.
27. Gelberg L, Linn LS. Social and physical health of homeless adults previously treated for mental health problems. *Hospital Community Psychiatry* 1988; 39 (5): 510-516.
28. Talbott JA, Lamb HR. Summary and recommendations. In: Lamb HR, ed. *The homeless mentally ill*. Washington DC. American Psychiatric Association 1984; 1-10.
29. Arce AA, Vergare MJ. Homelessness, the chronic mentally ill and community mental health centers. *Community Mental Health* 1987; 23 (4): 242-249.
30. Bassuk EL, Rubin L, Lauriat AS. Is homelessness a mental health problem? *Am J Psychiatry* 1984; 14 (12): 1546-1550.
31. Benda BB, Dattalo P. Homelessness: consequence of a crisis or a long-term process? *Hospital Community Psychiatry* 1988; 39 (8): 884-886.