

REDES DE SOPORTE SOCIAL Y SALUD

Serafín LEMOS GIRALDEZ y José Ramón FERNANDEZ HERMIDA

Departamento de Psicología - Universidad de Oviedo

RESUMEN

Este artículo tiene como objeto el revisar la influencia del soporte social sobre la salud y bienestar. Se ha revisado el tema intentando conseguir los siguientes objetivos: (a) situar el marco conceptual en el cual se encuadran los soportes sociales; (b) comprender la naturaleza y características de los soportes sociales; (c) conocer los efectos atribuidos a los soportes sociales sobre la salud, conductas saludables y enfermedad, y mecanismos de actuación; (d) examinar, en particular, las redes de soporte social en la Esquizofrenia; y (e) discutir los conocimientos existentes hasta hoy y derivar conclusiones e implicaciones para su posterior estudio.

Palabras Clave: Redes Sociales. Soporte Social. Salud. Esquizofrenia.

ABSTRACT

Social support networks and health. The purpose of this article is to provide an overview of social support as it affects health and well-being. The following goals have been established in the revision of this topic: (a) to set the basis for an integrated conceptual framework where social supports are inserted; (b) to provide better understanding of concept and characteristics of social supports; (c) to determine its effects on health, health behavior, and illness, and ways of action; (d) to examine social networks particularly in Schizophrenia; and (e) to discuss its current status and draw up conclusions and implications for further research.

Key Words: Social Networks. Social Support. Health. Schizophrenia.

1. Introducción

Existe amplia evidencia del deseo de la especie humana por la afiliación. Las asociaciones, clubs, partidas de café, grupos religiosos, peñas deportivas, y miles de otros tipos de grupos organizados o informales, atestiguan este hecho social. Sin embargo, sólo recientemente se ha prestado atención al efecto positivo que estas afiliaciones han tenido en la evolución física y mental de las personas. hasta hoy, todavía no existe acuerdo en relación con la conceptualización y medición de los apoyos sociales, y ello impide la obtención de generalizaciones válidas sobre el desarrollo y funcionamiento del soporte social. De hecho, la mayoría de las cuestiones o instrumentos de valoración diseñados son medidas "ad hoc", cuya fiabilidad y validez son desconocidas. no obstante, el tema del soporte social ha despertado recientemente gran interés en la literatura, comparable al que suscitaron los acontecimientos vitales en las últimas dos décadas. Basta indicar que las publicaciones sobre los soportes sociales han experimentado un crecimiento exponencial en la última década, pasando de una media de 2 artículos por año, en las referencias bibliográficas del Social Science Citation Index, entre 1972-76 a 43 en 1981 y 83 en 1986 (House et al., 1988).

Actualmente, existe consenso sobre el hecho de que el estado de estrés que un sujeto muestra no puede predecirse adecuadamente a partir solamente de la intensidad de sus fuentes o estresores, sean estas acontecimientos vitales, tensiones vitales crónicas, disminución de los recursos personales del sujeto para afrontar problemas o las tres cosas (Marsella, 1984). La persona, en cambio, se enfrenta a las circunstancias que producen estrés con diversidad de comportamientos, percepciones de la realidad y cogniciones que, a menudo, son capaces de al-

terar dichas circunstancias o de mediatizar su impacto. Entre los mecanismos que, supuestamente, actúan como mediadores del estrés social y sus fuentes se destacan los soportes sociales y las capacidades personales de manejo del estrés ("coping abilities"). Es, también, usual hacer una distinción entre los recursos de manejo del estrés *ambientales* y *personales* (Kohn, 1972). Los recursos ambientales se definen generalmente en términos de disponibilidad de soporte social, en especial la familia, amigos y compañeros de trabajo (Liem y Liem, 1978); en términos de participación del sujeto en organizaciones voluntarias o, con mayor frecuencia, en términos de integración social general (Myers et al, 1975). Los recursos personales son facetas de la personalidad o de la conducta que pueden incrementar el potencial del sujeto para habérselas eficazmente con el estrés.

Durante mucho tiempo, ha formado parte de la sabiduría popular que los familiares, amigos y vecinos, constituyen un recurso natural de especial valía en épocas de necesidad ("I'll get by with a little help from my friends", decía la célebre canción de los Beatles). La mayor parte de las teorías sociales asumen la primacía de estos grupos para el bienestar del sujeto y casi como una base insustituible para la propia sociedad. La integración en un grupo primario (afiliación social) se ha considerado esencial para el propio desarrollo evolutivo (Bruhn y Phillips, 1987) y su ausencia ha sido vista como una primordial causa de suicidio (Dickstra, 1989).

Las ciencias de la conducta están experimentando actualmente lo que podría ser un cambio de paradigma, en cuanto que los modelos mono-causales de la etiología de diferentes alteraciones físicas y psíquicas están siendo reemplazados por modelos complejos de interacción de factores con sistemas de interdependencia recíproca. El modelo concep-

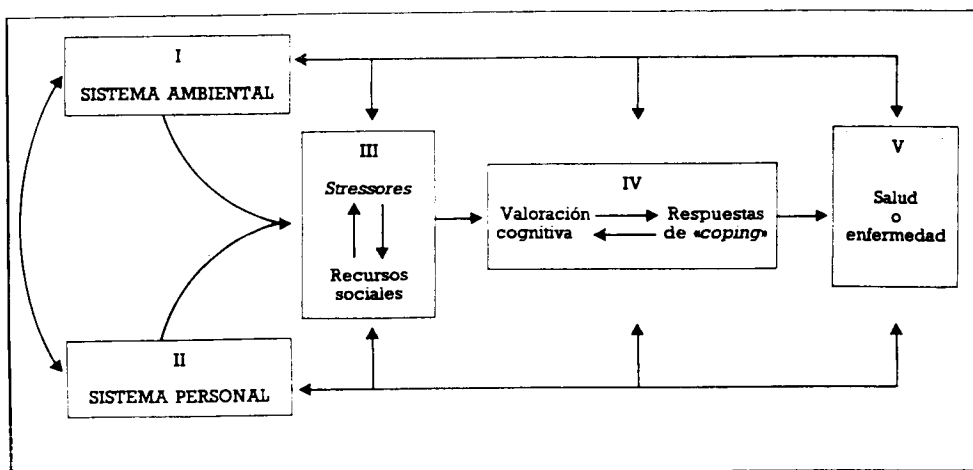


Figura 1.- Componentes básicos de un modelo interactivo de la patología (adaptado de Moos, 1984).

tual propuesto por Moos y colaboradores (Moos, 1984) es un ejemplo de sistema integrativo (Figura 1). En este modelo se hace énfasis en los escenarios naturales del sujeto, en las conductas molares y en los procesos de influencia recíproca entre *el sujeto u organismo*, considerado como "coping response system" que funciona en los niveles biológico, psicológico y sociológico, y que consta de unas determinadas características sociodemográficas y recursos personales como la autoestima, capacidad cognitiva, habilidades generales de resolución de problemas, estado de salud y capacidad funcional, y el *contexto ambiental* compuesto de factores suprapersonales del clima social. El ambiente no es simplemente un trasfondo estático en la conducta del sujeto sino que constituye un flujo continuo que proporciona contexto en el cual esta se entiende. La naturaleza bidireccional de la interacción refleja el hecho de que estos procesos son *transaccionales* y que puede haber feedback recíproco en las influencias. La salud o enfermedad dependería, en gran medida, del grado de "ajuste sujeto-ambiente"; es decir, de la congruencia exis-

tente entre las demandas y recursos que en el ambiente y en el sujeto estén presentes. Dicho modelo considera que la relación entre los estresores (acontecimientos vitales o tensiones vitales crónicas) está afectada por el sistema ambiental (panel I) y el sistema personal (panel II), así como por los recursos de la red social, la valoración cognitiva y las respuestas de "coping" (paneles II y IV). El modelo conceptual sostiene que los estresores ambientales (panel II) y los factores ambientales y personales relacionados con tales estresores (paneles I y II) pueden delimitar los recursos de la red social y las respuestas de "coping" (paneles III y IV), así como su eficacia adaptativa (panel V).

El interés por el estudio de la influencia del soporte social sobre la salud y la enfermedad ha aumentado durante la última década. La bibliografía existente al respecto es muy amplia, como puede apreciarse en el resumen documental de Biegel, McCardle y Mendelson (1985).

La introducción del concepto de sistemas de soporte social, especialmente en el modelo "estresores psicosociales-enfermedad

mental", se ha debido, en parte, a la insuficiencia de las medidas de estrés por sí solas para ofrecer soluciones explicativas (Kaplan et al., 1977; Dean y Lin, 1977; Cassel, 1976; Cobb, 1976; Henderson, 1977a, 1977b). Otras posiciones teóricas han puentado los estresores psicosociales y relacionado los síntomas psiquiátricos directamente con una deficiencia de lazos sociales (Henderson et al., 1978, 1980, 1981; Silberfeld, 1978). Los estudios centrados en la interacción entre acontecimientos vitales y soporte social han ofrecido resultados inconsistentes que llevan a concluir que el soporte social ejerce un efecto protector solamente en presencia de reciente adversidad o acontecimiento vital altamente estresante (Nuckolls et al., 1972; Brown et al., 1975); que el soporte social ejerce dicho efecto incluso en ausencia de adversidad reciente y con un acontecimiento vital de bajo estrés (Miller e Ingham, 1979; Miller et al., 1976; Lin et al., 1979); y que tal interacción soporte social-acontecimientos vitales no resulta estadísticamente demostrable (Andrews et al., 1978). Las inconsistencias halladas en la literatura pueden ser atribuidas en parte a ambigüedades metodológicas, como es la elección del método estadístico apropiado para detectar los efectos de interacción en estudios epidemiológicos. Recordemos que, por ej., Everitt y Smith (1979) han mostrado de qué manera dos equipos de trabajo pueden llegar a conclusiones divergentes sobre la existencia de interacción con los mismos datos (Brown y Harris, 1978; Tennant y Bebbington, 1978), debido a los diferentes métodos utilizados en la definición de "interacción".

En resumen, pese a los intentos de descubrir cuáles son los factores que pueden amortiguar los efectos patológicos de los estresores psicosociales (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974; Mechanic, 1974), la literatura es algo confusa respecto a la natura-

leza de las relaciones entre acontecimientos vitales, soporte social y la sintomatología física o mental. En las páginas siguientes nos proponemos, no obstante, ahondar en el concepto de soporte social y su relación con el estado de salud.

2. NATURALEZA Y CARACTERÍSTICAS DEL SOPORTE SOCIAL

El análisis del medio social, desarrollado originalmente por sociólogos y antropólogos sociales, incluye la descripción cuantitativa de la *red social*. Una red social se entiende como un conjunto de lazos (por ej., relaciones de alguna clase) (Wellman, 1981). En la medida en que la red social de una persona le proporciona asistencia técnica y tangible, apoyo emocional, sentimientos de estar cuidado, autoestima, etc., dicha red social le proporciona *soporte social*.

El soporte social no coexiste con la red social sino que depende de otros factores ajenos a la mera amplitud de las relaciones o la frecuencia de la interacción social. Sin embargo, la red social puede ser el primer paso para conseguir el soporte social. El paso final dependerá de la cualidad de las relaciones que un sujeto es capaz de encontrar dentro de la red. Las cualidades que parecen ser especialmente críticas implican el intercambio de comunicaciones íntimas, así como la presencia de solidaridad y confianza.

De este modo, los procedimientos de análisis de las redes sociales han atendido a características cuantitativas y cualitativas (Greenblatt, Becerra y Serafetinides, 1982). Los *análisis cuantitativos* generalmente abordan uno o más de los siguientes aspectos: tamaño de la red, frecuencia de contacto entre los miembros, fuerza de los lazos, homogeneidad (semejanza o disparidad de los sujetos de la red respecto al sexo, edad, grupo étnico y cultura), dispersión (miembro físicamente próximos versus separados), sime-

tría de contactos (grado de iniciativa versus conducta receptiva entre los miembros), y relaciones entre la red y las influencias exteriores (red abierta versus red cerrada e impermeable). Las características cualitativas de las relaciones de la red generalmente se refieren a su valencia emocional: si las conductas proporcionan soporte o son destructivas; cálidas, amistosas, íntimas, confidenciales; tolerantes, alegres, consoladoras; o bien sus opuestas o mezcla de ellas.

Para la mayoría de las personas, la red social puede entenderse como una serie de círculos concéntricos en donde la familia nuclear constituye el círculo más pequeño, los demás familiares el siguiente, los amigos el tercero, y tal vez los compañeros de trabajo y otras personas el círculo exterior. Dentro de este círculo también podrían estar las "redes de tratamiento no profesional" (Gottlieb, 1976); es decir, los grupos de autoayuda, compuestos por personas que comparten una necesidad o problema común; los "porteros" de la comunidad, que incluyen a los médicos de familia, sacerdotes, maestros, etc.; y sistemas de apoyo basados en el vecindario.

Tolsdorf (1976) clasifica las dimensiones de la red en tres categorías: *estructura* (tamaño o densidad), *contenido* (tipo de relación en torno a la cual están formados los lazos de la red, y que puede ser de contenido único o múltiple: "uniplex" versus "multiplex"), y *función* (naturaleza de la transacción: soporte emocional, ayuda instrumental, obtención de información, feedback, etc.). El tamaño de una red social es el número de personas calificadas como importantes para un sujeto y con las que habitualmente se relaciona. El concepto de densidad hace referencia a la proporción de lazos entre los miembros de una red, cuando se toman en consideración todos los lazos posibles. la densidad se calcula mediante la fórmula:

$$\text{Densidad} = \frac{L}{N(N-1) / 2}$$

en donde, L es el número de lazos actuales entre los miembros de la red y N es el tamaño de la red. Las puntuaciones de la densidad pueden variar entre 0 y 1, reflejando las puntuaciones más altas redes de mayor densidad. En una red en la que ninguno de los miembros que la componen conociera a ningún otro miembro de dicha red, no habría lazos entre ellos y la densidad resultante sería 0. Por el contrario, en una red en la que todos sus miembros se conocieran mutuamente, la densidad sería 1. Generalmente, la densidad tiende a guardar cierta relación con el tamaño de la red, siendo más probable que sea menor en redes más grandes. Tolsdorf también define la "multiplexidad" como el número de contenidos o categorías implicadas en una relación. Las relaciones interpersonales se definen como de contenido múltiple cuando los miembros de una red asumen roles diversos (por ej., cuando son simultáneamente parientes, vecinos, miembros de un club o asociación, compañeros de trabajo, etc.). Las categorías (parentesco, amistad, relación económica, recreativa, religiosa, sexual, de ayuda mutua, de servicio, etc.) no son mutuamente excluyentes y pueden combinarse.

Puesto que los pocos estudios rigurosos sobre las propiedades de medida que deben reunir los instrumentos de valoración del Soporte social no intentan apoyarse sistemáticamente en metodologías previas, sino que más bien los investigadores del tema parecen plantearse de nuevo o bajo nuevos prismas la valoración del soporte social, Tardy (1985) recoge las opciones metodológicas disponibles, las dimensiones del soporte social y diversos instrumentos de valoración, en un análisis sobre el estado de la cuestión (Figura 2). Los principales

elementos del Soporte social en los que puede basarse la valoración son:

1. **Dirección** en la que circula el soporte social (distinguiendo entre soporte social recibido de otros o aportado a otras personas).
2. **Disponibilidad** de los apoyos (que permite distinguir entre soportes disponibles y utilizados por el sujeto. El soporte social disponible se refiere a la cantidad de apoyo al que el sujeto tiene acceso, en contraposición a la utilización que hace del mismo).
3. **Descripción versus Evaluación** (Evaluación del soporte social implica valorar la satisfacción que el sujeto muestra con sus apoyos, en contraposición con su mera descripción).
4. **Contenido** (el contenido del soporte varía mucho de situación en situación). La tipología emanada de investigaciones previas, distingue 4 tipos: Emocional (suministro de confianza, empatía y amor); Instrumental (ayuda material con dinero, tiempo o alguna habilidad); Informativo (apoyo a través del consejo); y Valorativo (suministro de "feedback").
5. **Composición de la red.** Algunos estudios hacen referencia a la mera existencia de una red, mientras que otros toman en consideración las características de los sujetos que están presentes en la red de apoyo.

Estos 5 elementos primordiales del soporte social son interdependientes y puede definirse operativamente cada uno de ellos.

La valoración de los aspectos de la composición de la red social implica hacer un recuento de sus miembros. Desde el punto de vista práctico, puede ser útil el

procedimiento utilizado por Stokes (1983) para tal fin, consistente en solicitar al sujeto que confeccione una lista en la que debe incluir "las iniciales de hasta 20 personas que considere significativas en su vida y con las cuales tenga contacto al menos una vez al mes". El sujeto deberá indicar después qué personas incluidas en la lista son familiares y cuáles son personas "en las que puede confiar o a las que puede pedir ayuda en una emergencia". Finalmente, se solicita a los sujetos que dibujen líneas conectando cada par de personas de la lista que sean significativas mutuamente en sus vidas y que tengan contacto entre sí al menos una vez al mes. Un procedimiento tan simple como el descrito permitiría obtener, al menos, los siguientes índices de la red:

1. **Tamaño** (número total de personas incluidas en la lista).
2. **Familiares** (número de familiares incluidos en la lista).
3. **Amigos** (número de personas incluidas en la lista que no son familiares).
4. **Confidentes** (número de personas en las que el sujeto dice que puede confiar o a quienes puede apelar en caso de emergencia).
5. **Confidentes familiares** (número de confidentes que son familiares).
7. **Proporción de familiares** (Familiares/Tamaño).
8. **Proporción de confidentes** (Confidentes/Tamaño).
9. **Proporción de familiares confidentes** (Confidentes familiares/Confidentes).
10. **Densidad** (lazos existentes en la red en relación con el número total de relaciones posibles entre los miembros de la red, excluyendo el que responde).

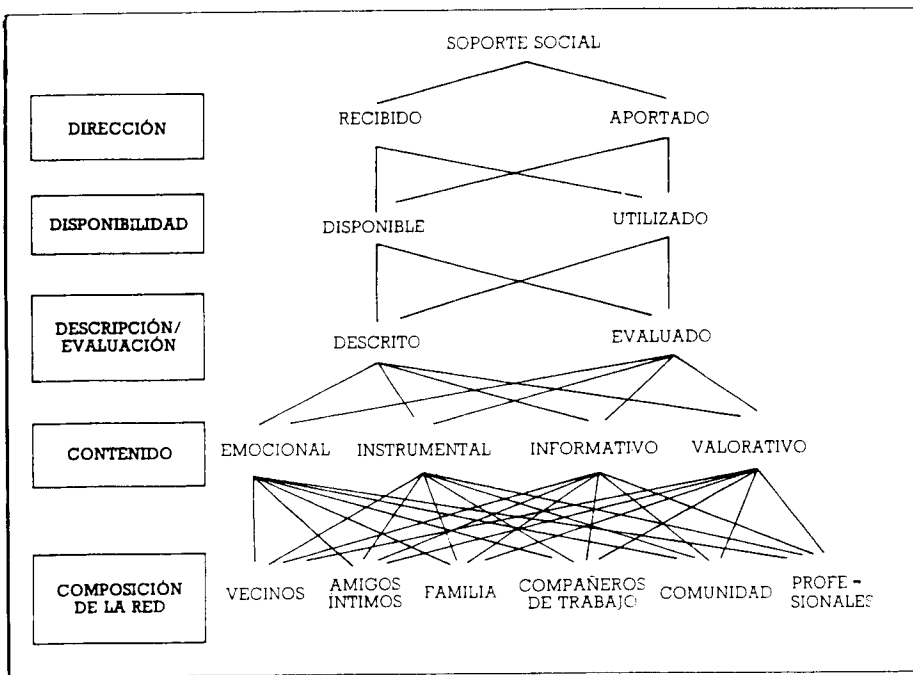


Figura 2.- Dimensiones del soporte social (Tardy, 1985).

Un intento de valoración de los aspectos del Contenido de la red social (Satisfacción con la Red Social) también es propuesto por Stokes solicitando al sujeto que valore tanto su red social (definida por el conjunto de la lista) como su red de amigos (personas de la lista que no son familiares) en cuatro áreas; satisfacción general con la red, cantidad de cambio en la red, satisfacción con la asistencia en las actividades diarias y satisfacción con el soporte emocional. Para un mayor conocimiento de los instrumentos de medida de diversos aspectos del soporte social, recomendamos al lector el referido trabajo de Tardy (1985) en el que analiza algunas de las pruebas incluidas en las dimensiones de Dirección, Disponibilidad y Descripción/Evaluación de los soportes sociales.

Recientemente, House et al. (1988) prefieren establecer una diferencia entre dos diferentes *estructuras* de las relaciones sociales (integración/aislamiento social y red social) y tres *procesos* sociales (regulación y control social, demandas y conflictos sociales, y soporte social). Para estos autores, el soporte social es sólo una de las cualidades o funciones que se derivan de establecer lazos sociales y hace referencia a los contenidos positivos y supuestamente potenciadores de un estado de bienestar o salud; las demandas y conflictos relacionales se refieren a los aspectos negativos, que podrían ser deletéreos para la salud; y la regulación y control social se refieren al efecto de control sobre la conducta del sujeto que pueden ejercer las relaciones sociales, pudiendo derivarse del mismo resultados positivos o

negativos para la salud en función del tipo de conductas que sean afectadas.

La hipótesis de que el apoyo social puede contribuir a la salud, y en particular a la salud mental, ha despertado interés, por cuanto implica la aceptación de un factor etiológico que es ajeno al propio individuo, que reside en su medio social. Este paradigma ha sido, durante mucho tiempo, el sustento de la psiquiatría social y recientemente la medicina conductual (Cohen y Syme, 1985; Cohen et al. (1986); pero el principal atractivo está en que, si existiera confirmación de la hipótesis etiológica, podría aportar comprensión para el tratamiento o, posiblemente, para la prevención, ya que una mejor especificación de sus ingredientes efectivos podría ser desplegada hacia grupos deficitarios en soporte social y de un demostrado alto riesgo.

3. EL EFECTO DE LOS SOPORTES SOCIALES

El concepto del soporte social tomó cuerpo hacia la mitad de los años 70. Cas-sel (1976) planteó datos evidentes de que el soporte social concede protección contra la morbilidad física asociada al estrés; Brown et al. (1975) refirieron un efecto protector de las relaciones confidenciales en la depresión. Una correlación estadística significativa entre la ausencia de soportes sociales y los síntomas depresivos, ha sido encontrada de forma consistente en numerosos estudios (Aneshensel y Frerichs, 1982; Aneshensel y Stone, 1982; Bell et al., 1982; Dean y Ensel, 1982; Dean, Lin y Ensel, 1981). Los depresivos, generalmente, refieren disponer de una red social más pequeña, tener menos contactos con los miembros de la red y carecer de una relación confidencial (Surtee, 1980; Brim, 1982); del mismo modo que se ha encontrado aparente relación entre bajo soporte social e intentos de suici-

dio (Slater y Depue, 1981). Miller e Ingham (1976) sugirieron que no sólo la relación confidencial, sino también las relaciones sociales más difusas protegían contra síntomas neuróticos. Los resultados no se limitaron a los trastornos psicopatológicos sino que incluyeron enfermedades cardíacas coronarias (Reed et al., 1983) o en mortalidad incrementada por enfermedades físicas (Berkman y Symne, 1979). House et al. (1988) revisaron diversas investigaciones longitudinales sobre los efectos de los soportes sociales sobre la mortalidad, derivando las siguientes conclusiones: 1. Todos los estudios demuestran que el impacto de los soportes sociales sobre la salud física es totalmente inespecífico (si se tiene en cuenta que la variable dependiente utilizada ha sido la mortalidad por cualquier causa y que los estudios no encuentran diferencias significativas entre los efectos del soporte social sobre diferentes causas de muerte). 2. La asociación de los soportes sociales con la mortalidad tiende a ser curvilínea, especialmente en los varones de comunidades pequeñas (los valores muy bajos de soportes sociales, que sugieren aislamiento, parecen ser especialmente deletéreos para la salud, en tanto que las variaciones en los soportes sociales por encima de un umbral moderado tienen un efecto poco claro). 3. La naturaleza y fuerza del efecto de los soportes sociales sobre la mortalidad varía entre las poblaciones estudiadas (los resultados son más evidentes y más lineales en los varones y mujeres de comunidades más urbanas, en algunos estudios; mientras que en comunidades menos urbanas son más débiles para las mujeres y no lineales para los varones). 4. El impacto de los soportes sociales sobre la mortalidad es generalmente más fuerte en los varones que en las mujeres (este patrón es consistente con otros hallazgos, como es el efecto beneficioso para la salud que se deriva de estar casado, y perjudicial que se de-

riva de la viudedad, más constatados en varones que en mujeres).

Otros efectos positivos de las redes sociales han sido documentados en estudios realizados sobre adolescentes en situación de cambio de nivel escolar (Hamburg y Adams, 1967); en pacientes en fase de recuperación de enfermedad grave (Cassel, 1976; Coelho et al., 1974; Kaplan, Cassel y Gore, 1977); en mujeres durante el primer embarazo (Carveth y Gotieb, 1979; Nuckolls, Cassel y Kaplan, 1972), o en la edad de la menopausia (Coelho et al., 1974); viudos recientes (Maddison y Walker, 1967); y en la rehabilitación de enfermos psiquiátricos crónicos (Fairweather et al., 1969). La proliferación y éxito de los grupos de autoayuda en numerosas enfermedades psíquicas y físicas (Alcoholismo y Drogadicción, diabetes, pacientes sometidos a programas de hemodialisis, etc.) atestiguan la utilidad de los soportes sociales.

La relación entre soporte social y salud se ha centrado en dos cuestiones: (a) si la cantidad y calidad de los soportes sociales guarda una relación causal con la salud; y (b) si los soportes sociales benefician la salud principalmente a través de efectos amortiguadores (moderadores o interactivos) entre el estrés y la salud, o bien a través de efectos directos (o aditivos) sobre la salud. La primera cuestión parece gozar de apoyo empírico, pero la segunda ha dado lugar a dos líneas de investigación no suficientemente aclaradas (Figura 3). La primera sostiene que el soporte social, en tanto que es indicativo de la integración del sujeto en su ambiente social, debería ejercer influencia *directa y positiva* sobre la salud mental ("main or direct effect model"). Este punto de vista sostiene que la influencia directa, independiente y no espuria del soporte social sobre la salud mental debe mantenerse incluso cuando otros factores son tomados en consideración (por ej., tanto si la persona pertenece a un ambiente económico alto o bajo,

a cualquier sexo, a diferentes patrones de personalidad, grupos de edad, estado civil, etc.). Incluso debería mantenerse cuando la persona se enfrenta a un estresor o acontecimiento vital significativo. Este punto de vista no niega que estos y otros factores puedan tener también influencia en la salud mental. Lo que sostiene es que, incluso cuando las influencias de estos factores son tomados en cuenta, el soporte social debería seguir influyendo en la predicción y explicación de las variaciones de la salud mental entre los sujetos.

La segunda línea de investigación, más dominante en la literatura, sostiene que el soporte social ejerce un rol *mediador* o *amortiguador* ("buffering model") frente al efecto deletéreo que los acontecimientos vitales ejercen sobre la salud mental. El efecto mediador del soporte social puede ser examinado de varias maneras. En un modelo interactivo, el soporte social se afirma que mediatiza el efecto de los estresores si el efecto directo de estos sobre la salud mental resulta significativamente reducido cuando parte de su efecto es canalizado a través del soporte social. En un modelo interactivo, el Soporte Social (o su ausencia) se dice que exacerba el efecto de los estresores cuando el producto final de los estresores y soporte social afecta a la salud. En cualquiera de los casos, es necesario demostrar que el soporte social sigue a los estresores en una secuencia temporal y lógica. Por tanto, es obvio que los efectos mediadores no sólo indican efectos amortiguadores. El efecto amortiguador no sólo constituye efecto mediador cuando el efecto potencial de una variable independiente (por ej., un acontecimiento vital significativo) es reducido o se debilita cuando es tomado en cuenta el factor mediador (por ej., el soporte social), sino también en algunos casos en que el último factor exacerba el efecto del primero o actúa contraponiéndose a dicho efecto.

Una revisión relativamente reciente de Cohen y Wills (1985), respecto a si la asociación entre el soporte social y el bienestar es atribuido a un efecto beneficioso global del soporte ("main effect model"), o a un proceso de soporte que protege a las personas de los efectos potencialmente patogénicos de los eventos estresantes de la vida ("buffering model"), concluye que existe evidencia demostrativa respecto a ambos modelos. El *efecto de amortiguación* se encuentra cuando la medida del soporte social valora los recursos interpersonales cuyas *funciones* de apoyo en la autoestima y en el suministro de información responden a las necesidades elicítadas por los estresores. El *efecto directo* se encuentra cuando la medida del soporte social valora el grado de integración del sujeto en una red social amplia, utilizando múltiples índices de la *estructura* del soporte. Ambas conceptualizaciones del soporte social son correctas en diversos aspectos, pero cada una representa un diferente proceso mediante el cual el soporte social afecta al bienestar. De cualquier modo, y al igual que sucede con la investigación de los acontecimientos vitales, la existencia de una correlación positiva entre bajos niveles de apoyo social y la morbilidad física o psicológica no debe ser tomada como evidencia de causalidad.

Las medidas estructurales de la red, en cuanto que reflejan la integración del sujeto en dicha red, parecen guardar una relación directa y positiva con el bienestar; sin embargo, ni la amplitud del tamaño de la red ni la densidad constituyen siempre una fuente de satisfacción. Mientras que puede resultar verdad que las redes sociales más extensas poseen mayores potenciales para dar soporte, las redes más amplias también originan un aumento de demandas y un mayor potencial de interacciones perjudiciales. El supuesto básico de que "cuanto más, mejor", no toma en consideración las presiones y responsabilida-

des que se derivan de mantener un excesivo número de relaciones. Politser (1980), postula una relación curvilínea entre el tamaño, los aumentos en la red social pueden no resultar útiles. Atendiendo a estos planteamientos, es de suponer que los sujetos se esfuerzan por maximizar el apoyo a través de sus redes sociales, intentando alcanzar un tamaño de la red hipotéticamente "óptimo", en el que exista un razonable equilibrio entre los costos y beneficios de las nuevas relaciones sociales. De acuerdo con la premisa de que "con el incremento del tamaño de la red, los potenciales beneficios y los potenciales costos aumentan simultáneamente", el autor deriva cuatro posibles consecuencias adaptativas en un modelo teórico de decisión estadística, en función del cálculo de los valores netos esperados (es decir, beneficios menos costos asociados con varios tamaños de la red):

1. **Adaptación Social:** Cuando el sujeto logra un equilibrio entre la "soledad" y el sentimiento de "estar abrumado"; lo cual depende de la apropiada combinación de las habilidades del sujeto y de las oportunidades que el medio le ofrezca.
2. **Aislamiento Social.** Situación preferida por sujetos para quienes el riesgo de las demandas asociadas con los nuevos apoyos sociales produzca un saldo neto negativo, cuando el tamaño de la red supera cero. En estos casos, el autor sugiere que las intervenciones terapéuticas deberían ir destinadas a desarrollar las habilidades sociales para afrontar las demandas del soporte social.
3. **Insatisfacción Social.** Cuando las necesidades de afiliación o búsqueda de soporte son tan grandes que continuamente "mantienen a la expectativa" de beneficio del incre-

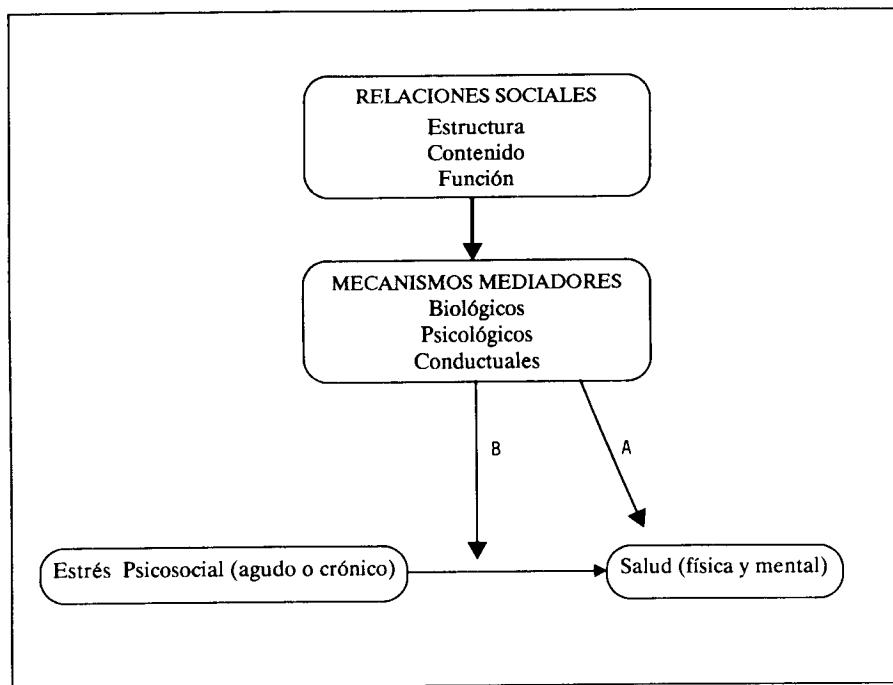


Figura 3.- Influencias de las relaciones sociales sobre la salud. La vía A ilustra los efectos directos y positivos, en tanto que la vía B corresponde a los efectos de amortiguación del estrés psicosocial sobre el estado de salud.

mento de la red, hasta el punto de que la red implique más demanda que apoyo. La intervención terapéutica podría dirigirse a nivel de red; es decir, intentando reducir las demandas de la red y/o aumentar su apoyo.

4. **Ambivalencia Social:** Caracterizada por un conflicto en el cual el sujeto vacila entre aumentar o disminuir el tamaño de la red (manejar el sentimiento de soledad y eliminar el sentimiento de estar abrumado, respectivamente). Debido a su ambivalencia, un tamaño intermedio de la red puede ser el peor estado posible para estos sujetos. Las interven-

ciones terapéuticas podrían hacerse tanto a nivel individual como de red, con el fin de incrementar la respuesta del sujeto al soporte social (y/o la capacidad para manejar las demandas sociales).

En función de este modelo, Politser considera que los orígenes de ciertas formas de soledad, conflicto y tensión psicosocial, son interpretadas como consecuencias lógicas de la interacción del sujeto con la red social.

En cuanto a los efectos derivados de la *densidad* de una red, de una manera intuitiva, se supone que las redes de alta densidad, en las que los sujetos están estrechamente

interconectados, deberían ser sistemas de apoyo cohesivos, fuertes y eficaces. Sin embargo, resulta posible también que la densidad de una red correlacionase negativamente con la satisfacción y el apoyo. Por ejemplo, si una persona tiene relaciones positivas con los sujetos A y B, en el caso de que A y B no se agraden entre sí, el sistema triangular no mantendrá equilibrio y es probable que origine conflicto y tensión. Obviamente, esta situación puede tener lugar solamente si A y B se relacionan mutuamente, circunstancia que resulta más probable en una red densa.

Los mecanismos mediante los cuales interviene el soporte social en la salud mental o en otras enfermedades somáticas permanece todavía sin aclarar. A un nivel general, podría afirmarse que la falta de relaciones sociales conduce a estados psicológicos negativos, como la ansiedad y depresión. A su vez, estos estados pueden llegar a tener influencia sobre la salud, bien a través de un efecto directo sobre los procesos fisiológicos que influyen en la susceptibilidad para la enfermedad, bien mediante patrones de conducta que incrementan el riesgo para la enfermedad. El efecto beneficioso del soporte social podría basarse en el hecho de que las relaciones sociales suministrarían experiencias positivas de afecto, sensación de estabilidad y capacidad de previsión en la propia situación vital, y reconocimiento de la valía personal.

En la *función de amortiguación*, los mecanismos de actuación de los soportes sociales podrían modificar la valoración que el sujeto hace de los estresores ambientales, afectar las autopercepciones del sujeto (modificando, en ambos casos, las cogniciones del sujeto), o bien cambiar los patrones de las conductas de manejo del estrés. Hasta hoy, no sabemos cuál es más relevante de estos posibles cambios, ni tampoco conocemos bien la relación existente entre los

soportes sociales y cada una de estas variables.

En cuanto al *efecto directo y positivo*, tal vez los soportes sociales actúen sobre el sentimientos de bienestar desarrollando, a su vez, sentimientos de estabilidad y capacidad de previsión de futuro, manteniendo estados afectivos positivos, o bien suministrando apoyo en cuanto al mantenimiento de un status o reconocimiento social; es decir, proporcionando reforzadores sociales. Las investigaciones futuras deberían centrarse en descubrir cómo la integración social se relaciona con los cambios en las habilidades sociales, estados afectivos, sentimientos de competencia, autoestima, control y predicción.

En la enfermedad física, asumiendo como real la relación descrita en investigaciones previas y en especial la correlación soporte social-mortalidad, los apoyos sociales en teoría podrían: (a) afectar la exposición del sujeto a agentes patógenos; (b) influir en la relación "susceptibilidad vs. resistencia" a la infección por el agente; (c) afectar los autocuidados o a la búsqueda de ayuda médica (una vez diagnosticada la enfermedad); y (d) modificar el curso o gravedad de la enfermedad.

Estudios previos parecen apuntar, también, la existencia de ciertas diferencias grupales en cuanto a necesidades de soporte social y contenido y función de la interacción de apoyo. Por ejemplo, en las mujeres la función de amortiguación más eficaz parece ser el tener contacto con una persona confidente; en los varones son las funciones de seguridad en la valía personal, confianza en la amistad y al ejecución de actividades instrumentales en compañía, las que generan sentimientos de apoyo (Caldwell and Peplau, 1982; Wills, Weiss and Patterson, 1974). Las diferencias intersexuales se han observado también en el efecto directo, relativo a la relación entre la integración en la

red social y el sentimiento de bienestar. Algunos estudios (Berkman and Syme, 1979; House et al., 1982) revelan que las mujeres se benefician en menor medida que los hombres de la integración en la red. La explicación puede hallarse o bien en la diferencia de los estresores experimentados por ambos sexos, en la diferencia existente en los estilos de socialización aprendidos, o bien en diferencias en cuanto a las habilidades de manejo del estrés.

Finalmente, los datos disponibles parecen indicar que la densidad, reciprocidad, composición sexual y tal vez homogeneidad de la red, son las variables de estructura de mayor interés para la investigación futura. Las redes de tamaño pequeño, lazos fuertes, alta densidad, alta homogeneidad y baja dispersión, parecen ser de utilidad para el mantenimiento de la identidad social y, como consecuencia, la salud y el bienestar, según diversos autores (House, et al., 1988).

4. LAS REDES SOCIALES EN LA ESQUIZOFRENIA

Una condición clínica en la que han sido estudiadas las influencias de los soportes sociales es la Esquizofrenia. A priori, y al margen de los factores implicados en la etiología de este trastorno, parece razonable suponer que la red social y el medio familiar del enfermo son lugares críticos, en cuanto que en dichas redes están presentes algunas variables intervinientes que ayudan a explicar su resistencia a la hora de enfrentarse con los estresores vitales. Diversos estudios (Paykel, 1978; Dohrenwend y Egri, 1981; Serban, 1975; Marsella y Snyder, 1981) han sugerido que los efectos de los acontecimientos vitales en la Esquizofrenia están, probablemente, mediatizados por importantes características del *medio social* del enfermo.

La más alta prevalencia de la Esquizo-

frenia en las clases socioeconómicas más modestas ha sido un hallazgo consistente en todos los estudios realizados en Europa y América del Norte. Suponiendo que esta diferencia es real y no un artefacto del muestreo o del sistema de valoración, podría explicarse o por una mayor vulnerabilidad genética o por influencias ambientales o por ambas causas existentes en las capas socioeconómicas más bajas de la población. Sin embargo, según había señalado Kohn(1968), esta correlación era mayor en ciudades grandes y no se observaba en ciudades cuya población estaba por debajo de los 100.000 habitantes, en donde los contrastes de las condiciones de vida no eran tan acusados.

Wing (1978) sugiere que el hecho de que la Esquizofrenia tengan un mejor pronóstico en los países subdesarrollados que en los industrializados, se debe probablemente a un más adecuado soporte social y a los roles que los propios pacientes asumen en dichas sociedades.

La importancia de las características del medio social en la evolución de la Esquizofrenia ha sido referida también por Waxler (1979) en Sri Lanka al observar que, aunque la incidencia de esta enfermedad es semejante a la de otros países, tanto la tasa de episodios de recurrencia como el curso general de la enfermedad es mucho más benigno que en las sociedades urbanas. La autora echó mano de la teoría explicativa del "etiquetado" para este hecho, al afirmar que en tales sociedades no existe una estructura ajena a la familia, de la que puedan ser segregados los sujetos desviados. De este modo, no parece posible que esta estructura social pueda etiquetar a estas personas como desviadas. Sin embargo, existe evidencia de que tales sociedades saben perfectamente que una persona es psicótica y, por consiguiente, inconfundiblemente desviada (Murphy, 1976). Pero, dado que las consecuencias de este hecho para la pertenencia al grupo son

diferentes en esta sociedad que en la nuestra occidental, el curso de la enfermedad se muestra diferente. El desarrollo de conexiones sociales informales ajenas a la familia y a la estructura del pueblo pueden ser importantes para llevar a cabo un modo de vida aceptable.

Los apoyos sociales, en consecuencia, parecen jugar un rol de importancia en el devenir de la Esquizofrenia. Strauss y Carpenter (1977) encontraron una alta correlación entre las puntuaciones de la evolución de 5 años y los niveles previos de contacto social. Consideran los autores que los niveles de contacto social prehospitalarios son uno de los factores predictivos más importantes en la evolución de la Esquizofrenia. Goldstein y Caton (1983), haciendo un análisis de las condiciones sociales del ambiente de 119 esquizofrénicos en Nueva York, concluyen que los pacientes situados en ambientes de alto estrés interpersonal y pobre soporte social tienen el más alto riesgo de rehospitalización, independientemente del tipo de medio de convivencia. La ausencia de apoyos sociales puede contribuir significativamente a la rehospitalización (entre el 30% y el 40% en un periodo de 6 meses, según Anthony, Cohen y Vitalo, 1978).

4.1. Variables estructurales y del contenido de la red social

El estudio de las variables *estructurales* y del *contenido* de la red de los esquizofrénicos revela características específicas que se repiten en numerosas investigaciones. En relación con el número de personas que componen la red social en el promedio de la población, diversos trabajos muestran acuerdo en que entre 6 y 10 suelen ser los amigos íntimos y entre 30 y 40 las personas que se ven con regularidad (Boisvert, 1974; Cubitt, 1973; Kapferer, 1973). En la Esquizofrenia, diversos estudios han encon-

trado que estos pacientes tienen redes considerablemente más pequeñas (Hammer, 1973; Sokolovski et al., 1978; Tolsdorf, 1976; Pattison, Llamas y Hurd, 1979). Pattison et al. (1975) compararon grupos de sujetos normales, neuróticos y psicóticos, y encontraron que las redes sociales de los psicóticos eran más pequeñas y más interconectadas que las de los otros grupos (aunque los neuróticos mostraron la misma tendencia en menor grado). Tolsdorf (1976), en un estudio sobre esquizofrénicos y poblaciones no psicóticas residentes en hoteles, comprobó que un mayor tamaño de la red social reducía la probabilidad de que un paciente fuese rehospitalizado; que los pacientes con síntomas residuales tenían redes más pequeñas y de densidad más alta. Hammer (1963-64) también había referido una correlación entre la red social del paciente psicótico, la rapidez de la rehospitalización y el tipo de asistencia recibida.

La cantidad de interconexión o *densidad* de la red social parece mayor de lo normal, según refieren Hammer (1963-64) y Sokolovski et al. (1978). En el curso de la Esquizofrenia, redes formadas por individuos que tienen muchos lazos mutuos (redes de alta densidad) parecen ofrecer a los pacientes la ventaja de continuidad y soporte durante mucho tiempo. Las redes pequeñas, de baja densidad y basadas en una sola actividad o función, están asociadas con más elevadas tasas de recaída y reingreso hospitalario (Sokolovski, Berger y Gierger, 1978). Sin embargo, ni Cohen y Sokolovski (1978), ni Tolsdorf (1976) refieren este hallazgo. Pattison et al. (1975) refieren ambas cosas: que algunos esquizofrénicos están relativamente aislados con redes sociales esparcidas (poco interconectadas), mientras que otros tienen redes pequeñas y densas, formadas en su mayor parte por familiares.

Lipton et al. (1981) consideran que el curso clínico de la Esquizofrenia es también

el resultado de una crisis de la red social, en el sentido de que los cambios más importantes se producen después de la primera hospitalización, al reducirse el tamaño y la interconexión de la red. La disolución de la red se atribuye a actitudes y reacciones antagónicas de las personas próximas al paciente, así como al deterioro de la propia competencia social del enfermo. De este modo, presumiblemente, existe una crisis no sólo para el sujeto sino para la red en su conjunto.

Tres estudios (Cohen y Sokolovski, 1978; Sokolovski et al., 1978; Tolsdorf, 1976) coinciden en señalar que las personas que componen las redes de los esquizofrénicos tienden a mostrar *pocas funciones múltiples* en la red social, comparativamente con las personas que componen las redes de sujetos no esquizofrénicos, así como *escasa reciprocidad*.

La reciprocidad o direccionalidad de la relación implica el grado en que una persona suministra algún tipo de ayuda a otra persona o la recibe de ella. Los esquizofrénicos muestran un desequilibrio marcado en cuanto al suministro o recepción de apoyos, comparativamente con otros pacientes psiquiátricos no esquizofrénicos. Curiosamente, parecen recibir tanto apoyo como otros pacientes, pero les faltan otras personas a quienes suministrar soporte. Los estudios de Tolsdorf y Sokolovski también refieren que los esquizofrénicos tienen, acusadamente, menores relaciones múltiples (*multiplexity* versus *uniplexity*) en comparación con las personas normales. Se tiene, generalmente, la impresión de que las relaciones de función múltiple son más fuertes, más importantes y suministran mayor soporte

que las de función única (*"uniplex"*). Estas características de las redes sociales: tamaño de la red, densidad y multiplicidad de funciones, figuran, como se ha expuesto, entre los importantes temas de controversia.

Puede confirmarse, en base a los datos proporcionados por la investigación relativa al "clima emocional" existente en las familias de los esquizofrénicos (Vaughn y Leff, 1976; Vaughn et al, 1984), que la respuesta de estos pacientes a sus soportes ambientales no es simplemente asunto de "cuanto más, mejor". Algunos pacientes se ven abrumados en vez de apoyados por sus conexiones sociales. Para ver cuán difícil puede resultar el aplicar conceptos, en otra parte útiles, del soporte social a la Esquizofrenia, se puede considerar la idea del "confidente". Una relación confidencial, especialmente con un cónyuge, se ha comprobado que es un soporte social protector en diversidad de circunstancias, desde la depresión (Brown y Harris, 1978) a las enfermedades cardíacas (Medalie y Goldbourt, 1976). Sin embargo, un confidente puede ser una persona muy problemática para un esquizofrénico, como demuestran las consecuencias negativas derivadas de problemática para un esquizofrénico, como demuestran las consecuencias negativas derivadas de actitudes intrusivas de la familia referidas por Vaughn y Leff (1981) y ampliamente estudiadas en otras publicaciones (Lemos, 1985). Otras manifestaciones se han obtenido en estudios realizados en pacientes residentes en hoteles en el barrio neoyorkino de Manhattan, tras el masivo vaciamiento de los hospitales psiquiátricos a partir de 1979 (1), en donde se apreció que las medi-

(1) Estos hoteles (*"single-resident occupancy", SRO*) son de propiedad privada, pero que han entrado en crisis de rentabilidad económica y que se han mantenido principalmente del cobro de los subsidios de los ex-enfermos o pensiones de jubilación, con un mínimo de gastos de mantenimiento. Normalmente, están ubicados en áreas comerciales o de paso, en las que ape-

nas hay población residente que pueda quejarse del comportamiento a veces bizarro o problemático de quienes se alojan en ellos. El aislamiento de la sociedad, en general, se sigue manteniendo; por eso las redes sociales naturales que se forman en los hoteles constituyen la única fuente de apoyo.

das de satisfacción de vida y de elevado funcionamiento social estaban fuertemente asociadas a relaciones casuales dentro del hotel y no a contactos más íntimos ("nurturing") (Lehman, 1980). Las relaciones sociales más intensas (íntimas o afectivas) o bien se ha demostrado que hacían pequeñas contribuciones negativas a la percepción de soporte o no las hacían en absoluto.

4.2. Variables de función de la red social

Respecto a las variables de *función*, la literatura existente destaca el rol que el soporte social ejerce en la satisfacción de necesidades básicas, como son un sentimiento de afiliación y de dependencia, apoyo afectivo e instrumental que elevan la autoestima y proporcionan directrices para mejorar las capacidades de resolución de problemas (Caplan, 1974; Pearlin, Menaghan y Lieberman, 1981). El rol de las relaciones sociales en el proceso de recuperación de episodios psicóticos ha sido analizado por Breier y Strauss (1984), quienes encontraron, a través de datos obtenidos mediante una entrevista semiestructurada realizada a los pacientes durante el seguimiento post-hospitalario, la existencia de una influencia específica de las relaciones con amigos y familiares sobre los síntomas, la autoestima, la superación del estigma social y el comportamiento general de los pacientes. Durante la convalecencia, una vez superada la experiencia del episodio psicótico agudo, las funciones de la relación social que los pacientes describen como más útiles son las de *ventilación* (simplémente hablar y expresar las emociones como medio de reducir la ansiedad y hacer a los pacientes "sentirse mejor"); *comprobación de la realidad* (como medio para distinguir y mantener claramente los límites entre la realidad y las distorsiones psicóticas, trastornos perceptivos o delirios, mediante el "feedback" de los de-

más); *aprobación e integración social* (que permite al paciente reasegurarse al observar que es aceptado, reforzando su sentimiento de pertenencia a un grupo social); *apoyo material* (ayuda económica, alojamiento o transporte); *solución de problemas* (discusión sobre sus problemas y obtención de "feedback" específico para organizar sus vidas o planificar su futuro) y *constancia* (en cuanto que la asociación con los amigos anteriores le permite al paciente encontrar sus raíces o la identidad prehospitalaria).

Después del alta hospitalaria, de acuerdo con este estudio, los pacientes parecen identificarse más bien como "ex enfermos mentales" que como miembros independientes de la comunidad; de ahí que tiendan a mantener relaciones con personas conectadas al hospital (pacientes o staff) en vez de aventurarse a salir a ambientes sociales desconocidos. El carácter de las relaciones en este período tiende a ser unidireccional o dependiente, en cuanto que demandan mucho y ofrecen poco. Más adelante, durante una fase de reconstrucción, superado el episodio psicótico y una vez que el paciente obtiene cierta confianza y fortaleza, se considera cada vez menos como "ex enfermo mental" y más como un miembro de la sociedad. Ello requiere cultivar nuevas relaciones sociales sin centrarse en el hospital o en las relaciones familiares. Durante esta fase, las principales funciones de la relación social aducen ser la *motivación* (ánimo e interés en alcanzar más altos niveles de funcionamiento ocupacional y social) *relación recíproca* (el convertirse en un colega igual, que le proporciona al paciente un sentimiento de valoración y autoestima); y *monitorización de síntomas* (alerta de los demás frente a los síntomas, como un importante medio para controlar sus trastornos y prevenir la total descompensación). Otras funciones de la relación social, también descritas por los pacientes durante la rehabilitación, han sido

la *comprensión empática* (en sentirse comprendidos, en cuanto que les propociona un sentimiento de alivio y de plena aceptación); modelado (observación del comportamiento de los otros, incorporando ciertas pautas a su conducta para mejorar su funcionamiento social); y *autocomprensión* (adquisición de un mayor "insight").

5. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Diversos autores han objetado que los aparentes efectos directos y de amortiguación de los soportes sociales sobre la salud pueden ser debidos a artefactos metodológicos, por la confusión de las medidas o por la existencia de factores subyacentes, del tipo de atributos personales, como son las habilidades sociales o la competencia personal, que pueden determinar tanto los niveles de salud como el soporte social (Gore, 1981; Heller, 1979; Thoits, 1982). No obstante, autores como House et al. (1988) postulan que "la evidencia de que el soporte social puede reducir la morbilidad y la mortalidad, reducir la exposición a estrés psicosocial y tal vez otros riesgos para la salud, y amortiguar el impacto del estrés sobre la salud, puede obtenerse de diversos tipos de estudios: estudios experimentales de laboratorio con animales y humanos, estudios de campo transversales y retrospectivos en poblaciones, así como los cada vez más frecuentes estudios de campo longitudinales y prospectivos. Aunque los resultados de trabajos específicos normalmente están abiertos a interpretaciones alternativas, el patrón de resultados derivado de un amplio rango de trabajos apoyan firmemente que lo que de varias formas se conoce como relaciones sociales, redes sociales y soporte social, tiene importantes efectos causales sobre la salud, la exposición al estrés y la relación entre estrés y salud" (pág. 296).

Las redes sociales, no obstante, no son

estructuras estáticas sino que pueden cambiar en sus propiedades como consecuencia de acontecimientos vitales importantes como son las situaciones de duelo o el comienzo de una enfermedad, incluyendo los trastornos psiquiátricos. De ahí que sea necesario que en su valoración no se vean afectadas por los *síntomas* (dado que los síntomas pueden alterar la red de un sujeto, así como la validez de sus informes respecto a ella); no se vea confundida por *acontecimientos vitales* recientes (solapamiento del Soporte Social y los acontecimientos vitales o influencia de lo uno sobre lo otro), de ahí que sea preciso diseccionar ambos aspectos; y no se vea confundida por los *rasgos de personalidad* (el soporte social es el producto de la competencia personal en las relaciones sociales), dado que los sujetos varían respecto a sus necesidades de relación y el sujeto es, en gran medida, el autor de su ambiente social y no su receptor pasivo. Si tenemos en cuenta que el neuroticismo, por sí sólo, explica gran parte de la varianza de las medidas que predicen la psicopatología, es preciso asegurarse de que las condiciones del medio social no son el resultado de las características personales o no se ven influidas por estas. Por ej., la tendencia a la insatisfacción está fuertemente asociada con el neuroticismo y los síntomas afectivos. Todo ello nos da una idea de hasta qué punto nos encontramos ante un tema de investigación harto espinoso.

En el momento presente, el principal desafío para el estudio de los componentes del soporte social, radica en la posibilidad de obtener datos que estén libres de otras características de personalidad. Tal exigencia pudiera ser, a la postre, imposible porque el soporte social sólo se obtiene a través de la comunicación y ambos se logran y se mantienen gracias a una destreza o habilidad personal. Los sujetos que carecen de soporte social también carecen de relaciones socia-

les, y ello puede ser consecuencia de defectos de su personalidad y no tanto de las características del medio social (Hansson et al., 1984; Heller, 1979; Sarason et al., 1986). Estos defectos, a su vez, pueden también conferir una vulnerabilidad para la psicopatología.

De este modo, como afirman Sarason y Sarason (1982) y Henderson (1984), analizando con profundidad la interacción del sujeto con los soportes sociales, es posible que futuros estudios sobre la hipótesis etiológica fracasen porque el soporte social y la personalidad están inseparablemente unidos. La cuestión es objeto de debate, por cuanto hay autores que consideran que el asumir que los rasgos de personalidad ejercen una función causal previa a las circunstancias sociales en la determinación del soporte social carece de fundamento (Kohn y Schooler, 1983). Generalmente, se objeta que si la personalidad ejerciese una influencia previa en las relaciones sociales de un sujeto y su posterior impacto sobre la salud, controlando las medidas de personalidad debería eliminarse la asociación entre relaciones sociales y estado de salud, tanto en estudios trasversales como longitudinales. Aunque existen pocos trabajos en los que se hayan valorado simultáneamente variables sociales y de personalidad en relación con la salud, los estudios disponibles han encontrado que la asociación de las relaciones sociales y la salud persisten incluso cuando se controla la personalidad (Holahan y Moos, 1981; Schulz y Decker, 1985). El reto con el que se presentan futuros estudios tiene que ser, en consecuencia, el refutar la hipótesis nula; es decir, que la falta de soporte social, no contaminada por la enfermedad ni confundida por rasgos de personalidad, no ejerce ni un efecto directo ni un efecto de amortiguación sobre el inicio de los trastornos mentales.

La revisión crítica del tema permite,

finalmente, obtener las siguientes conclusiones:

1. La investigación realizada en la última década sobre el soporte social merece ser valorada positivamente por haber permitido avanzar hacia una progresiva objetivación y operativización del concepto, y una mejor sistematización metodológica.

La literatura existente ha establecido que la cantidad y cualidad de las relaciones sociales pueden tener consecuencias sobre la salud y la longevidad, siendo las investigaciones prospectivas sobre mortalidad las que ofrecen mayor evidencia al respecto. Está mucho menos claro qué aspectos o procesos de las relaciones sociales afectan a la salud y cómo tienen lugar dichos efectos. Estos interrogantes esperan respuesta en la próxima década, así como el estudio de las relaciones sociales como variable dependiente; es decir, el conocimiento de los potenciales determinantes biológicos, psicológicos y macrosociales de la existencia, estructura y contenido de las relaciones sociales que guardan relación con la salud.

2. Es de primordial importancia la investigación sobre la fiabilidad y validez de los instrumentos de medida de las dimensiones del soporte social. Ello incluye la validación de las técnicas de autoinforme con otras fuentes de datos objetivos.

3. Al igual que sucede con la investigación sobre los acontecimientos vitales, la asociación observada en estudios trasversales entre niveles bajos de soporte social y morbilidad física y psíquica no puede ser tomada como evidencia de causalidad. Y aunque los estudios longitudinales al respecto son escasos, sigue existiendo el problema de si los bajos niveles de soporte social en sujetos asintomáticos pudieran ser debidos a signos prodrómicos de una enfermedad o a rasgos de personalidad asociados con una vulnerabilidad aumentada.

4. Teniendo en cuenta los datos ante-

riores, es probable que ninguna de las dimensiones del soporte social tenga un efecto predictivo significativo de un posterior comienzo de síntomas, en sujetos expuestos a moderados niveles de estrés. Es mayor la evidencia de que la sintomatología depende más de la personalidad que de circunstancias concretas del medio social.

5. Sin embargo, aunque la *hipótesis etiológica* no pudiese ser contestada (resultando más útil, probablemente, el estudio de rasgos específicos de personalidad), es posible que se demuestre que los apoyos so-

ciales ejercen un importante efecto en la *evolución* o curso de algunos trastornos; en cuyo caso, la intervención sobre sujetos de alto riesgo o la prevención puede constituir una hipótesis específica susceptible de investigación.

6. Desde esta perspectiva, es necesario entender la eficacia de los grupos de ayuda mutua y la importancia de una relación confidencial en algunos cuadros clínicos, en orden a mantener un nivel de salud física y mental satisfactorio o prevenir recaídas sintomáticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D. M. and Vaillant, G. E. (1978) Life event stress, social support, coping style, and risk to psychological impairment. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 166, 307-316.
- Aneshensel, C. S. and Frerichs, R. P. (1982) Stress, support, and depression: A longitudinal causal model. *Journal of Community Psychology*, 10, 363-376.
- Aneshensel, C. S. and Stone, J. D. (1982) Stress and depression: A test to the buffering model of social support. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1392-1396.
- Anthony, M. A., Cohen, M. R. and Vitalo, R. (1978) The measurement of rehabilitation outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 365-398.
- Bell, R. A., LeRoy, J. B. and Vitalo, R. (1982) Evaluating the mediating effects of social support upon life events and depressive symptoms. *Journal of Community Psychology*, 10, 325-340.
- Berkman, L.F. and Syme, S.L. (1979) Social networks, host resistance and mortality. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Biegel, D. E., McCardle, E. and Mendelson, S. (1985) *Social networks and mental health*. London: Sage.
- Boissevain, J. (1974) *Friends of friends Networks, manipulators and coalitions*. New York: St. Martin's Press.
- Breier, A. and Strauss, J. S. (1984) The role of social relationships in the recovery from psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 141, 949-955.
- Brim, J. A., Witcoff, C. and Wetzell, R. D. (1982) Social network characteristics of hospitalized depressed patients. *Psychological Reports*, 50, 423-433.
- Brown, G. W. and Harris, T. (1978) *The social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women*. London: Tavistock Publications.
- Brown, G. W., Bhrolchain, M. and Harris, T. (1975) Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*, 9, 225-259.
- Bruhn, J. G. and Philips, B. U. (1987) A developmental basis for social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 213-229.
- Caldwell, M. A. and Peplau, L. A. (1982) Sex

- differences in the same sex friendship. *Sex Roles*, 8, 721-732.
- Caplan, G. (1974) *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
- Carveth, W. B. and Gottlieb, B. H. (1979) The measurement of social support and its relation to stress. *Canadian Journal of Behavior Science*, 11, 111-116.
- Cassel, J. C. (1976) The contribution to social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Cobb, S. (1976) Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Coelho, G. V., Hamburg, D. A. and Adams, J. E. (Eds.). (1974) *Coping and adaptation*. New York: Basic Books.
- Cohen, C. and Sokolovski, J. (1978) Schizophrenia and social networks: Ex patients in the inner city. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 546-560.
- Cohen, S. and Syme, S.L. (Eds.). (1985) *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Cohen, S., Evans, G. W., Stokols, D. and Krantz, D. S. (1986) *Behavior, health, and environmental stress*. New York: Plenum Press.
- Cubitt, T. (1973) Network density among urban families. in J. Boissevain and J. C. Mitchell (Eds.). *Network analysis studies in human interaction*. The Hague: Mouton.
- Dean, N. and Lin, N. (1977) The stress-buffering role of social support. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 165, 403-416.
- Dean, A. and Ensel, W. M. (1982) Modelling social support, life events, competence and depression in the context of age and sex. *Journal of Community Psychology*, 10, 392-408.
- Dean, A., Lin, N. and Ensel, W. M. (1981) The epidemiological significance of social support systems in depression. *Research in Community and Mental Health*, 2, 77-109.
- Diekstra, R. F. (1989) Suicide and attempted suicide: An international perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (Suppl. 354), 1-24.
- Dohrenwend, B. P. and Egri, G. (1981) Recent stressful life events and episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 12-23.
- Dohrenwend, B. S. and Dohrenwend, B. P. (Eds.). (1974) *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: Wiley.
- Everitt, J. and Smith, A. M. (1979) Interactions in contingency tables. A brief discussion of alternative definitions. *Psychological Medicine*, 9, 581-583.
- Fairweather, G. W., Sanders, D. H., Maynard, H. and Cressler, D. L. (1969) *Community life for the mentally ill: An alternative to institutional care*. Chicago: Adline.
- Goldstein, J. M. and Caton, C. L. (1983) The effects of the community environment on chronic psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 13, 193-199.
- Gore, S. (1981) Stress-buffering functions of social supports: An appraisal and clarification of research models. In B. S. Dohrenwend and B. P. Dohrenwend (eds.). *Stressful life events and their contexts*. New York: Prodist.
- Gottlieb, B. H. (1976) Lay influences on the utilization and provision of health services: A review. *Canadian Psychological Review*, 17, 126-136.
- Greenblatt, M., Becerra, R. and Serafetinides, E. D. (1982) Social networks and mental health: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 139, 977-984.
- Hamburg, D. a. and Adams, J. E. (1967) A perspective on coping behavior: Seeking and utilizing information in major transitions. *Archives of General Psychiatry*, 17, 277-284.

- Hammer, M. (1963-64) Influence of small social networks as factors on mental hospital admission. *Human Organization*, 22, 243-251.
- Hammer, M. (1973) Psychopathology and the structure of social networks. in M. Hammer (Ed.). *Psychopathology: Contributions from the social, behavioral and biological sciences*. New York: Wiley.
- Hansson, R., Jones, W. and Carpenter, B. (1984) Relational competence and social support. In P. Shaver (Ed.). *Review of Personality and Social Psychology* (Vol. 5). Beverly Hills: Sage.
- Heller, K. (1979) The effects of social support: Prevention and treatment implications. In A. P. Goldstein and F. H. Kanter (Eds.) *Maximizing treatment gains: Transfer enhancement in psychotherapy*. New York: Academic Press.
- Henderson, S. (1977a) The social network, support and neurosis. The attachment in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 131, 185-191.
- Henderson, S. (1977b) Do support systems prevent psychiatric disorders?. *Medical Journal of Australia*, 1, 662-664.
- Henderson, S. (1984) Interpreting the evidence of social support. *Social Psychiatry*, 19, 49-52.
- Henderson, S., Byrne, D. G., Duncan-Jones, P., Adcock, S., Scott, R. and Steele, G. P. (1978) Social bonds in the epidemiology of neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 132, 463-466.
- Henderson, S., Byrne, D. G., Duncan-Jones, P., Scott, R. and Adcock, S. (1980) Social relationships, adversity and neurosis: A study of associations in a general population sample. *British Journal of Psychiatry*, 136, 574-583.
- Henderson, S., Byrne, D. G. and Duncan-Jones, P. (1981) *Neurosis and the social environment*. New York: Academic Press.
- Holahan, C. J. and Moos, R. H. (1981) Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 365-370.
- House, J. S., Robbins, C. and Metzner, H. L. (1982) The association of social relationships and activities with mortality. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.
- House, J. S., Umberson, D. and Landis, K. R. (1988) Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318.
- Kapferer, B. (1973) Social network and conjugal role in urban Zambia. In J. Boissevain and J. C. Mitchell (Eds.). *Network analysis studies in human interaction*. The Hague: Mouton.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C. and Gore, S. (1977) Social support and health. *Medical Care*, 15, 47-58.
- Kohn, M. L. (1968) Social class and schizophrenia: A critical review. In D. Rosenthal and S. S. Kety (Eds.). *The transmission of schizophrenia*. New York: Pergamon Press.
- Kohn, M. L. (1972) Class, Family and schizophrenia. *Social Forces*, 50, 295-302.
- Lehman, S. (1980) The social ecology of natural supports. In A. Jeger and R. W. Slotnick (Eds.). *Community mental health: A behavior-ecological perspective*. New York: Plenum Press.
- Lemos, S. (1985) Factores familiares (expresión emocional) y evolución de la Esquizofrenia. *Anales de Psiquiatría*, 1, 295-306.
- Liem, R. and Liem, J. (1978) Social class and mental illness reconsidered: The role of economic stress and social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 139-156.
- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M. and Kuo, W. (1979) Social support, stressful life events and illness: A model and an em-

- pirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 108-119.
- Lipton, F. R., Cohen, C.I., Fisher, E. and Katz, S. E. (1981) Schizophrenia: A network crisis. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 144-151.
- Maddison, D. and Walker, W. L. (1967) Factors affecting the outcome of conjugal bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 113, 1057-1067.
- Marsella, A. J. (1984) An interactional model of psychopathology, In B. Lubin and W. Connors. (Eds.). *Ecological models in clinical and community psychology*. New York: Wiley.
- Marsella, A. J. and Snyder, K. K. (1981) Stress, social supports, and schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 152-163.
- Mechanic, D. (1974) Discussion of research programs on relations between stressful life events and episodes of physical illness. In Dohrenwend, B. S. and Dohrenwend, B. P. (Eds.). *Stressful life events*. New York: Wiley.
- Medalie, J. and Goldbourt, U. (1976) Angina pectoris among 10.000 men. II: Psychosocial and other risk factors as evidenced by a multivariable analysis of a five-year incidence study. *American Journal of Medicine*, 60, 910-921.
- Miller, P. M. and Ingham, J. G. (1979) Reflections on the life events to illness link with some preliminary findings. In I. G. Sarason and C. D. Spielberger (Eds.). *Stress and anxiety*. New York: Hemisphere.
- Miller, P. M., Ingham, J. G. and Davidson, S. (1976) Life events, symptoms and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 515-522.
- Moos, R. H. (1984) Context and coping: Toward a unifying conceptual framework. *American Journal of Community Psychology*, 12, 5-36.
- Murphy, L. R. (1976) Psychiatric labelling in cross-cultural perspective. *Science*, 191, 1019-1028.
- Myers, J. K., Lindenthal, J. J. and Pepper, M. (1975) Life stress, social integration, and psychiatric symptomatology. *Journal of Health and Social Behavior*, 16, 421-427.
- Nuckolls, K.B., Cassel, J. and Kaplan, B. H. (1972) Psychological assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. *American Journal of Epidemiology*, 95, 431-441.
- Pattison, E. M., DeFrancisco, D., Wood, P., Frazier, J. and Crowder, J. (1979) A psychosocial Kinship model for family therapy. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1246-1251.
- Pattison, E. M., Llamas, R. and Hurd, G. (1979) Social networks mediation to anxiety. *Psychiatric Annals*, 9, 56-67.
- Paykel, E. S. (1978) Contribution of life events in the causation of psychiatric illness. *Psychological Medicine*, 8, 245-253.
- Pearlin, L.I., Menaghan, e. G. and Lieberman, M. A. (1981) The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Politzer, P. E. (1980) Network analysis and the logic of social support. In R. H. Price and P. E. Plitser (Eds.). *Evaluation and action in the social environment*. New York: Academic Press.
- Reed, D., McGee, D., Yano, K. and Feinleib, M. (1983) Social networks and coronary heart disease among Japanese men in Hawaii. *American Journal of Epidemiology*, 117, 384-396.
- Sarason, I. G. and Sarason, B. R. (1982) Concomitants of social support: Attitudes, personality characteristics, and life experiences. *Journal of Personality*, 50, 331-344.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R. and Shearin, E. N. (1986) Social support as individual difference variable. *Journal of Personality and Social psychology*, 50, 845-855.

- Schulz, R. and Decker, S. (1985) Long-term adjustment to physical disability: The role of social support, perceived control, and self-blame. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1162-1172.
- Slater, J. and Depue, R. A. (1981) The contribution of environmental events and social support to serious suicide attempts in primary depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 275-285.
- Serban, G. (1975) Stress in schizophrenics and normals, *British Journal of Psychiatry*, 126, 397-407.
- Silberfeld, M. (1983) Psychological symptoms and social supports. *Psychiatric Journal Univ. of Ottawa*, 139-, 5-16.
- Sokolovski, J., Cohen, C., Berger, D. and Geiger, J. (1978) Personal networks of ex mental patients in a Manhattan S. R. O. hotel. *Human Organization*, 37, 5-15.
- Stokes, J. P. (1983) Predicting satisfaction with social support from social network structure. *American Journal of Community Psychology*, 11, 141-152.
- Strauss, J. S. and Carpenter, W. T. (1978) Prediction of outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 56-67.
- Surtees, P. G. (1980) Social support, residual adversity and depressive outcome. *Social Psychiatry*, 15, 71-80.
- Tardy, C. H. (1985) Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13, 187-202.
- Tennant, C. and Bebbington, P. (1978) The social causation of depression: A critique of the work of Brown and his colleagues. *Psychological Medicine*, 8, 565-575.
- Thoits, p. A. (1982) Conceptual, methodological, and theoretical problems studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- Tolsdorf, C. C. (1976) Social networks, support and coping. *Family Process*, 15, 407-418.
- Vaughn, C. and Leff, J. P. (1976) The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- Vaughn, C. and Leff, J. P. (1981) Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 43-44.
- Vaughn, C., Snyder, K. S., Jones, S. et al. (1984) Family factors in schizophrenic relapse. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1169-1177.
- Waxler, N. (1979) Is outcome better for schizophrenics in nonindustrialized societies?. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 167, 144-158.
- Wellman, B. (1981) Applying an analysis to the study of support. In B. H. Gottlieb (Ed.). *Social Networks and Social Support*. London: Sage.
- Wills, T. A., Weiss, R. L. and Patterson, G. R. (1974) Behavioral analysis of the determinants of marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 802-811.
- Wing, J. K. (1978) *Reasoning about madness*. New York: Oxford University Press.